



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ADMINISTRACIÓN**

**¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS DE
LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN EL COMPLEJO DE
VIVIENDA DELBPS PAULLIER Y GOES EN MONTEVIDEO?**

AUTORES:

Br. Da silva, Katerine
Br. Gamba, Yamandú
Br. Grassi, Cindy
Br. Lánzaro, Lucía
Br. Olase, Silvana

TUTORES:

Prof. Adj. Lic. Enf. Figueroa, Sandra
Prof. Lic. Enf. Gorrasi, Miriam

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2010

ÍNDICE

Introducción	P.1
Planteo del Problema	P.2
Justificación	P.3
Marco teórico	P.5
Objetivos	P.9
Metodología	P.10
Plan de Análisis de los Resultados	P.17
Conclusión	P.23
Bibliografía	P.24

Anexos:

Nº 1 Cronograma de Gantt

Nº 2 Marco Teórico

Nº 3 Entrevistas

Nº 4 Gráficos

Nº 5 Instrumentos

Nº 6 Presupuesto

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo ha sido realizado por un grupo de cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería, correspondiente a la carrera Licenciatura en Enfermería, plan de estudios 93, cursando cuarto ciclo, primer módulo correspondiente al Trabajo Final de Investigación (TFI).

La metodología del mismo consiste en un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal.

La investigación se basa en la observación de las medidas de seguridad presentes en las viviendas, conociendo factores extrínsecos de la misma e intrínsecos propios de la persona, a través de entrevistas a cada titular de las viviendas pertenecientes a los complejos del Banco de Previsión Social, ubicado en la ciudad de Montevideo en la zona de Tres Cruces en la calle Goes y Paullier en el período comprendido entre el 8 al 15 de julio del 2010.

Este estudio se llevara a cabo en dichos complejos de viviendas dadas las características de la población con edades mayores de 65 años; perteneciente a la clasificación de adulto mayor según la OMS. La mayoría de los adultos mayores envejecen en sus casas y este constituye el espacio donde invierte la mayor parte del tiempo. Dado que el adulto mayor pasa gran parte de su vida en la vivienda la misma deberá estar adecuada a los cambios de esta etapa vital.

Uno de los eventos mas trascendentes que afectan la independencia y funcionalidad de los adultos mayores en la comunidad son las caídas las cuales constituyen según la OMS la 6ta causa de muerte en mayores de 65 años. Las causas pueden ser múltiples algunas propias del sujeto (factores intrínsecos) otras vinculadas al ambiente o entorno que lo rodea (factores extrínsecos).

El estudio es llevado a cabo en dichos complejos dado que las autoridades del Banco de Previsión Social consideran que presentan las mas adecuadas medidas de seguridad para prevenir caídas en los residentes, contribuyendo así a la adecuada seguridad de los mismos. Para realizar este trabajo de investigación se comenzó con una búsqueda bibliográfica a través de trabajos de investigación realizados a nivel nacional e internacional, encontrándose escasos antecedentes nacionales.

Se llevaron a cabo entrevistas con la Dra Geriatria Felicia Hort; Psicóloga Magela Witoski y Asistente Social Alicia Pereira perteneciente al equipo multidisciplinario que brinda atención en dichos complejos de viviendas.

Se realizo una entrevista con el Sociólogo Ricardo Alberti Asistente del Programa Adulto Mayor en el Ministerio de Salud Pública.

Para la recolección de datos se utilizara como instrumento una entrevista estructurada con 17 preguntas, basadas en las variables previamente establecidas.

Algunos de los hallazgos obtenidos muestran que dentro de la población de adultos mayores investigada, se encontró que la prevalencia de presentar caídas coincide con estadísticas nacionales proporcionadas por el MSP y los factores de riesgo que favorecen la misma son, déficit de la marcha y equilibrio, Poli medicación, disminución de la visión, patologías (ostearticulares, HTA, asma, diabetes), Antecedentes de caídas y factores del entorno.

Para la recolección de datos se utilizara como instrumento una entrevista estructurada con 17 preguntas, basadas en las variables previamente establecidas.

Los datos obtenidos mediante este trabajo de investigación se representaran bajo tabulación y gráficas, con el fin de realizar un análisis de los mismos y finalmente una conclusión.

PLANTEO DEL PROBLEMA

Tema:

Seguridad del usuario, caídas en el anciano.

Problema:

¿Cuáles son los factores extrínsecos e intrínsecos para caídas presentes en la población de adultos mayores de 65 años y más residente de los complejos de viviendas del BPS Poullier y Goes en Montevideo en el periodo del 8 al 15 de julio de 2010?

FUNDAMENTACIÓN Y JUSTIFICACION CIENTÍFICA DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente es un factor esencial de la calidad de atención, entendiéndose ésta como la aplicación de conocimientos de una manera que brinde el máximo de beneficios para la salud, es decir la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios.

En este sentido la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente como marco para la promoción de un conjunto de medidas consideradas clave para reducir el número de enfermedades, accidentes y defunciones que sufren los pacientes durante la atención médica. Considera necesarios para mejorar la seguridad del paciente, la calidad de la atención a la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología.

Ya que el objeto de estudio de la enfermería es el cuidado, la seguridad del paciente es una responsabilidad de dicha área; es por ello necesario contar los materiales necesarios, la infraestructura de instalación adecuada y los medios de ayuda en caso de eventos adversos.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado nos parece importante hacer hincapié en las medidas de seguridad en el domicilio, las caídas de los usuarios y la prevención de las mismas, siendo este hecho muy frecuente en los adultos mayores, sumado a un estilo de vida inadecuado y condiciones socioeconómicas deficitarias, hace que el estado de salud funcional de la persona mayor este en una condición de mayor vulnerabilidad

Dado el importante envejecimiento poblacional Uruguay constituye actualmente uno de los países más envejecidos de América Latina según la comisión económica de América latina (CEPAL), el 13,4 % es mayor de 65 años y dentro de ellos el subgrupo que crece mas aceleradamente es el de mayores de 75 años, es decir aquellos con mayor demanda de cuidados y probabilidad de perdida de autonomía.

Esto presenta un desafío para el sistema, por las nuevas necesidades que generan el arribo de grandes contingentes de población a edades mayores, el sistema de retiro y los requerimientos habitacionales.

Inicialmente la satisfacción de la vivienda es uno de los más importantes componentes de la calidad de vida para este colectivo demográfico. La mayoría de los adultos mayores envejecen en sus casas y este constituye el espacio donde invierte la mayor parte del tiempo. Visto que el adulto mayor pasa gran parte de su vida en la vivienda la misma deberá estar adecuada a los cambios de esta etapa vital.

Habiéndose logrado agregar años de vida, corresponde pensar en mejorar la calidad de vida y aquí es donde los conceptos de independencia y autonomía pasan a ser fundamentales. La dependencia resulta de una declinación en las capacidades del individuo para funcionar libremente en la comunidad y/o su hogar y se traduce en una imposibilidad parcial o total de efectuar sin ayuda las actividades instrumentales y/o las actividades básicas de la vida diaria (MSP).¹

Uno de los eventos mas trascendentes que afectan la independencia y funcionalidad de los adultos mayores en la comunidad son las caídas las cuales constituyen según la OMS la 6ta causa de muerte en mayores de 65 años. Las causan pueden ser múltiples algunas propias del

sujeto (factores intrínsecos) otras vinculadas al ambiente o entorno que lo rodea (factores extrínsecos).

La verdadera incidencia es difícil de conocer, ya que la mayoría de los pacientes no consultan y/o el anciano lo niega para no reconocer su incapacidad o mayor fragilidad, por temor a que le restrinjan sus actividades y ello suponga su ingreso a un residencial.

Las caídas son susceptibles de prevención. El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, si no que significa disminución de la capacidad, de adaptación del organismo ante situaciones de estrés, determinando así una mayor sensibilidad.²

La meta global de todas las estrategias de prevención debe ser minimizar el riesgo de caídas sin comprometer la movilidad y la independencia funcional del adulto mayor. La atención preventiva incluye intervenciones primarias, secundarias y terciarias.

Siendo de importancia la promoción de hábitos saludables, medidas de seguridad del ambiente y detección precoz de patologías. Siendo de gran importancia mantener la seguridad del adulto mayor y evitar las caídas en su domicilio

Los profesionales de la salud debemos hacer hincapié en la promoción de la salud en los ancianos la cual debe ir dirigida a mejorar y mantener la salud en el más alto nivel de función e independencia posible contribuyendo a aumentar la expectativa de vida, manteniendo y potenciando la calidad de vida.

¹ Material proporcionado por el Lic. Ricardo Alberti Asesor del programa Adulto Mayor MSP

² Protocolo de manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos MSP 2007 Dirección General de la Salud.

MARCO TEORICO:

Frente al lineamiento propuesto por la Cátedra de Administración “Seguridad del Usuario”, para realizar la presente investigación nos apoyamos en determinado marco teórico, que intenta explicar los aspectos que se consideran más importantes para la misma.

En el marco de nuestra área de investigación sobre **Seguridad del Paciente** consideramos la misma como una nueva disciplina de la medicina que enfatiza en el reporte, análisis y prevención de las fallas de la atención en salud que con frecuencia son causas de eventos adversos.

Surge en Abril del 2007 por parte del Ministerio de Salud Pública, el **Programa Nacional de Adulto Mayor** en la red de atención del primer nivel, con el propósito de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores mediante la satisfacción de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos.

La ancianidad se presenta como un fenómeno social que avanza en forma silenciosa, constante e irreversible, invadiendo todos los campos de la estructura global de la sociedad.

Uruguay constituye actualmente uno de los países más envejecidos de Las Américas con un 17% de su población mayor de 60 años, de los cuales el 13,4 % es mayor de 65 años y dentro de ellos el subgrupo que crece mas aceleradamente es el de mayores de 75 años, es decir aquellos con mayor demanda de cuidados y probabilidad de perdida de autonomía.

Es de importancia rever el **proceso de envejecimiento** para lograr comprender y ofrecer una mayor perspectiva y entendimiento de esta etapa como un proceso normal abordándolo de forma integral.

Debemos considerar que el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, sino que significa disminución de la capacidad de adaptación del organismo a determinadas situaciones.

Definimos el **envejecimiento** como “un progresivo deterioro generalizado de la función con el resultado de una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y de un riesgo creciente de enfermedad relacionada con la edad” un proceso complejo y dinámico con componentes fisiológicos, psicológicos y sociológicos inseparables ; Implica un crecimiento, desarrollo y adaptación continuos hasta la muerte. es un proceso de la vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas (celulares, tisulares, orgánicas y funcionales), psicológicas y sociales.

³ Organización Mundial de la Salud (WWW.OMS.ORG); Wikipedia Enciclopedia Libre (WWW.ES.WIKIPEDIA.ORG)

⁴ Programa Nacional del Adulto Mayor. MSP, Dirección General de la Salud. Montevideo, 2007

Las personas envejecen de modo diferente y a distintas velocidades. No todos los cambios funcionales se deben al envejecimiento; algunos se deben a la enfermedad. La vejez plantea un aumento gradual de la vulnerabilidad a la enfermedad. El individuo tiene múltiples necesidades y problemas que requieren comprensión y cuidados por parte de la enfermera para promover la salud, el bienestar, la recuperación de la enfermedad o incapacidad y el éxito en la evolución hacia la muerte. ⁵

Considerando a los Adultos Mayores como una población muy vulnerable la cual requiere una mayor demanda de cuidados y presenta probabilidad de pérdida de autonomía. Siendo un indicador de vulnerabilidad ser adulto mayor presentándose como 6ª causa de muerte a las **Caídas** la cual se define según la **OMS** como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita, al individuo al suelo contra su voluntad”.⁶

Aproximadamente el 20% de los adultos mayores viven solos, sin quien les cuide ante la probabilidad de discapacidad o enfermedades.

Por lo tanto las caídas en los ancianos constituyen un hecho sumamente frecuente siendo unos de los problemas más importantes dentro de la patología geriátrica dada su gravitación en la salud del anciano constituyen auténticos motivos de internación.

Según el Ministerio de salud pública constituyen la 6ta causa de muerte en mayores de 65 años, siendo su tasa de mortalidad de 5/100.000 para adultos entre 65 y 74 años, de 150/100.000 para aquellos entre 75 y 84 años y asciende a 525/100.000 para mayores de 85 años (MSP).⁷

El 95% de las caídas suceden al realizar las actividades básicas de la vida diaria, solo el 5% están relacionadas con actividades peligrosas.

El 30% de los mayores de 65 años sufrirán una -caída al año (50% de estos presentan mas de una caída). Este porcentaje aumenta con la edad. En instituciones geriátricas la cifra aumenta al 40-50% (sobre todo en las primeras semanas de internación). El riesgo de institucionalización es 10 veces mayor en ancianos con caídas.

Algunos cambios en el envejecimiento que propician a las caídas son: ⁸

- Disminución de la agudeza visual
- Disminución de la sensibilidad propioceptiva
- Alteración del oído medio-
- Enlentecimiento de los reflejos
- Atrofia muscular
- Alteración de la conductividad nerviosa vestibular
- Atrofia de partes blandas
- Degeneración de estructuras articulares.

⁵ Pamela Babb “Manual de Enfermería Gerontológica”

⁶ Protocolo para el manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos MSP dirección General de la Salud

⁷ Programa Nacional del Adulto Mayor MSP Dirección General de Salud 2007

Con frecuencia la etiología de la caída es multifactorial; en su conjunto existen factores de riesgo el cual se lo define como "cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se asocia con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido.

Existen Factores de Riesgo tanto **extrínsecos** como **intrínsecos**, que deben tenerse en cuenta en la valoración de las posibles causas de caídas en las personas mayores. La mayor parte de las caídas parecen estar motivadas por la suma de muchos factores de riesgo, por lo que la predisposición a caer puede ser la resultante del efecto acumulativo de múltiples alteraciones. Una historia de caídas puede ser un indicador de fragilidad, mala movilidad, enfermedad aguda o crónica.⁹

- **Factores de riesgo intrínsecos:** Son aquellos que están relacionados con el propio paciente
 - Edad
 - Factores fisiológicos del envejecimiento.
 - Enfermedades que favorecen las caídas:
 - Neurológicas.
 - Músculo esqueléticas
 - Cardiovasculares.
 - Otras causas.
 - Consumo de fármacos.

- **Factores Extrínsecos:** Son aquellos que están relacionados con el entorno del paciente.
 - Ambientales
 - Arquitectónicas de la unidad hospitalaria.
 - Del equipo y mobiliario.
 - De elementos de uso personal

Factores que establecen mal pronóstico en el anciano que sufre una caída

Son factores de mal pronóstico la edad avanzada, la permanencia durante tiempo prolongado en el suelo, el sexo femenino, la pluripatología, la polimedicación, y el deterioro cognitivo. Junto a la mortalidad directa (con tendencia a disminuir por la mejora en las condiciones de atención a las lesiones agudas), las caídas condicionan una gran morbilidad.

Las **consecuencias de las caídas** en el mayor pueden ser físicas, psicológicas, sociofamiliares, económicas, etc, y en mayor o menor medida, aparecen todas imbricadas. Junto a la mortalidad directa inducida por ellas quizás el aspecto más relevante sea el de la puesta en marcha de una cascada de complicaciones que determinarán la incapacidad funcional del mayor en muchas ocasiones.

Cuando se produce una caída van a surgir consecuencias en el anciano, no sólo físicas sino también a nivel psicológico y social. Las consecuencias más frecuentes y de mayor impacto funcional.¹⁰

FISICAS:

- Inmediatas: lesiones de partes blandas, fracturas y luxaciones
- A largo plazo: síndrome de inmovilidad y complicaciones.
- Por caída prolongada: en agudo por hipotermia, deshidratación.

PSISOLOGICAS:

- Miedo (síndrome pos-caída)
- Pérdida de autoconfianza
- Depresión.

FUNCIONALES:

- Declinación funcionales (disminución de las actividades, mayor dependencia)

SOCIALES:

- Aislamiento social
- Institucionalización

ECONOMICAS:

- Necesidades de cuidador
- Hospitalización
- Institucionalización
- Cuidados médicos extra hospitalarios

¹⁰ Protocolo para el manejo en el primer nivel de atención de los principales Síndromes Geriátricos, Programa del Adulto Mayor, MSP Dirección General de Salud, pag 57, Montevideo 2007.

OBJETIVO GENERAL:

- Describir los factores de protección y factores extrínsecos presentes para prevenir caídas que presenta la población de adultos mayores de 65 años y más residentes en las viviendas del complejo habitacional Paullier y Goes del BPS en Montevideo, en el periodo entre el 8 y el 15 de julio del 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar a la población de adultos mayores que presentan riesgo de caídas.
- Conocer los factores extrínsecos estructurales, mobiliario y de uso.
- Conocer los factores Intrínsecos relacionados al proceso de salud-enfermedad.
- Conocer la prevalencia de las caídas en los complejos de viviendas de Paullier y Goes.

METODOLOGIA:

Estudio:

Descriptivo: es el primer paso de una investigación analítica; se basan en estadísticas de morbi-mortalidad; estudian su distribución según sexo, edad y raza.

Transversal: investigan presencia de enfermedades y aspectos de salud en un grupo o población en un momento determinado; describen la distribución de las enfermedades en relación con los factores de riesgo.

Las ventajas de este tipo de estudio son: el bajo costo y la rapidez.

Las limitaciones son que requieren de una muestra grande, información retrospectiva, no determinan incidencia.

Universo y Muestra:

- Universo:

El universo de estudio esta comprendido por 100 viviendas pertenecientes al complejo Paullier y Goes del BPS, en Montevideo y los 116 adultos mayores que residen en los mismos.

De estas 100 viviendas, 8 se encontraron deshabitadas; de los 116 adultos mayores residentes, 20 no contestaron, 18 refieren no querer participar del estudio, 2 presentaban patologías psiquiátricas y en 12 de las viviendas no se encontraba el titular.

- Muestra:

La muestra corresponde a todos aquellos adultos mayores de 65 años y mas, y sus respectivas viviendas, dando su aprobación en la participación del estudio. La muestra se escogió en un plazo de una semana siendo la población objetivo 40 adultos mayores, la misma se realizo por conveniencia de tipo intencional, dado el tamaño del universo, debiendo cumplir con los criterios de exclusión e inclusión, residentes del complejo habitacional de BPS Paullier y Goes en Montevideo. Con respecto a los factores estructurales se tuvieron en cuenta, la vivienda y el acceso a la misma por escaleras.

Criterios de inclusión:

- todo individuo que acepte participar del estudio.
- ser titular- de la vivienda.
- Tener 65 años o más.

Criterios de exclusión:

- individuos que presenten alteración en la comunicación y comprensión.
- Individuos con patologías Psiquiátrica que impida una comunicación objetiva.

- **Unidad de análisis y observación:**

Viviendas pertenecientes a los complejos Poullier y Goes del BPS y los adultos de 65 años y más que residen en las mismas.

- **Métodos e Instrumentos para la recolección de datos**

- Método de recolección de datos:

Se aplicará una guía estructurada en forma personal y observación de las medidas de seguridad de la vivienda.

- Instrumento:

Consta de un cuestionario creado por el equipo investigador, con 17 preguntas cerradas en las cuales se pretenden obtener respuestas delimitadas. Los nombres de las personas fueron mantenidos en el anonimato, utilizándose solo sus iniciales. Previo a la recolección de los datos se realizó una prueba piloto donde se vio la utilidad del instrumento y el tiempo que llevaba aplicarlo y además se vio la validez del mismo, de esa manera aplicamos dicho instrumento a cinco personas que no pertenecen a la muestra, utilizando un tiempo para la recolección de los datos de aproximadamente 20 minutos. Se decide iniciar la encuesta con preguntas neutrales y fáciles de contestar para que el individuo fuera adentrándose en la situación. En la primera parte del instrumento se enumeran las variables enfocadas a los factores intrínsecos del individuo y una segunda parte enfocada a factores extrínsecos estructurales, mobiliario y de uso. (ver Anexo 5)

- **Procedimiento para la recolección de la información:**

Para comenzar con la investigación se realizaron entrevistas a la Dr. Felicia Hort (Geriatra), Magela Witoski (Psicologa) y Alicia Pereira (Asistente Social) integrantes del equipo que da asistencia a los residentes del complejo.

Se realizó la solicitud del consentimiento o autorización a la institución BPS para poder realizar la investigación e ingresar a los complejos.

Se informó a la comisión de cada uno de los complejos acerca de la investigación que se realizara.

Se realizará una búsqueda de investigaciones o estudios a nivel nacional e internacional.

Se visitará a cada titular de la vivienda aplicando la entrevista, permitiendo conocer los factores intrínsecos (propios de la persona) y los extrínsecos (relacionados al entorno)

La recolección de datos se hará en 7 días con una frecuencia de 4 horas diarias.

Esta se realizará mediante la técnica de entrevista, lo cual se lleva a cabo por los investigadores. Se realiza una búsqueda de instrumentos para la recolección de los datos y se crea uno exclusivamente para la investigación. Para la elaboración del mismo fue necesario seguir los siguientes pasos:

- Seleccionar variables a medir y observar
- Las variables que se seleccionaron fueron definidas previamente desde el punto de vista conceptual y operativamente.
- Indicación del nivel de medición de cada variable.

- **Plan de tabulación y análisis de los resultados.**

1. Elaboración del plan de tabulación

- **Variables:**

Definiciones operacionales

Factores intrínsecos

Variable: Sexo

Definición conceptual: Características biológicas determinadas que hacen posible reconocer como diferentes a hombres y mujeres.

Nivel de medición: Cualitativa nominal.

Definición operacional: Diferencias físicas constituidas del hombre y la mujer.

Indicadores: - Femenino

- Masculino.

Variable: Edad

Definición conceptual: Periodo en años o meses, comprendido desde el nacimiento hasta la fecha actual.

Nivel de medición: Cuantitativa discreta.

Definición operativa: para este estudio se tomara el periodo comprendido de 65 años y más.

Indicadores: mayor o igual a 65 años

Categorías: -(65-74)

-(75-84)

-(>85)

Rangos establecidos según el M.S.P

Variable: Integración del Grupo Familiar

Definición Conceptual: Conjunto de personas unidas por lazos co-sanguíneos o no, que viven en la misma vivienda.

Nivel de medición: Cualitativa nominal.

Definición operativa: persona con las que convive en la vivienda.

Indicadores: - Solo si/no

-Acompañado: -Conyugue

-Hijo

-Nieto

-Otros

Variable: Antecedentes Personales

Definición Conceptual: patologías presentes en el individuo.

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Definición operativa: patologías que refiere el usuario al momento de la entrevista.

Indicadores:

-Diabetes

-Asma

-Hipertensión

-Alteraciones musculo esqueléticas

-Incontinencia Urinaria

-otras

Variable: Uso de Fármacos

Definición Conceptual: Uso de sustancias químicas con la finalidad de tratar o prevenir enfermedades, denominadas también medicamento.

Nivel de Medición: Cualitativa nominal

Definición operativa: medicación que toma habitualmente el usuario al momento de la entrevista.

Indicadores:

- que medicación toma?

Variable: Estado Nutricional

Definición conceptual: capacidad que tiene el organismo para nutrirse a través de alimentos.

Nivel de Medición: Cualitativa nominal.

Definición operativa: Conocer el índice de masa corporal a través de las medidas antropométricas utilizando balanza, tallo metro y determinar si presenta riesgo nutricional aplicando el test de riesgo nutricional.

Indicadores: -peso kg

-Talla cm

- IMC (10-20) bajo peso
(20-25) normopeso
(25-30) sobrepeso
(>30) obesidad

-Test de detección de riesgo nutricional

-(0-2) sin riesgo nutricional

-(3-5) moderado riesgo nutricional

-(6 o mas) Alto riesgo nutricional

Variable: Hábitos Nutricionales

Definición conceptual: características de una persona que se traduce en realizar acciones que inciden en su nutrición por costumbres adquiridas.

Nivel de Medición: Cualitativa nominal

Definición operativa: lo que el adulto refiera en relación a su alimentación diaria.

Indicadores:

-Desayuno si/no

-Almuerzo si/no

-Merienda si/no

-Cena si/no

Variable: Alteraciones Motoras

Definición conceptual: Funcionamiento anormal o deterioro del Sistema musculo esquelético.

Nivel de Medición: Cualitativa nominal

Definición operativa: valoración de la marcha y el equilibrio según la aplicación de la escala de Tinetti.

Indicadores: Equilibrio y marcha

-Normal >24

-Adaptado >19 a 24

-Anormal ≤ 19

Variable: Alteraciones Sensitivas

Definición conceptual: Capacidad de percibir estímulos a través de la función de los sentidos vista, olfato, oído, tacto y gusto.

Nivel de Medición: Cualitativa Nominal

Definición operativa: observar e indagar en búsqueda de posibles alteraciones visuales, auditivas y utilización de dispositivos de apoyo.

Indicadores:

- Usa lentes si/no
- Usa audífonos si/no

Variable: Control y Seguimiento médico

Definición Conceptual: Acciones llevadas a cabo por el usuario y el médico tratante con la finalidad de abordar el proceso salud-enfermedad.

Nivel de Medición: Cualitativa nominal

Definición operativa: con que frecuencia el usuario realiza consultas medicas.

Indicadores:

- Cada un mes
- Cada dos meses
- Cada tres meses
- Cada seis meses
- Anualmente
- Cuando lo requiere
- Nunca

Variable: Caídas en el Adulto Mayor en el último año.

Definición Conceptual: Es el resultado de un acontecimiento brusco e inesperado que hace perder al individuo el control postural.

Nivel de medición: Variable compleja

Definición operativa: ocurrencia de caídas en el ultimo año en la vivienda; considerándose como caída a aquella en la cual la persona pierde el control postural y se precipita al suelo.

Indicadores:

- Si
- No

Definición Operativa: Número de caídas.

Indicadores:

- 1
- 2
- o más

Definición Operativa: Actividades que estaba realizando cuando ocurrió la caída.

Indicadores:

- Bañándose
- Subiendo una escalera
- Limpiando parado en una silla

Caminando
Otros

Definición Operativa: Consecuencias

Indicadores:

Fracturas
Lesiones de tejido blando
Temor/Inseguridad
Otros

Variable: Horas de sueño.

Definición conceptual: Cantidad de horas en la que el individuo permanece dormido.

Nivel de medición: Cuantitativa nominal.

Definición operativa: horas de sueño que refiera el individuo al momento de la entrevista.

Indicadores: Menos de 6 horas

Más de 6 horas.

Factores extrínsecos

Variable: Medidas de seguridad personales ante caídas.

Definición Conceptual: Conjunto de acciones realizadas por el individuo con el fin de evitar o disminuir las caídas en el hogar.

Nivel de medición: Variable cualitativa, nominal y compleja.

Definición operativa: Elementos utilizados por la persona que le brinda seguridad en la marcha.

- Protección de uso personal ante la dificultad en la marcha.

Indicadores:

*-utiliza dispositivos de apoyo : .bastón
.andador
.muletas*

- Factores protectores estructurales ante dificultad en la marcha

Indicadores:

Presenta pasamanos en las escaleras

Si

No

Presenta iluminación en los desniveles

Si

No

Presenta agarraderas en el baño

Si

No

- Seguridad durante las actividades de la vida cotidiana

Definición Conceptual: Medidas de seguridad que utiliza el individuo al realizar actividades de la vida cotidiana que impliquen riesgos de caídas.

Definición Operativa: Acciones que toma el individuo que impliquen riesgos de caídas como ser actividades que superen su propia altura.

Indicadores:

Solicita ayuda para cambio de lámpara de luz en la altura

Si

No

Utiliza escaleras para alcanzar objetos en lugares altos

Si

No

Solicita ayuda para el cambio de cortinas en lugares altos

Si

No

Variable: factores del suelo

Definición conceptual: características y elementos que componen el suelo.

Nivel de Medición: Cualitativa Nominal

Definición operativa: características del suelo observadas al momento de la visita.

Indicadores:

Escalones

Salientes

Desniveles

Mojados

Resbaladizos

Encerados

Moquete

Alfombras: Antideslizantes / convencionales

Variable: mobiliario

Definición conceptual: elementos que componen la estructura interna de una vivienda

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Definición operativa: mobiliario que implique riesgo de caída para el usuario.

Indicadores:

Cables sin amurar a la pared si/no

Muebles que estén en zonas de paso si/no

Puertas de placares abiertas si/no

Bordes prominentes de mesas; u otros si/no

Variable: Elementos de uso personal

Definición Conceptual: elementos que componen la indumentaria personal del adulto mayor.

Nivel de Medición: Cualitativa Nominal

Definición operativa: tipo de calzado que utiliza habitualmente el adulto mayor.

Indicadores:

Uso de calzado con suela de goma -SI -siempre

-a veces

-NO

Variable: Iluminación Artificial

Definición conceptual: fuente de luz proporcionada por la corriente eléctrica.

Nivel de Medición: Cualitativa nominal

Definición operacional: observación y verificación de luz artificial en todos los ambientes.

Indicadores:

Intensidad: <40 Wats >60 Watts

Enciende la luz al levantarse por la noche: si/no

Presenta luz al alcance de la cama: si/no

Permanencia de luz encendida en corredores: si/no

Interruptores de luces ubicados en la entrada de las habitaciones:

2. Elaboración del plan de Análisis

Una vez que se recolecte la información, se procederá a la etapa de procesamiento cuyo fin será resumir, organizar, interpretar y comunicar la información.

Para esto se procesaran los datos de la población objeto de estudio, con la finalidad de generar resultados a partir de los cuales se realizara la descripción de los mismos, según los objetivos de la pregunta de la investigación.

- Ordenamiento de la información.

Los datos serán tabulados a mano y graficados por computadora en planillas Exel.

Para el ordenamiento de la información se identificarán los instrumentos con número de la vivienda y el nombre del complejo a fin de poder hacer un control de la introducción de los datos.

- Revisión y depuración de la información

Con el fin de no introducir errores en la tabulación e interpretación de la información recolectada se revisaran los datos originales a fin de corregir información incorrecta, incompleta o ambigua.

- Captura de la información.

La recolección de los datos se realizara mediante la técnica de entrevista en la que se dispondrá de un instrumento estructurado para medir las variables de forma uniforme como se menciono anteriormente en el punto “Procedimiento para la recolección de la información”.

Cabe destacar que para evitar problemas de perdida parcial o total de la información, se hará un respaldo electrónico en un dispositivo externo al disco duro de la computadora a procesar la información, por otra parte se hará actualización del respaldo periódicamente.

- Verificación de la calidad de la información.

Se realizara el control de calidad de la tabulación de los datos procesados por computadora como manualmente, se buscara consistencia en los totales de cada variable y en el gran total; datos fuera de los rangos posibles, respuestas ilógicas, incongruencias entre dos respuestas relacionadas, datos invertidos, datos faltantes, entre otros. De encontrar este tipo de errores se harán las correcciones pertinentes.

- Análisis e interpretación de datos.

Para familiarizarse con la información se utilizarán variables para caracterizar así la muestra. Se realizara una confrontación de los datos obtenidos con el marco teórico. Una vez realizado esto se organizara y presentara la información, a modo tal, que facilite su entendimiento para continuar con el proceso y así elaborar las conclusiones y recomendaciones. Luego se hará una

interpretación de la información recolectada para así describir las características del tema en estudio.

ANÁLISIS:

En el marco de nuestra área de investigación sobre Seguridad del Paciente consideramos la misma como una nueva disciplina de la medicina que enfatiza en el reporte, análisis y prevención de las fallas de la atención en salud que con frecuencia son causas de eventos adversos. La seguridad, por lo general se refiere a la protección del bienestar físico o psicológico siendo una necesidad humana universalmente conocida por lo cual en el año 2004 se acordó organizar una Alianza Internacional para la Seguridad del Paciente que fue puesta en marcha el 27 de octubre del mismo año. El programa de la alianza incluye temas para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria, como aquellos adultos mayores que residen en sus hogares, los cuales constituyen el espacio donde invierte la mayor parte del tiempo y los mismos deberán estar adecuados a los cambios de esta etapa vital.

Con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, es que se surge la creación por parte del Ministerio de Salud Pública del programa nacional del adulto mayor, el mismo tiene como objetivo la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, de esta manera se pretende favorecer el mantenimiento de los ancianos/as en su medio habitual, así como su autonomía e independencia.

Uno de los eventos mas trascendentes que afectan la independencia y funcionalidad de los adultos mayores en la comunidad son las caídas las cuales constituyen según la OMS la 6ta causa de muerte en mayores de 65 años. Las causas pueden ser múltiples algunas propias del sujeto (factores intrínsecos) otras vinculadas al ambiente o entorno que lo rodea (factores extrínsecos).

Siendo nuestra área de investigación el complejo de viviendas Paullier y Goes, ubicados en la ciudad de Montevideo, pertenecientes al **Banco de Previsión Social** del Uruguay como Instituto de seguridad social, el mismo tiene como misión brindar servicios para asegurar la cobertura de las contingencias sociales a la comunidad en su conjunto y la recaudación de los recursos, en forma eficaz, eficiente y equitativa.

Dicho organismo es el encargado de la creación de complejos habitacionales para jubilados o pensionistas. Para la construcción de los mismos se tomaron en cuenta normas arquitectónicas universales, de acuerdo a la etapa del ciclo vital; preservando la seguridad de los residentes.

En conjunto con la autoridades del BPS y el equipo investigador se decidió realizar la investigación en los complejos habitacionales más nuevos dado que los mismos contarían con todas las normas de seguridad estructurales para prevenir caídas.

Para realizar el presente análisis se utilizó una muestra de 38 adultos mayores, determinándose según criterios de inclusión y exclusión. Para dicha investigación se utilizó un

instrumento para la obtención de datos, el cual fue puesto en práctica en el período del 8 al 15 de julio del 2010.

En la población de estudio obtuvimos un 84,3% de los adultos mayores de sexo femenino y masculino con un 15,7%, lo cual muestra un mayor predominio del sexo femenino siendo este género el que estadísticamente es más propenso a sufrir caídas. En algunos estudios la prevalencia es mayor en mujeres, probablemente ligada a su mayor esperanza de vida. Podemos decir que nos encontramos ante una población, que por su condición presenta mayor riesgo de padecer caídas.¹¹

En lo que respecta al grupo etario los de 65-75 años se encuentran con un 34,2% y los mayores de 90 años con 2,6%, siendo el mayor porcentaje de 63,1% ubicado entre los 75 y 89 años, dato que refleja la estadística brindada por CEPAL estableciendo como grupo en crecimiento acelerado, al subgrupo de adultos mayores con edades por encima de los 75 años. En relación a la franja atarea predominante los resultados obtenidos están correlacionados con las estadísticas realizadas por CEPAL.

Según un estudio realizado en Santiago de Chile arroja que la franja etarea con alta incidencia de presentar caídas es entre los 80-86 años. Por lo dicho anteriormente nos encontramos ante una población de adultos mayores con un proceso de envejecimiento avanzado lo que los hace más vulnerables y propensos a sufrir caídas.¹²

En cuanto a las personas que residen con los adultos mayores el 13% vive con su conyugue o su hijo, y solo el 7,8% con su nieto. La mayor parte de los adultos mayores viven solos en su vivienda siendo estos el 65,7%; este dato refleja la importancia del seguimiento personalizado e individualizado del adulto mayor con la finalidad de detectar cambios en los niveles de dependencia y poder clasificar el riesgo de caída para actuar oportunamente previniendo complicaciones. Según el Ministerio de Salud Pública aproximadamente el 20% de los adultos mayores viven solos, sin quien les cuide ante la probabilidad de discapacidad o enfermedades.¹³

En cuanto a las patologías registradas tenemos las alteraciones musculo-esqueléticas con 18,6%, Diabetes y asma con 10,2%, incontinencia urinaria con 3,3% y otras patologías con 10,2%. Siendo la de mayor prevalencia con un 47,5% la Hipertensión Arterial.

En relación al consumo de fármacos el 40% toma antihipertensivos, fármacos cardiológicos con un 18%, psicofármacos e hipoglicemiantes representan el 9 %, broncodilatadores 7% y el 16 % otro tipo de medicación.

Según un estudio realizado en Hogares diurnos de la IMM; el riesgo de presentar caídas aumenta con el consumo de fármacos como ser; hipotensores, Psicofármacos a su vez la recurrencia de caídas aumenta en presencia de patologías asociadas, como ser cardiovascular y osteoarticular.¹⁴

En base a dicho estudio nuestra población presenta mayor riesgo de caídas, siendo la patología con más prevalencia la HTA y su respectivo consumo de fármacos hipotensores.

¹¹Departamento de salud y seguridad social de la generalidad de Cataluña, Barcelona España, las caídas en el anciano desde el punto de vista médico, Marín Carmona, López Trigo, Geriatras. Ayuntamiento de Málaga).

¹²Caídas en adultos mayores institucionalizados": Homero Gac E, Pedro Paulo Marín L, Sergio Castro H, Trinidad Hoyl M, Eduardo Vale; Santiago de Chile. Ciudad de La Habana sep.-dic. 2004

¹³Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Salud , www. MSP.gub.uy

¹⁴ “Recurrencia de caídas relacionadas a la automedicación en adultos mayores de hogares diurnos de la IMM, noviembre de 1999 enero del 2000”.

En relación a los índices de masa corporal la mayor parte representando el 44,7% se encuentra con normo peso siguiéndole a este las personas con sobre peso con un 34,2%, con un 13,1% representan las personas con obesidad y un 8% tiene bajo peso.

Analizando dicha variable nos encontramos que la sumatoria entre sobre peso y obesidad corresponde a un 47,7%.

Estamos ante una problemática común, de comienzo en la edad adulta donde deberíamos considerar algunas de sus causas, dentro de la más frecuente es la sobrealimentación la cual se la define como la ingestión de alimentos que supera las necesidades del organismo. El hecho de ingerir una cantidad excesiva de alimentos se puede deber a factores genéticos, familiares, emotivos, disminución de la actividad física sin reducción concomitante de la alimentación en personas de edad; teniendo al sedentarismo como causa coadyuvante.

Dentro de las complicación mas frecuentes tenemos las metabólicas como son las Dislipemias, Diabetes, Cardiovasculares como ser la Hipertensión Arterial, alteraciones en la marcha y mecánicas; en las que se puede observar mayor tendencia a la artrosis de cadera, rodilla, columna lumbo sacra y mayor presencia de varices junto a edema de miembros inferiores.

En la evaluación de equilibrio y marcha aplicando la escala de tinetti la cual es una prueba de alcance funcional, valora la marcha y el equilibrio y ha demostrado ser muy apropiada y completa en la valoración de los ancianos con riesgo de caídas. Permite valorar el equilibrio estático y dinámico. Se registro que el 44,7% no presentan alteraciones, siguiendo los que presentan alguna alteración en alguno de los parámetros investigados 36,8% y con un 18,4% representa aquellos con alteraciones en la marcha y en el equilibrio.

El 47,7 % de los residentes sin alteraciones tanto en la marcha y equilibrio refleja los criterios de inclusión (auto válidos) propuestos por el BPS para la adjudicación de la vivienda.

Esta evaluación debería ser continua debido al proceso de envejecimiento el cual se caracteriza por ser evolutivo, por tanto las características de la marcha con sus cambios fisiológicos representa el principal problema de movilidad en la población adulta de edad avanzada siendo este consecuentemente un factor de riesgo de caída.

De un total de 38 adultos mayores 33 presentan alteraciones sensoriales, no registrándose el caso de presentar ambas alteraciones visuales y auditivas. En su gran mayoría el déficit es visual con un 73,7% y el 13,1% utiliza audífonos.

La mayoría de los adultos de edad avanzada mantienen una capacidad visual suficiente para llevar a cabo las actividades de la vida diaria; sin embargo a partir de los 70 años el hecho de presentar una visión alterada es la norma más que la excepción. La disminución de la visión representa una perdida de independencia que conduce a sentimientos de frustración, aburrimiento, labilidad emocional y aislamiento social, junto a esto se agrega el riesgo aumentado y el miedo a sufrir caídas.

En lo que se refiere al control y seguimiento medico el 44,7% lo hace mensualmente, los que consultan cada dos meses representan un 10,5%, un 13,3% cada tres meses, solo con un 5,2% cada 6 meses, los que nunca consultan 10,5%, cuando lo requiere 15,7% y anualmente ninguno.

Comparando dichos datos con las patologías presentes en los residentes podríamos decir que existe un control y seguimiento médico adecuado y relacionado a los porcentajes presentes de dichas patologías mencionadas anteriormente.

De la muestra seleccionada, doce personas presentaron caídas equivaliendo al 31,6% del total, el 83,3% solo tuvieron una caída, el 8,3% presento dos caídas registradas y con el mismo porcentaje mas de dos. Las caídas en los ancianos constituyen un hecho sumamente frecuente siendo unos de los problemas más importantes dentro de la patología geriátrica dada su gravitación en la salud del anciano constituyen auténticos motivos de internación.

Según el Ministerio de salud pública constituye la 6ta causa de muerte en mayores de 65 años siendo su tasa de mortalidad de 5/100.000 para adultos entre 65 y 74 años, de 150/100.000 para aquellos entre 75 y 84 años y asciende a 525/100.000 para mayores de 85 años, aumentando este numero con la edad.

Datos del MSP reflejan que el número de caídas es del 30% en los mayores de 65 años los cuales sufrirán una caída al año y 50% de estos presentaran más de una caída.

Correlacionándose dichos porcentajes con los obtenidos en nuestra investigación.

Dentro de la población de adultos mayores investigada se encontró que los factores de riesgo que favorecen la aparición de la caída son, déficit de la marcha y equilibrio, Poli medicación, disminución de la visión, patologías (osteoarticulares, HTA, asma, diabetes), Antecedentes de caídas, factores del entorno.

Datos obtenidos en la investigación demuestran que las alteraciones en la marcha y en el equilibrio son desencadenante directo de caídas.

Se supo que la totalidad de los adultos mayores con déficit de la marcha y el equilibrio presento al menos un evento de caída.

En relación a las actividades que llevaban a cabo cuando ocurrió la caída la mayoría se encontraba caminando siendo el 58,3%, el 33,4% bañándose, con el 5,8% subiendo escaleras. Según el Ministerio de Salud Pública el 95% de las caídas sucede al realizar las actividades básicas de la vida diaria, solo el 5% están relacionadas con actividades peligrosas.

En relación a las consecuencias el 62,5% presento lesiones de tejido blando, 31,2% manifiestan temor de una nueva caída y fracturas presentaron el 6,3%.

Según un estudio realizado en el ayuntamiento de Malaga- España las consecuencias pueden ser físicas, psicológicas, socio familiares, económicas y en mayor o menor medida, aparecen todas relacionadas. El aspecto más relevante, es la ocurrencia de una cascada de complicaciones que determinarán la incapacidad funcional del adulto mayor.

Siendo de mayor importancia las fracturas, ya que estas influyen en la calidad de vida del adulto mayor. El índice de fracturabilidad aumenta exponencialmente con la edad y el sexo femenino, de forma que en mayores de 75 años, el 40% de las mujeres que sufren caídas se fracturan, frente al 27% de los hombres. Entre un 5-8 % de las personas mayores residentes en la comunidad que caen van a sufrir una fractura. Las mas frecuentes son la fractura de cadera, siendo la que acarrea una mayor morbi-mortalidad; siguiéndole a esta las de antebrazo, húmero, y pelvis.¹⁵

En relación a los factores del suelo el 43,2% presenta salientes, 25,6% alfombras antideslizantes, 31% alfombra convencionales, 1,3% encerados al igual que con moquete. La mayoría solicita ayuda para el cambio de luz en la altura siendo el 65,7%, el 34,2 no la solicita.

¹⁵ Caídas en el anciano, las caídas en el anciano desde el punto de vista médico; Marín Carmona, López Trigo, Geriatrias. gerosagg 2004 vol. 2 num. 3. Ayuntamiento de Málaga

La presencia de salientes, utilización de alfombras convencionales y no solicitar ayuda para el cambio de luz en la altura, aumentan el riesgo de caídas, dado que el adulto mayor en su proceso de envejecimiento sufre cambios que alteran la movilidad y el equilibrio, pudiendo provocar estos factores, tropiezos, resbalones y con mayor consecuencia caídas. Siendo de gran importancia en la prevención de estos sucesos; el tipo de calzado, ya que el 81,5% usa con suela de goma siempre, con un 7,9% los usa a veces y un 10,5% no usa suela de goma.

En relación al uso de dispositivos de apoyo en la marcha, de un total de 11 adultos mayores, el 81,8% lo hace con bastón y un 18,2% utiliza andador; las alteraciones en el equilibrio y la marcha propia de envejecimiento o producida por otros factores, ocasiona que los adultos mayores tengan que asistir la misma para tener mayor base de sustentación. Si bien esta alteración está compensada por los dispositivos de apoyo, esta población es aún más vulnerable a presentar caídas debido a que dichas alteraciones además de permanecer; presentarán un proceso evolutivo en el tiempo.

En cuanto a los factores de protección estructurales presentes en la vivienda el 80,4% presenta iluminación en los pasillos exteriores; ausencia de pasamanos en las escaleras; el 19,5% cuentan con agarraderas en el baño. La ausencia de barandas en escaleras y las escasas agarraderas en el baño, aumentan la probabilidad de sufrir caídas, dado que dichas medidas de seguridad son una forma de prevención, brindando mayor estabilidad en la marcha y mejor sostén en la ducha.

Haciendo referencia al mobiliario presente y su distribución en las viviendas obtuvimos como resultado que el 6,8% presentó puertas de placares abiertas, el 22,7% bordes prominentes de mesas u otros, 34% muebles en zonas de paso y 36,3% cables sin amurar a la pared. Teniendo en cuenta que el adulto mayor permanece la mayor parte de su tiempo dentro de la vivienda los factores mencionados anteriormente sumados a los factores intrínsecos de la persona aumenta el riesgo de desencadenar una caída.

En relación a la intensidad de la luz en las lámparas se observó que la gran mayoría 81,6% usaban lámparas de bajo consumo siendo las mismas menores de 60 Watts y solo el 18,4% tenían más de 60 watts. Del total de la muestra el 68,4% encienden la luz al levantarse durante la noche y un 31,6% no la encienden.

El 80% presenta luz al lado de su cama y solo un 20% no tienen. En relación a la permanencia de luz encendida en los corredores por la noche, el 80,6% deja apagada. La totalidad de las viviendas tiene los interruptores de luz ubicados a la entrada de la habitación, siendo este en conjunto con la buena iluminación en todas las estancias donde circulan los adultos mayores una medida preventiva para la ocurrencia de caídas, siendo este un factor protector.

En lo que se refiere a las horas de sueño nocturnas el 86,8% duerme más de 6 horas y un 13,2% presenta menos de 6 horas de sueño.

CONCLUSION

En dicha investigación llevada a cabo en el complejo de viviendas del BPS, ubicado en Poullier y Goes Montevideo; se recabó información sobre los factores de Riesgo extrínsecos e intrínsecos de caídas en el adulto mayor; en 38 viviendas de dicho complejo.

Dicha información se recabó a través de una entrevista personalizada; en la cual se realiza un abordaje multifactorial, característica resaltante a la hora de analizar los factores de riesgo anteriormente mencionados.

Complementariamente conocimos la prevalencia de las caídas de la población en estudio, con lo que se logra abordar con éxito los objetivos planteado.

Dado el importante porcentaje de caídas registradas; los numerosos factores de riesgo para las mismas y sus consecuencias como son lesiones de tejido blando, temor de recurrencia, fracturas y su repercusión en la autonomía, independencia y calidad de vida del adulto mayor se debería contar con estrategias e intervenciones relacionadas a la prevención de riesgo y a contribuir en el mantenimiento de la funcionalidad física y mental procurando un envejecimiento saludable.

Dicha población debe ser abordada a través de un equipo multidisciplinario, procurando una atención integral del adulto mayor; con énfasis en la promoción y prevención que ayuden a desarrollar una mejor calidad de vida.

La licenciada/o de enfermería como integrante del equipo multidisciplinario ocupa un lugar privilegiado al momento de abordar al individuo; por su proximidad y el contenido propio del cuidado de enfermería el cual debe ser personalizado, oportuno, manteniendo y fortaleciendo la autonomía del adulto mayor con el desarrollo de una valoración continua del proceso de envejecimiento el que coloca al adulto mayor en importante vulnerabilidad física y emocional, proponiendo acciones de cuidado desde el principio de la beneficencia no paternalista con atención en las necesidades del sujeto y no en las necesidades que la enfermera supone que el sujeto tiene; respetando sus decisiones y formas de vida.

Sugerencias

-Consideramos que la colocación de barandas en las escaleras internas y al ingreso a los complejos sería una medida importante en la prevención de caídas, al igual que la colocación de agarraderas en los baños que no cuenten con las mismas.

-Creemos que sería de gran utilidad la implementación de un timbre de auxilio, colocado en el interior de cada vivienda, el cual permitirá la ayuda inmediata.

-Se debería de contar con un botiquín de primeros auxilios.

-La presencia de un Licenciado en Enfermería en los complejos es de gran importancia, el cual llevaría un abordaje integral y personalizado con cada uno de los residentes con la finalidad de poder detectar necesidades, intereses y problemas encontrando posibles soluciones que posibiliten al adulto mayor llevar una vida con menores factores de riesgos los cuales son responsables de múltiples eventos adversos junto a la repercusión en la calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

- Alonso Galbán P, Sansó Soberats F, Díaz-Canel Navarro A, Carrasco García M, Oliva T. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.
- Babb P. Manual de Enfermería Gerontológica. [s.p.i.].
- Ballesteros H, Sánchez S y Col. Bases científicas de la Administración. México: Interamericana, 1985.
- Burke M, Bwalsh M. Enfermería Gerontológica, cuidados integrales del adulto mayor. Madrid: Harcourt Brace; 1998.
- Caídas en adultos mayores institucionalizados Homero Gac E, Pedro Paulo Marín L, Sergio Castro H, Trinidad Hoyl M, Eduardo Vale; Santiago de Chile. Ciudad de La Habana sep.-dic. 2004
- Colomer C, Álvarez C, Díaz D. Promoción de la Salud y cambio Social. 1 era. ed. Barcelona: Masson-Salvat; 2001.
- Comité de Redacción Científica de SIIC Sociedad Iberoamericana de Información Científica 2002 Autor: Oliver D, Connelly JB, Victor CR y colaboradores, 2007 [_http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/geriatweb234.htm](http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/geriatweb234.htm)
- Consulta de enfermería en atención primaria. Revista Rol de Enfermería. 136
- Enciclopedia Médica Medline Plus (www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish)
- Factores de riesgo de accidentes en la edad geriátrica. [Manolo Gómez Juanola, Dr. Jorge Luis Conill, Dr. Juan César Pulido Ramos, Dr. Alexis Pérez](#) Salud Individual y Colectiva. Revista Cubana de Medicina General Integral.
- Fields S. <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/evidencia0/34-35.pdf>
- Gerokomos. Las caídas geriátricas y su prevención en residencias. 13 (2) 2002
- Hernández F, De Alvarado E, Pineda E. Metodología de la Investigación. 1a ed. Washington: OPS/OMS; 1986.
- Jenicek M. La Lógica de la Medicina Moderna Barcelona: Masson; 1996.
- Marriner- Tomey A. Modelos y teorías de enfermería. España: Mosby; 1994. p. 181-190
- Ministerio de Salud Pública Departamento (www.msp.gub.uy).
- Organización Mundial de la Salud (www.oms.org).
- Organización Mundial de la Salud. Unidad de Políticas, Sistemas y Servicios Sanitarios
- Organización Panamericana de la Salud (www.ops-oms.org.uy.)
- Plan de Estudios INDE 1993
- Protocolo de manejo en le Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos MSP; 2007.
- Staab A S, Hodges L C. Enfermería gerontológica. 1ª ed. Montevideo: Mc.Graw-Hill Interamericana; 1998. p.3 -1
- Wikipedia Enciclopedia Libre (www.es.wikipedia.org).

- [Www.fnr.org.com](http://www.fnr.org.com)
<http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n42/pag-10.pdf>

Anexo 1

**CRONOGRAMA DE GANTT CORRESPONDIENTE AL
 TRABAJO DE INVESTIGACIÓN OCTUBRE 2009-AGOSTO
 2010**

Actividades Planificadas	Octubre 2009	Noviembre 2009	Diciembre 2009	Enero 2010	Febrero 2010	Marzo 2010	Abril 2010	Mayo 2010	Junio 2010	Julio 2010	Agosto 2010
Revisión bibliográfica											
Elaboración del protocolo.											
Recolección de la información.											
Organización y tabulación de los datos.											
Redacción y armado final del informe.											
Impresión del informe. Divulgación de los resultados											

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anexo 2

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Haciendo referencia a la seguridad del usuario es que hace algunos años la Organización Mundial de la Salud en conjunto con otras organizaciones internacionales, anunciaron la constitución de la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” como marco para la promoción de un conjunto de medidas consideradas clave para reducir el número de enfermedades, accidentes y defunciones que sufren los pacientes durante la atención médica. La Alianza se creó dos años después de que la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 2002, aprobara una resolución sobre el tema en la que instaba a los Estados Miembros a prestar “la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente” y a establecer y consolidar “sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención a la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología”.¹

El problema de la seguridad del paciente afecta entre otras población a los adultos mayores, estos constituyen una de las poblaciones mas fragiles y vulnerables, en mundo el número de personas que rebasa la edad de 60 años, aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos. También se ha incrementado el grupo de los "muy viejos", o sea los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores en los países desarrollados y el 12 % en los llamados en vías de desarrollo.²

Cada año se agrega a la población mundial unos 9 millones de ancianos. En la actualidad el 77 % del aumento sería en las regiones desarrolladas y en los primeros 15 años de este siglo llegará al ochenta por ciento. Ya para el 2045 cuando se considere que la población aumente cada a; no en 50 millones de personas aquellas de la tercera edad crecerá a razón de 21 millones anuales fenómenos que se producirá fundamentalmente en las regiones sub desarrolladas.

El rápido crecimiento poblacional ocurrido en los últimos cuatro decenios y el inminente aumento de las cantidades de ancianos son dos aspectos del mismo fenómeno de transformación histórica y contribuye un reto para la sociedad. La OMS ha considerado las tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural para establecer los criterios que permiten clasificarlos en cuatro grupos de transición:

¹ Milagros García- barbero Directora de la Oficina de Servicios Integrados de Salud. Unidad de Políticas, Sistemas y Servicios Sanitarios. Organización Mundial de la Salud, Oficina Europea. Barcelona (España).

² Patricia Alonso Galbán^I; Félix J. Sansó Soberats^{II}; Ana María Díaz-Canel Navarro^{III}; Mayra Carrasco García; Tania Oliva pECIALISTA de I Grado en Medicina General Integral Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

Entre los países con transición avanzada se encuentran, por ejemplo, Japón, Italia y Grecia. En Las Américas se encuentran Argentina, Bahamas, Barbados, Canadá, Chile, Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Puerto Rico y **Uruguay**, entre otros. En este grupo también está Cuba, con una población con edad de 60 o más años por encima del 15 %.

Cuba presenta un envejecimiento poblacional progresivo con un incremento marcado en los últimos años. Se prevé que para el año 2020 alrededor de 400 000 cubanos habrán cumplido los 80 años. Se estima que el porcentaje de AM alcance el 25 % para el 2025, momento en el que Cuba será el país más envejecido de América Latina y para el año 2050, uno de los más envejecidos del mundo.

El ancestral interés de los humanos por vivir el mayor número de años posible, unido al creciente desarrollo de la ciencia y la técnica, sustentan la tendencia actual en la importancia de vivir más años, es esencial que estos transcurran con la mejor calidad de vida posible. La problemática del anciano adquiere primordial importancia y factor decisivo en las investigaciones médicas y sociales. Las investigaciones sobre el tema se dirigen ya no sólo a los aspectos relacionados con el proceso “fisiológico” de envejecer; también se pretende conocer aquellas condiciones que colocan al adulto mayor en una situación de riesgo.

En el año 1999 se realizó un estudio bajo el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud donde los datos utilizados para este fueron obtenidos sobre la base de las Encuesta multicéntrica sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (**SABE**) realizadas a personas de 60 años o mayores en los principales centros urbanos de siete países de América Latina y el Caribe. Investigando las condiciones de salud de los adultos mayores en las principales zonas urbanas de siete países: Buenos Aires en Argentina, Bridgetown en Barbados, São Paulo en Brasil, La Habana en Cuba, Montevideo en Uruguay, Santiago en Chile, y México.³ Los países seleccionados para la encuesta representan contextos socioeconómicos, demográficos y políticos diferenciados, reflejando de cierta forma la diversidad entre los países de la región.

En la búsqueda sobre investigaciones realizadas sobre las caídas en los adultos mayores se encontró variedad de estudios por lo cual se seleccionaron según la fuente de realización del mismo, considerado solo aquellos estudios con base científica.

De un estudio descriptivo realizado para evaluar los factores de riesgo de accidentes en los ancianos en Cuba, estando constituido por un universo de 101 ancianos, pertenecientes a los consultorios médicos; 13 (área urbana) y 32 (área rural) del municipio Mantua, en el período comprendido entre julio de 2000 y junio de 2001. Para el mismo fueron revisadas las historias clínicas individuales para determinar las enfermedades crónicas que padecían. El estudio arrojó que dentro de los factores ambientales, en el área urbana predominaron: piso del baño deslizante, cocina de altura inadecuada, suelos pulidos, mobiliarios cambiantes, apuntalamiento-filtraciones y calzado inapropiado.⁴

³ Material aportado por Ricardo Alberti asesor del Programa Adulto Mayor del MSP

⁴ Revista Cubana de Medicina General Integral "Factores de riesgo de accidentes en la edad geriátrica" Dr. [Manolo Gómez Juanola](#), Dr. [Jorge Luis Conill](#), Dr. [Juan César Pulido Ramos](#), Dr. [Alexis Pérez](#)

En la zona rural predominaron: lámpara o interruptor alejado de la cama, baño distante del dormitorio y ausencia de cortinas de baño, suelo desnivelado /irregular, muebles en mal estado, deficiente iluminación, fuentes eléctricas mal protegidas y circulación de animales domésticos. Los riesgos fisiológicos más comunes fueron: pluripatología/polifarmacia y artropatía degenerativa como causa de alteraciones del equilibrio y de la marcha respectivamente, predominando en el sexo femenino.

Prevalcieron la insuficiencia cardiaca congestiva, cardiopatías isquémicas y osteoartritis cervical en las ancianas dentro de las enfermedades más frecuentes.

Otra investigación encontrada es la realizada en Santiago de Chile, con el objetivo de conocer sobre la incidencia de las caídas en los adultos mayores institucionalizados. Se realizó un estudio prospectivo y descriptivo, en una población de 453 personas que vivían en ocho residencias de larga estancia para adultos mayores, pertenecientes a la *Fundación Las Rosas de Ayuda Fraternal*. De estas residencias, seis eran principalmente para pacientes auto validos (total 383 personas) y dos correspondían a hogares para personas con deterioro cognitivo (70 residentes).

En el estudio se incluyeron a todos los adultos mayores de estas residencias presentes entre marzo y octubre de 1995, registrándose todas las caídas que se produjeron durante ese período. Los datos fueron registrados en las primeras 24 h de ocurrido el evento por un médico o una enfermera del centro, completándose una ficha común que contenía los datos generales del paciente, hora y lugar de la caída, antecedente de caídas previas y consecuencias de éstas. Para la evaluación geriátrica, se utilizó la *Escala de la Cruz Roja Española* (funcional y mental) donde se clasifica al sujeto de 0 a 5 puntos (siendo 0 el grado mejor-óptimo y 5 puntos equivale a malo o pésimo).⁵

Durante los ocho meses que duró el estudio, 113 adultos mayores presentaron caídas, lo que corresponde a 24% de los residentes, la edad promedio de este grupo fue 80,3±6,2 años. Porcentualmente las mujeres presentaron más caídas con un 26,1% y los hombres en 18,5%.

Estos 113 adultos mayores presentaron 207 caídas durante el estudio. La frecuencia de caídas fue: 54,9% una sola caída, 37,4% se cayeron dos a cinco veces, 7,3% lo hizo seis a diez veces y sólo uno (0,5%) se cayó quince veces. En el horario diurno (6:00 a 20:00 horas) ocurrieron la mayoría de las caídas (n=166; 80,2%) y también de fracturas (6 de 10 casos).

De un investigación científica realizada en EE.UU la cual se centro en "Evaluar la Información sobre Caídas en Hospitales y Hogares de Ancianos para Desarrollar Estrategias de Prevención". El uso de estrategias complejas de prevención de caídas en pacientes hospitalizados reduciría la frecuencia de caídas; respecto de los hogares de ancianos.

Las caídas son un evento frecuente en los hospitales y hogares de ancianos, ya que se producen 3 a 13 veces cada 1 000 días de internación; en el Reino Unido, entre 2004 y 2005, se registraron en total 275 000.

⁵ “Caídas en adultos mayores institucionalizados”: Homero Gac E, Pedro Paulo Marín L, Sergio Castro H, Trinidad Hoyl M, Eduardo Vale; Santiago de Chile. Ciudad de La Habana sep.-dic. 2004

Aproximadamente, el 30% de estos acontecimientos causan daños físicos y el 3% a 5%, fracturas. En cuanto al método de selección se realizó una búsqueda de las normas de prevención de caídas y fracturas en MEDLINE, CINAHL, EMBASE, *Cochrane Database of Systematic Reviews* y el *Register of Clinical Trials*. Cuando fue posible, se contactó a los autores de los estudios seleccionados, con el fin de obtener detalles sobre la información no publicada o estudios que se llevaran a cabo en ese momento.⁶

El criterio de inclusión inicial fue amplio, dado que se tuvieron en cuenta todos los estudios sobre pacientes hospitalizados o en hogares de ancianos, cuyo resultado principal o secundario fuera la frecuencia de caídas o fracturas o ambas. Para evaluar los artículos seleccionados se utilizó el puntaje de calidad de Downs y Black .

Se dividieron los estudios en 9 categorías, de acuerdo con el tipo de intervención realizada y, luego, se obtuvieron 3 valores estadísticos: caídas por persona por año, fracturas/100 personas/año y porcentaje de individuos con caídas. Para analizar el efecto de las intervenciones realizadas se midieron la proporción de la frecuencia de caídas y el riesgo relativo de que éstas se produzcan.

Se seleccionaron 43 estudios. En hospitales se observó (80% respecto de las caídas, 59% para las fracturas y 58% para la cantidad de individuos que sufrieron caídas). En hogares de ancianos; se observó heterogeneidad significativa con respecto a la frecuencia de caídas 87%, de 24% en cuanto a la cantidad de individuos que las sufrieron y de 0% para las fracturas.

Una de las medidas preventivas consideró los beneficios posibles de las *modificaciones del ambiente físico*. Fue un estudio de cohorte observacional que comparó la frecuencia de caídas y fracturas de los residentes de un hogar para ancianos en habitaciones con piso de concreto y de madera, con alfombra y sin ella. Este trabajo no mostró efectos significativos sobre la frecuencia de caídas. Se observó que el suelo de madera y el alfombrado se asociaron con menor riesgo de fracturas.

Según los autores, hay información razonable que señala que a través de una intervención compleja y estructurada para pacientes internados en hospitales se puede obtener un efecto moderado sobre las caídas, pero no sobre las fracturas. Con respecto a los hogares de ancianos, se han demostrado reducciones significativas en la frecuencia de caídas, cantidad de pacientes que las sufrieron y las fracturas en algunos estudios individuales.

Dicho estudio investiga si “en personas de edad avanzada, ambulatorias, el riesgo de caídas parece estar claramente relacionado con los niveles reducidos de hemoglobina”

En la tercera Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (NHANES III, de National Health and Nutrition Survey) en Estados Unidos, demuestra que existe anemia en el 5 a 8% de los adultos entre 60 y 69 años llegando hasta el 12 a 15% en los mayores de 69 años.

En este estudio, los autores analizan la relación entre la anemia y el riesgo de caídas ocurridas durante la internación, en una muestra de ancianos ambulatorios de la comunidad y de residencias geriátricas. Informes recientes indican que en los ancianos existe relación entre la anemia y la disminución de la aptitud física y el aumento de la discapacidad.

⁶ Comité de Redacción Científica de SIIC Sociedad Iberoamericana de Información Científica 2002 Autor: Oliver D, Connelly JB, Victor CR y colaboradores, 2007_ <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/geriatweb234.htm>

Los niveles bajos de Hb también son considerados un factor de riesgo de caídas en mujeres de edad avanzada, como así de las caídas que se producen en residencias geriátricas o domiciliarias, seguidas de fractura de cadera.⁷

Los participantes formaron un grupo de 362 internados, de edades entre los 59 y los 104 años. Todos los individuos fueron internados por enfermedades agudas no relacionadas con una caída. Se hicieron las siguientes determinaciones de laboratorio: Hb, hematocrito, pruebas bioquímicas de rutina, ferremia, ferritina, saturación de hierro, transferrina, ácido fólico, historia clínica y antecedentes demográficos.

Durante el período de estudio (2001-2004) la edad media de los pacientes en la unidad geriátrica donde fueron internados fue 82 años. De los 362 pacientes estudiados, 198 (54,7%) sufrieron una caída durante la hospitalización.

El modelo describió un 22% menos de riesgo de caídas por cada 1 g/dL de aumento de la Hb y un riesgo general de caídas en los pacientes anémicos de 1,9 veces. No se comprobó relación entre las caídas y la edad, el sexo y el lugar de residencia. Los responsables del trabajo incluyen a la anemia entre los factores de riesgo de caídas y como un factor de riesgo pasible de corrección, con el consiguiente beneficio sobre las caídas durante la hospitalización de pacientes ancianos ambulatorios.

De un estudio realizado en Cataluña 2002 con una población de adultos mayores de 65 años institucionalizados en los cuales se investigaron aquellos factores de riesgo que inciden en una caída.⁶ El mismo se hizo mediante una encuesta se analizaron las respuestas de la población siendo (542 varones y 665 mujeres). Se ha llevado a cabo un análisis multivariable de la declaración de haber sufrido alguna caída en función de la edad, el sexo, el nivel de estudios, la clase social y la presencia de enfermedades crónicas y discapacidades. Dicha investigación arrojó que el 17,9% de la población mayor de 65 años declara haber padecido alguna caída en el transcurso de los últimos 12 meses. La frecuencia de caídas aumenta con la edad. Ser mujer, haber cursado estudios universitarios, padecer 3 o más enfermedades crónicas y 2 discapacidades incrementan la probabilidad de sufrir caídas.⁸

De una investigación de estudiantes de facultad de enfermería en el marco del proyecto de investigación científica se estudió la “Recurrencia de caídas relacionadas a la automedicación en adultos mayores de hogares diurnos de la IMM, noviembre de 1999 enero del 2000”.

De una muestra de 65 adultos mayores presentó una prevalencia del 15% de recurrencia de caídas en el último año. De 27 usuarios el 41% padeció caídas, 37% fueron recurrencias y de estos el 40% se auto medicaba, con un promedio de 2.5 fármacos por persona, utilizando en su mayoría (62%) aquellos que son de riesgo de caídas (hipotensores 38%, tranquilizantes y sedantes 24%).

El 34% se auto medicaba y dentro de estos el 43% son medicaciones de riesgo.⁹

⁹Dra. Marta Papponetti. Esp. Medicina Interna. Editora Responsable Med. Interna de Intramed

⁸ Subdirección General de Planificación Sanitaria. Departamento de Salud y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña. Barcelona. España.

El 100% de los adultos mayores con recurrencia de caídas presentan patologías asociadas, siendo la mayor prevalencia cardiovascular y osteoarticular y a su vez el 100% consumo medicación el último año.

Dicho estudio se baso en saber qué pruebas existen de que la modificación de los factores de riesgo y otras intervenciones reducirán las caídas en personas de 65 años o más el mismo fue realizado en Estados Unidos marzo 1998.

Para la selección de estudios se seleccionaron ensayos clínicos aleatorizados y controlados (EAC) si las intervenciones estaban diseñadas para minimizar o prevenir la exposición a factores de riesgo de caídas o fracturas; los participantes eran personas de 65 años o más de edad y vivían en la comunidad o en residencias asistenciales; y se describía el número de caídas, de fracturas y de personas que se habían caído. Se extrajeron datos sobre la calidad de los estudios, características de los pacientes, procedencia, tipos de intervenciones (ejercicio y multifactorial) y variables de estudio. Se graduaron las recomendaciones (se dio un valor de A para las pruebas de EAC múltiples; de B para un solo EAC o resultados pobres o inconsistentes de múltiples EAC; y de C para escasas pruebas).¹⁰

El re análisis de algunos de los estudios demostró que las intervenciones en el domicilio no eran tan eficaces como los programas realizados en residencias de ancianos y además no reducían las caídas (evidencia de grado A). Los pacientes que acuden al departamento de urgencias después de las caídas tienen una frecuencia baja de posteriores caídas después del seguimiento médico y ocupacional y de acudir al especialista (evidencia de grado B). Las personas que viven en residencias de ancianos mejoran con las intervenciones dirigidas. Por ejemplo, las almohadillas protectoras de la cadera reducen las fracturas en pacientes de alto riesgo. No disponemos de datos sobre evaluaciones económicas.

A modo de conclusión el estudio arroja que las caídas de las personas mayores pueden evitarse. Las intervenciones más eficaces son las multifactoriales y dirigidas a los individuos de riesgo elevado.

¹⁰ Suzanne D Fields, *Nueva York, EE.UU. Care* 1996; <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/evidencia0/34-35.pdf>

ANTECEDENTES NACIONALES:

La ancianidad se presenta como un fenómeno social que avanza en forma silenciosa, constante e irreversible, invadiendo todos los campos de la estructura global de la sociedad.

Uruguay constituye actualmente uno de los países más envejecidos de Las Américas con un 17% de su población mayor de 60 años, de los cuales el 13,4 % es mayor de 65 años y dentro de ellos el subgrupo que crece mas aceleradamente es el de mayores de 75 años, es decir aquellos con mayor demanda de cuidados y probabilidad de perdida de autonomía.¹¹

El 94% de las personas mayores de 60 años reside en la comunidad y casi la mitad (47%) se concentran en Montevideo, alcanzando este grupo el 19 % de la población capitalina. El 20 % de los adultos mayores padecen dificultades en actividades básicas de la vida diaria. 25.000 personas mayores de 65 años están institucionalizadas (M.S.P).

Para el año 2025, las proyecciones prevén que esta población alcance el 20% y que los mayores de 75 años constituirán el 40% del grupo etario (375.000 individuos).

Los mayores de 80 años ya constituyen 3% de está población, superan la media de la región del Cono Sur y los centenarios ya constituyen un grupo que supera los 400 individuos en todo el territorio nacional, la mayor parte de esta población son personas auto válidos y socialmente integradas. Más del 80% tiene pensiones o jubilación pero éstas no siempre alcanzan a satisfacer las necesidades de atención y cuidados que requieren.

Un porcentaje creciente de adultos mayores carece de ingresos de pensiones contributivas en tanto proceden del sector de trabajo informal o trabajo precario, no generando derechos a beneficios sociales hasta muy añosos (pensión a la vejez) o cuando tienen una discapacidad severa.

Aproximadamente el 20% de los adultos mayores viven solos, sin quien les cuide ante la probabilidad de discapacidad o enfermedades.

Por lo tanto las caídas en los ancianos constituyen un hecho sumamente frecuente siendo unos de los problemas más importantes dentro de la patología geriátrica dada su gravitación en la salud del anciano constituyen auténticos motivos de internación.¹²

Según el Ministerio de salud pública constituyen la 6ta causa de muerte en mayores de 65 años, siendo su tasa de mortalidad de 5/100.000 para adultos entre 65 y 74 años, de 150/100.000 para aquellos entre 75 y 84 años y asciende a 525/100.000 para mayores de 85 años (MSP).

El 95% de las caídas suceden al realizar las actividades básicas de la vida diaria, solo el 5% están relacionadas con actividades peligrosas.

El 30% de los mayores de 65 años sufrirán una -caída al año (50% de estos presentan mas de una caída). Este porcentaje aumenta con la edad. En instituciones geriátricas la cifra aumenta al 40-50% (sobre todo en las primeras semanas de internación). El riesgo de institucionalización es 10 veces mayor en ancianos con caídas.

¹¹ Programa Nacional del Adulto Mayor MSP Dirección General de Salud 2007

¹² Protocolo de manejo en le Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos MSP 2007 Dirección General de la Salud.

En el marco de nuestra búsqueda sobre investigaciones en relación a la seguridad del paciente, es que el equipo investigador acudió a una de las conferencias realizada en el Fondo Nacional de Recursos (FNR) a cargo de la Comisión de Seguridad del Paciente y Vigilancia del Error en Medicina, la cual se constituyó por ordenanza del Ministerio de Salud Pública el 23 de mayo de 2007 siendo uno de los miembros importantes del mismo la Lic. Enf. Cándida Scarpitta.¹³

Dicha conferencia se basó en conocer estrategias realizadas en cuanto a la seguridad de los pacientes en otros países. Siendo uno de los expositores el Dr. Epidemiólogo y Cirujano Fernando Otaiza, integrante del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente en Chile.

El cual presento un estudio sobre elementos centrales del plan estratégico de seguridad del paciente, realizado en el Ministerio de Salud de Chile. Las intervenciones en el estudio fueron basadas en evidencia, utilizando a su vez la experiencia que ya existía sobre el tema. Basándose para la realización en la vigilancia, auditoría y la supervisión.

En la investigación se seleccionaron siete ámbitos para el trabajo en seguridad del paciente, los cuales son: infecciones intrahospitalarias, seguridad en la cirugía, medicina transfusional, seguridad en la atención del paciente, indicaciones y uso de medicación, laboratorios y atención -cuidado del paciente focalizándose en las UPP, caídas y error en la administración de medicación. Siendo nuestro tema de interés las caídas, en Chile se presentan con una incidencia de 2,2% por 100 personas.

Se determinó que son más frecuentes en salas de medicina y geriatría. Siendo el lugar donde más se producen en la habitación, cercano a la cama. El 50,1% de los pacientes que presentaron una caída vuelven a padecerla. A modo de conclusión no existen escalas para predecir las caídas, solo se cuenta con evaluadores de riesgo y medidas para reducir el riesgo como materiales especiales en pisos, uso de barandas, uso de brazalete de identificación de paciente de riesgo y educación al personal. Considera que debe haber un sistema de notificación local de caídas.

Si se pudo determinar que las caídas se reducen significativamente con la presencia de acompañante las 24hs del día, podemos decir también que es un método no sustentable para ninguna institución. El **Fondo Nacional de Recursos** (FNR) organismo público no estatal que en cuyo gobierno participa el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Economía y Finanzas, el Banco de Previsión Social, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y los IMAE Institutos de Medicina Altamente Especializada son prestadores públicos o privados habilitados por el MSP. Siendo adjudicada a este la administración del Fondo que ha permitido financiar una parte importante de la tecnología médica en el país, y al mismo tiempo, que la población acceda a ella sin limitaciones económicas. A través de este fondo todas las instituciones públicas y privadas re-aseguran a sus beneficiarios para situaciones médicas "catastróficas"; es decir, aquellas que por su alto costo y baja frecuencia podrían desfinanciar a una institución.³ La función del Fondo Nacional de Recursos es otorgar financiamiento a prestaciones médicas altamente especializadas.

¹³ www.fnr.org.com <http://www.smu.org.uy/publicaciones/eldiariomedico/n42/pag-10.pdf>

El Fondo Nacional de Recursos recibe los recursos que vuelcan diversas instituciones como ser el aporte del Estado, entes autónomos, Servicios Descentralizados y Administraciones Departamentales, Fondo Nacional de Salud (FONASA), Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.

Para realizar la presente investigación nos apoyamos en determinado **marco teórico**, que intenta explicar los aspectos que se consideran más importantes para la misma.

Según la OMS la **Salud** es definida como “El estado de completo bienestar Físico, Mental y Social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez” Dicha formulación fue realizada en 1946 en la conferencia internacional sobre salud en la ciudad de NY en la cual 61 naciones firman el acta constituida por la Organización Mundial de la Salud.

Varios autores consideran la definición de la OMS, como utópica, estática y subjetiva, por lo que citaremos otras definiciones, pariendo de una concepción dinámica de la salud

F. Ferrara, sostiene que: “La salud se expresa concretamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le impone; y cuando de esa lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vivimos, modificándola de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones”.

Desde un enfoque global la salud es considerada por **H. San Martín** como “Un fenómeno psico-biológico-social, dinámico, relativo, muy variable en la especie humana. Corresponde a un estado ecológico- físico-lógico-social de equilibrio y adaptación de todas las posibilidades del organismos humano frente a la complejidad del ambiente social.”¹⁴

En primera instancia, como nuestra investigación es sobre adultos mayores y este en esencia es un **hombre** definimos el mismo diciendo:

“El hombre es un ser histórico en una integración bio-sico-socio-cultural y espiritual que mantiene una relación dialéctica con el medio y es capaz de transformarse así mismo y al medio”¹⁵

La disciplina en la cual estamos enmarcados es **Enfermería** la cual tiene como fin promover la armonía entre el hombre y su entorno “Es la disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familias, grupos y poblaciones. Entendiéndose por **Disciplina** según Ann Marriner-Tomey (1995) como “Un área de investigación y de practica, marcada por una perspectiva única, o por una manera distinta de examinar los fenómenos”¹⁶ La capacidad racional del hombre esta dada por la lucha continúa del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio-sico-sociales

¹⁴ Alberdi. M., Ballesteros. H., etc. U.N.E.D. “Conceptos de Enfermería” 1er. Edición. Ed. Rugerte S. L. Madrid 1984 Unidad didáctico II p.150-158.

¹⁵ Plan de estudios INDE 1993

¹⁶ Ann Marriener- Tomey “Modelos y teorías de enfermería” Mosby España 1994

La enfermería realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo, terapéutico en los diferentes niveles de atención: primario, secundario, terciario. Considera al hombre como un ser bio-psico-social-espiritual, compuesto por elementos que conforman un medio interno e inmerso en un entorno que le influye positiva y negativamente. La pérdida de la estabilidad de estos elementos da origen a las necesidades que deben ser satisfechas por el individuo para mantener un estado de salud óptimo o dentro de los límites de lo que se considera normalidad.

Siendo de importancia definir la **calidad de vida** como “la consecuencia de la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales y esto es posible por medio de un plan de desarrollo que se refiera a las personas y no a los objetos”.

La persona es un ser de necesidades múltiples o interdependientes por ello hay que entenderlas como un sistema en el que se interrelacionan o interactúan.¹⁷

Según la OMS la calidad de vida se define como “la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias y la relación las características sobresalientes del entorno”.

El aporte de la Enfermería a la comprensión global de la situación de la salud le da su capacidad para identificar las necesidades de forma integral, logrando identificar para luego actuar sobre los aspectos que intervienen directa e indirectamente en el **proceso salud enfermedad** de cada individuo entendiéndolo como tal “Al proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en que se encuentra. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y el equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos”.¹⁸

Uno de los condicionantes de los factores de riesgo es el **nivel de vida** el que estaría determinando la situación de la persona en el proceso salud-enfermedad, Históricamente el hombre se ha ocupado más de la enfermedad, que de cuidar y proteger a los sanos, o de investigar las causas y factores que condicionan y mejoran los niveles de salud.

En la década del 70, **Marc Lalonde** propone el concepto de “campo de salud”, imprimiendo un cambio al elevar la biología humana, el ambiente y los estilos de vida al mismo nivel de importancia que la organización y los servicios para el cuidado de la salud.

A modo de sistematizar los factores determinantes de la salud y su influencia en los individuos y en la comunidad es que **Lalonde** utiliza un esquema que agrupa los

¹⁷ ¹⁸ Plan de estudio INDE 1993

A modo de sistematizar los factores determinantes de la salud y su influencia en los individuos y en la comunidad es que **Lalonde** utiliza un esquema que agrupa los determinantes según se trate de variables relacionadas con:¹⁹

Factores biológicos

Incluye todos aquellos aspectos físicos y mentales que conforman al ser humano; tales como la herencia genética, ciclos de vida, historias de vida, ritmos biológicos.

Estilo de vida

Los comportamientos de los individuos y las colectividades ejercen influencia sobre su salud.

Organización de los servicios sanitarios

Entendemos por tales la cantidad, calidad y accesibilidad de los recursos utilizados para satisfacer las necesidades y demandas de la población, así como las estructuras, organizaciones y políticas relativas al sector.

Entorno

Incluye todos aquellos aspectos ajenos al propio cuerpo sobre los cuales el individuo tiene muy limitado control y que influyen sobre su salud. Diferenciamos un medio ambiente físico (calidad de aire, agua, suelos, Contaminantes químicos, clima, vegetación) y medio ambiente social y cultural (aspectos demográficos, relacionales, nivel económico, grado de desarrollo).

Karl Buck, en su relectura de Lalonde, jerarquiza al entorno como el más importante de estos determinantes, siendo indispensable su modificación para que se produzcan cambios positivos en la salud; teniendo un rol decisivo la participación de las personas para mejorar la calidad de vida y el bienestar individual y colectivo.

Con el fin de conocer los determinantes de Salud es que el **Enfermero Comunitario** se inserta en la comunidad. El mismo es considerado como “el profesional que trabaja con la comunidad ya sea con la persona, la familia o con grupos de población, identifica necesidades y problemas, con el fin de realizar e implementar con los involucrados un plan de acción identificando a partir de un proceso diagnóstico, que tienda a fortalecer, mantener, recuperar o rehabilitar la salud, realizando para ello actividades de docencia- asistencia e investigación.

El Enfermero Comunitario se halla donde las personas viven, realiza sus actividades laborales, estudian y se recrean fortaleciendo su capacidades y respetando en todo momento su identidades culturales y su autonomía. Es además un profesional que integra un equipo de salud, con quienes debe coordinar acciones para garantizar una atención de salud integral y globalizadora, con este fin debe coordinar acciones con otros sectores, con otras instituciones y profesionales contribuyendo a dignificar la existencia del ser humano.²⁰

¹⁹ Plan de estudios INDE 1993

²⁰ Roca. A., Álvarez. C., “Enfermería Comunitaria I” 1 er. Edición Ed. Masson-Salvat. Barcelona 1992. p. 61 – 63

De esta manera es que se hace fuerte el protagonismo de enfermería como promotores de salud en los individuos y en la comunidad. Según la OMS la **Promoción de la salud** es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren.

De igual manera es de vital importancia el papel que desempeña la enfermería en los diferentes **niveles de prevención**, entendiendo a la **Prevención**

Primaria: como las acciones orientadas a la promoción de la salud y protección/ prevención específica.²¹

Prevención Secundaria: son las acciones dirigidas al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y a la **Prevención Terciaria**: como la etapa de rehabilitación y reinserción social.

La prevención consiste en métodos y técnicas sanitarias y sociales destinadas a evitar la aparición de enfermedades y en presencia de estas a evitar sus consecuencias o secuelas así como a la eliminación o minimización de los factores de riesgo existentes en el medio.

Es importante que la enfermera profesional como miembro activo del equipo de salud, enmarque su accionar a través de las teorías de enfermería la cual proporcionara, asimismo, autonomía profesional a través del punto de referencia que supone tanto para el ejercicio profesional como para la formación y las labores de investigación de la profesión.

A nuestro entender los pilares fundamentales de la enfermería son: **la Teoría de D. Orem. “Déficit de autocuidado”, Teoría Psicodinámica de H. Peplau y la Teoría de los cuidados culturales de M. Leininger.**

La teoría nos proporcionara los conocimientos necesarios para perfeccionar nuestra práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

Según Kgrlinger una **Teoría** es “un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyecta una visión sistémica de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos” un fenómeno es “cualquier acontecimiento o hecho que es percibido directamente por los sentidos, es lo que existe en el mundo real”.²²

La enfermería profesional puede contribuir con lo anteriormente citado mediante la adhesión de la teoría de D. Orem donde la misma considera su teoría de la Enfermería en función del déficit de auto cuidado como una teoría general compuesta por las siguientes teorías relacionadas :*(1) teoría de auto cuidado, (2) teoría del déficit del auto cuidado, y (3) teoría de los sistemas de enfermería.*

Orem identifica los siguientes tipos de sistemas de enfermería: (1) el totalmente compensador: haciendo todo para el paciente, (2) el parcialmente compensador: ayudando a la persona a que lo haga ella misma, (3) el de soporte educativo: ayudando a la persona a que aprenda a hacerlo por si misma.

Dorothea Orem explico el auto cuidado como una necesidad humana, define la enfermería como un servicio humano e indica que el aspecto especial de la enfermería es una necesidad personal de proporcionar actividades de auto cuidado de forma continua

²¹ Colomer. C., Álvarez. C., Díaz. D., “Promoción de la Salud y cambio Social”1 er. Edición Ed. Masson-Salvat. Barcelona. 2001.

²² Alberdi. M., Ballesteros. H., etc. U.N.E.D. “Conceptos de Enfermería”1 er. Edición Ed. Rugarte S.L. Madrid. 1984. Unidad didáctico II p.205-227

para el mantenimiento de la vida y la salud para la recuperación tras la enfermedad o lesión. Considera entonces al Autocuidado como aquellas actividades del individuo aprendidas por éste y orientadas hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia si mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar.

El Déficit de auto cuidado es la relación entre la demanda de auto cuidado terapéutico y la acción de auto cuidado de las propiedades humanas.

Por ultimo se refiere a los sistemas de enfermería a la serie continua de acciones que se producen cuando las enfermeras vinculan una o varias formas de ayuda a sus propias acciones o a las acciones de personas a las que se está asistiendo y que estén dirigidas a identificar las demandas de auto cuidado terapéutico de esas personas o a regular la acción de auto cuidado.

El modelo muestra que cuando la capacidad de auto cuidado del individuo es menor que la demanda de auto cuidado terapéutico, la enfermera compensa el déficit de auto cuidado o de asistencia dependiente.²³

Siendo sus supuestos básicos de la teoría general:

1-Los seres humanos necesitan ser estimulados de una forma continua para seguir vivos y actuar de acuerdo con las cualidades humanas naturales.

2- La acción humana, la capacidad de actuar deliberadamente, se ejerce en forma de ayuda hacia uno mismo y hacia los demás para identificar las necesidades y crear los estímulos necesarios.

3-Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones para actuar en ayuda de uno mismo y de los demás, mediante aportaciones que sustenten la vida y rueguen sus funciones.

4-Las acciones humanas se llevan a cabo al descubrir, desarrollar y transmitir a los demás formas y medidas para identificar las necesidades y realizar las aportaciones hacia uno mismo y hacia los demás.

5- Grupos de seres humanos que poseen unas relaciones estructuradas agrupan las tareas y reparten las responsabilidades para ayudar a los miembros del grupo que experimenten privaciones para realizar las aportaciones deliberadas necesarias hacia si mismo hacia los demás.

Realizando una síntesis de la teoría de enfermería es que consideramos que el rol de enfermería debe ser el de un profesional autónomo en el cuidado de la salud que coordine la atención en los distintos niveles de atención y niveles de Complejidad del individuo y su entorno elaborando un plan de cuidados integrales , permitiéndole al individuo y su familia ser participes de sus propios cuidados, asumiendo el rol de líder en la conducción de los cuidados como también en el equipo multidisciplinario de atención sanitaria.

²³Ann Marriener- Tomey “Modelos y teorías de enfermería” Mosby España 1994.pag 181-190

Dado el interés por mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores es que se surge la creación por parte del Ministerio de Salud Pública (Dirección General de la Salud) el **PROGRAMA NACIONAL DEL ADULTO MAYOR** (En el marco de la implementación del Programa del Adulto Mayor en la Red de atención del Primer Nivel, se comenzó en abril del 2007 la aplicación del Carné de Salud del Adulto Mayor en todos los efectores de la RAP, el cual debe ser llenado por el médico de cabecera (Médico General, Médico de Familia, Médico de área o médico de crónico) y su equipo de trabajo.

En este proceso de implementación del programa se incorporó a partir del 4 de junio del 2006 la especialidad de Geriátrica, que permite la realización de interconsultas desde los equipos básicos de su salud para personas de 65 años y más.²⁴

El programa del adulto mayor tiene como objetivo general:

Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos través de respuestas articuladas entre el estado y la sociedad civil.

Objetivos Específicos:

- Favorecer el mantenimiento de los ancianos/as en su medio habitual, así como su autonomía e independencia.
- Proteger sus derechos. (Reglamentación Ley 17.796).
- Estimular y coordinar el desarrollo de redes socio-comunitarias para las personas adultas mayores.
- Normalizar la atención de salud de las y los adultos mayores desde un enfoque integral, tanto en el sector público como privado.
- Impulsar la creación de servicios intrahospitalarios con un enfoque re habitador desde la internación.
- Impulsar el desarrollo de servicios alternativos en la comunidad (centros diurnos).
- Disminuir la institucionalización.

Dicho programa busca promover:

- Una alimentación saludable.
- La recreación, y la actividad física
- El pensar en positivo.
- El aporte de experiencia y sabiduría.
- El compartir momentos gratificantes con personas de otras edades.
- Sumarse a grupos que los mantenga en contacto con otros/as.
- El ejercicio del derecho a una sexualidad placentera.

²⁴ Programa Nacional del Adulto Mayor. MSP, Dirección General de la Salud. Montevideo, 2007

En el marco de nuestra área de investigación sobre **Seguridad del Paciente** consideramos la misma como una nueva disciplina de la medicina que enfatiza en el reporte, análisis y prevención de las fallas de la atención en salud que con frecuencia son causas de eventos adversos. Se conoce como tal al conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias²⁵

La seguridad, por lo general se refiere a la protección del bienestar físico o psicológico frente a una lesión o daño no intencionado. La seguridad, a pesar de las múltiples definiciones, es una necesidad humana conocida universalmente, **Maslow (1954)** incluyó la seguridad como necesidad humana justo después de las necesidades fisiológicas más básicas, como la comida, el aire o el agua. La seguridad proporciona una sensación de estabilidad y maleabilidad del propio mundo.

El riesgo de lesión o daño en un momento concreto para un individuo determinado. Las más relevantes organizaciones que promueven la calidad de los servicios de salud en el mundo han propuesto iniciativas para incrementar la seguridad de la atención en salud a los pacientes e impactar en la disminución de la ocurrencia de los eventos adversos en las instituciones de salud.

En la asamblea mundial del 2004 se acordó organizar una **Alianza Internacional para la Seguridad del Paciente** que fue puesta en marcha el 27 de octubre del mismo año. El programa de la alianza incluye temas para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. Su objetivo se resume en el lema “Ante todo no hacer daño”.²⁶

La alianza mundial para la seguridad del paciente expresa que los primeros estudios sobre la preocupación por la seguridad del paciente datan del año 1950. El problema es una dimensión mundial hace ya 5 años, donde las organizaciones mundiales han desarrollado estrategias tanto nacionales como internacionales que contribuyan a la mejora de la seguridad de los pacientes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 55 Asamblea Mundial de la Salud, en Ginebra en el 2002, insta a los estados miembros a prestar «la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente» y a establecer y consolidar «sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología».

²⁵ <http://en.wikipedia.org>; <http://www.imss.gob.mx>

²⁶ Gerokomos revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología.”Las caídas geriátricas y su prevención en residencias. Vol 13 n° 2-2002

Los primeros estudios se remontan a los años 1950-1960, pero realmente no recibieron una gran atención hasta principios de los 90. El primer estudio publicado se llevó a cabo en Harvard. Los estudios posteriores realizados en varios países pusieron de manifiesto tasas de efectos adversos de entre el 3,2% y el 16,6% en pacientes hospitalizados. En promedio, uno de cada diez pacientes ingresados sufre alguna forma de daño evitable que puede provocar discapacidades graves o incluso la muerte.

La Alianza surge como un instrumento para facilitar el intercambio de experiencias entre los distintos países en un mundo globalizado.

Tiene el firme propósito de poner en marcha seis programas en los dos próximos años:

- ***Reto global para la seguridad del paciente.***

Abordar el problema de las infecciones asociadas con la atención de salud en una campaña denominada «Atención higiénica es atención más segura».

- ***Pacientes para la seguridad del paciente.***

Involucrar a los pacientes y consumidores.

- ***Taxonomía para la seguridad de los pacientes.*** Formular una taxonomía de la seguridad del paciente que sirva para notificar sucesos adversos.

- ***Investigación en el campo de la seguridad de los pacientes.*** Elaborar sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y prevenirlos. Las prioridades de investigación deben concentrarse en la relación entre los errores y los distintos sistemas sanitarios, la infraestructura para mejorar la seguridad de los pacientes.

- ***Soluciones para la seguridad de los pacientes.***

Identificar y divulgar las «mejores prácticas». El factor más importante para mejorar la seguridad de los pacientes es reducir los riesgos de los servicios sanitarios y mejorar su seguridad.²⁷

En el año 2005 las Naciones Unidas establecen el siguiente compromiso:

“el sector de la salud está llamado a desempeñar una función clave de liderazgo en el desarrollo de las políticas y alianzas de promoción de Salud. Si se desea avanzar en el control de los factores determinantes de la salud, es indispensable un enfoque normativo integrado por parte del gobierno y las organizaciones internacionales, así como el compromiso de trabajar con la sociedad civil y el sector privado en todos los ámbitos”.

El 2 DE MAYO DE 2007 WASHINGTON/GINEBRA -- La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha lanzado hoy "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de ayudar a reducir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria que pagan millones de pacientes en todo el mundo. Las soluciones han sido formuladas por el Centro Colaborador de la OMS sobre (Soluciones para) la Seguridad del Paciente.

En los países desarrollados, se estima que hasta uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños y en el mundo en desarrollo la cifra es probablemente mucho mayor. Lo más importante en materia de seguridad de los pacientes es conseguir conocer la manera de evitar que éstos sufran daños durante el tratamiento y la atención.

²⁷ Milagros García- barbero Directora de la Oficina de Servicios Integrados de Salud. Unidad de Políticas, Sistemas y Servicios Sanitarios. Organización Mundial de la Salud, Oficina Europea. Barcelona (España).

Las nueve soluciones concebidas se basan en intervenciones y acciones que han reducido los problemas relacionados con la seguridad del paciente en algunos países, y se difunden ahora de manera accesible para que los Estados Miembros de la OMS puedan usarlas y adaptarlas a fin de reformular los procedimientos de asistencia al enfermo y hacerlos más seguros.

Las Soluciones para la Seguridad del Paciente se centran en los siguientes aspectos:

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos
2. Identificación de pacientes
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo
Correcto.
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones
Asistenciales.
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones
asociadas a la atención de salud.

Siendo que nuestra investigación engloba a la franja etaria de adultos mayores comenzamos definiendo a la **Geriatría** como rama de la medicina dedicada al estudio del diagnóstico y tratamiento de enfermedades propias o frecuentes en la vejez.²⁸

Dentro de la ciencia podemos encontrar una de las ramas de la misma que trata los problemas de adaptación y las enfermedades de la población anciana y de la vejez esta es la **gerontología** siendo importante destacarla en nuestra investigación. La **Enfermedad Gerontológica** es una especialidad cuyo foco de interés está en la valoración de las necesidades bio-sico-socio-cultural y espiritual del adulto mayor. La misma pone énfasis en optimizar el nivel de independencia y auto suficiencia de las personas en cuanto a las actividades de la vida diaria, en prevenir las enfermedades o invalidez; promover, mantener, restaurar la salud y mantener la vida con dignidad.

Desde el punto de vista **Epidemiológico** el número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos. También se ha incrementado el grupo de los "muy viejos", o sea los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores en los países desarrollados y el 12 % en los llamados en vías de desarrollo. El proceso de transición demográfica que tiene lugar difiere entre países.

²⁸ Staab. A. S., Hodges. L. C., "Enfermería gerontológica" 1ª Ed. Mc.Graw-Hill Interamericana Editores S.A. Montevideo. 1998 p.3 -15

La OMS ha considerado las tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento natural para establecer los criterios que permiten clasificarlos en cuatro grupos de transición:

Incipiente: tasa de natalidad alta, mortalidad alta, crecimiento natural moderado (2,5 %). Moderada: tasa de natalidad alta, mortalidad moderada, crecimiento natural alto (3,0 %). Completa: tasa de natalidad moderada, mortalidad moderada o baja, crecimiento natural moderado (2,0 %). Avanzada: tasa de natalidad moderada o baja, mortalidad moderada o baja, crecimiento natural bajo (1,0 %).²⁹

Entre los países con transición avanzada se encuentran, por ejemplo, Japón, Italia y Grecia. En Las Américas se encuentran Argentina, Bahamas, Barbados, Canadá, Chile, Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Puerto Rico y **Uruguay**, entre otros. En este grupo también está Cuba, con una población con edad de 60 o más años por encima del 15 %.³ En este último país toda persona que alcanza los 60 años de edad y los supera es considerada un adulto mayor (AM).

Cuba presenta un envejecimiento poblacional progresivo con un incremento marcado en los últimos años. Se prevé que para el año 2020 alrededor de 400 000 cubanos habrán cumplido los 80 años. Se estima que el porcentaje de AM alcance el 25 % para el 2025, momento en el que Cuba será el país más envejecido de América Latina y para el año 2050, uno de los más envejecidos del mundo.

El Uruguay, es uno de los países más envejecidos de América Latina, con un índice de 13.4 % mayor de 65 años, dadas las características demográficas más relevantes son las relacionadas al descenso de la natalidad y descenso de la mortalidad que se vincula estrechamente con el aumento de la esperanza de vida. Esta característica a impulsado a crear diversas estrategias sanitarias apuntadas a abordar problemas de salud que se van relacionado con el proceso natural de envejecimiento de los individuos, procurando contribuir en la mejora de la calidad de vida. La mitad de las personas mayores de 65 años residen en Montevideo. El número de mayores de 75 años crece aceleradamente. Siendo que el 20 % de los adultos mayores en comunidad padecen dificultades en actividades básicas de la vida diaria y el 80 % de los adultos mayores son auto válido.

Es de importancia rever el *proceso de envejecimiento* para lograr comprender y ofrecer una mayor perspectiva y entendimiento de esta etapa como un proceso normal abordándolo de forma integral.

Se reconocen tipos diferentes de envejecimiento, entre los que sobresalen el individual y el demográfico o poblacional. El envejecimiento individual es el proceso de evolución hasta ahora irreversible que experimenta cada persona en el transcurso de su vida mientras que el envejecimiento poblacional es el incremento del número de AAMM con respecto al conjunto de la población a que pertenecen.

²⁹ Patricia Alonso Galbán^I; Félix J. Sansó Soberats^{II}; Ana María Díaz-Canel Navarro^{III}; Mayra Carrasco García; Tania Oliva Especialista de I Grado en Medicina General Integral Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

El proceso de envejecimiento humano individual es el resultado de la suma de dos tipos de envejecimiento: el primario (intrínseco) y el secundario. El envejecimiento primario es el proceso o grupo de procesos responsables del conjunto de cambios observados con la edad en los individuos de una especie y no relacionados con la presencia de enfermedad. Se centra en los mecanismos genéticos, moleculares y celulares que intervienen en el proceso de envejecimiento y que, de expresarse adecuadamente, condicionan lo que se ha denominado “envejecimiento con éxito”.³⁰

Por el contrario los principales representantes del envejecimiento secundario son los problemas de salud de carácter crónico y lo relacionado con hábitos y estilos saludables de vida.

El envejecimiento es un proceso complejo y dinámico con componentes fisiológicos, psicológicos y sociológicos inseparables. Es un proceso normal que implica un crecimiento, desarrollo y adaptación continuos hasta la muerte. Las personas envejecen de modo diferente y a distintas velocidades. No todos los cambios funcionales se deben al envejecimiento; algunos se deben a la enfermedad. La vejez plantea un aumento gradual de la vulnerabilidad a la enfermedad. El individuo tiene múltiples necesidades y problemas que requieren comprensión y cuidados por parte de la enfermera para promover la salud, el bienestar, la recuperación de la enfermedad o incapacidad y el éxito en la evolución hacia la muerte.³¹

Estas proyecciones muestran un proceso claro y sostenido del envejecimiento caracterizado por la disminución de la mortalidad en los primeros años de vida y por la concentración de los fallecimientos en las etapas mediana y tardía de la misma.

El envejecimiento es un fenómeno universal, es un proceso de la vida del ser humano durante el cual ocurren modificaciones biológicas (celulares, tisulares, orgánicas y funcionales), psicológicas y sociales; Es una programación genética influenciada tanto por factores ambientales como por la capacidad de adaptación del individuo.

Dicho proceso realmente se inicia entre los 20 y 30 años de edad cuando el organismo alcanza su mayor grado de madurez y la acción del tiempo comienza a producir modificaciones morfológicas y fisiológicas en el organismo. Los cambios que sufren los órganos y tejidos durante el envejecimiento no deben considerarse problemas de salud, sino variantes anatómo-fisiológicas normales.

El envejecimiento es un proceso altamente individual que se manifiesta de diferente manera en cada persona, no sigue un patrón establecido, por el contrario, es irregular y asincrónico; envejecer supone una progresiva adaptación a una serie de disminuciones físicas, psíquicas y sociales.

30 Revista cubana de salud pública de la Habana 2007

31 Pamela Babb “Manual de Enfermería Gerontológica”

Algunos cambios en el envejecimiento que propician a las caídas son:

- Disminución de la agudeza visual
- Disminución de la sensibilidad propioceptiva
- Alteración del oído medio-
- Enlentecimiento de los reflejos
- Atrofia muscular
- Alteración de la conductividad nerviosa vestibular
- Atrofia de partes blandas
- Degeneración de estructuras articulares.

Con el paso del tiempo aparecen múltiples alteraciones biomecánicas articulares capaces de provocar caídas por sí misma o facilitar su producción.

A nivel de la columna vertebral se sufren desplazamientos del centro de gravedad, a nivel de la cadera ocurre rigidez articular en posición viciosa, disminución de la movilidad articular, insuficiencia de abductores, a nivel de la rodilla atrofia de células fibro adiposas del talón, disminución de la movilidad de articulaciones.³²

Además de las alteraciones del envejecimiento hay una gran variedad de procesos patológicos que bien de forma aguda o crónica producen trastornos en la marcha y consecuentemente caídas.

Sino existe una atención socio sanitaria oportuna esto implicaría una dependencia tanto económica como social.

Los gigantes de la geriatría es el nombre que se les da a los síntomas mediante los cuales se manifiestan muchas enfermedades de la vejez. Estos fueron definidos en 1976, siendo la inmovilidad, inestabilidad, afeción intelectual e incontinencia.

Dichos síntomas son considerados génesis o efecto de las caídas en los adultos mayores. Las Caídas en el Adulto Mayor constituyen un hecho sumamente frecuente, tan común que muchas veces ha sido considerado como un aspecto inevitable del envejecimiento, siendo uno de los problemas más importantes dentro de la patología geriátrica dada su gravitación en la salud del anciano, constituyendo auténticos motivos de internación. Como se ha mencionado las caídas se ubican dentro del contexto de los grandes síndromes geriátricos, los mismos predominan en los dos extremos de la vida pero pueden tener consecuencias mucho más agresivas en los adultos mayores.

La OMS define las **caídas** como “consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad”.³³

En un hospital, la posibilidad de caída de los pacientes constituye un riesgo real y su prevención es un indicador de calidad asistencial por parte del personal de salud. Se definiría este indicador como el número de caídas presentadas durante la hospitalización sobre el total de egresos del hospital.

³² Gerokomos revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología. “Teorías del envejecimiento” Vol 13 nº 2-2002

³³ Protocolo para el manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos MSP dirección General de la Salud

Las caídas se pueden **Clasificar** (Adaptación de las clasificaciones según Morse 1987 y Campbell 1995) ³⁴

Caídas accidentales: Incluyen caídas por resbalones y tropezones en personas alertas y con marcha normal. En ocasiones podrían prevenirse modificando el entorno.

Caídas no anticipadas: Representan un 10% del total aproximadamente, se producen en personas orientadas y con deambulacion estable pero que sufre mareo, una convulsión o un síncope. Este tipo de caídas NO son predecibles y es imposible prevenirlas hasta que la persona se ha caído al menos una vez y se la ha diagnosticado la causa física que la ha provocado.

Caídas anticipadas: Son previsibles y es más frecuente (78%) dentro de éste grupo se encuentran las caídas frías y las calientes.

Caídas frías: Se producen como consecuencia de un trastorno en la marcha o equilibrio secundario a la edad, el desuso o la debilidad muscular y/o a consecuencia de trastornos sensoriales, somato sensitivos, vestibulares o visuales.

Caídas calientes: Son la consecuencia de la confluencia de los distintos factores en la enfermedad aguda (deshidratación, confusión, hipotensión postural, uso de sujeciones u otro tipo de restricciones mecánicas o efectos de la medicación sobre el estado mental).

De un estudio realizado en Chile se estima que la incidencia anual de caídas en el anciano joven (65-70 años) es de 25% y llega a 35-45% al tener edad más avanzada (80-85 años), pero superados los 85 años el número de caídas reportadas disminuye, posiblemente por restricción de la actividad física. Se ha comprobado que los AM frágiles se caen más que los vigorosos (52% vs 17%), aunque las consecuencias de las caídas son más graves en estos últimos.³⁵

Con frecuencia la etiología de la caída es multifactorial; en su conjunto existen **factores de riesgo**. Entendiendo por **riesgo** la posibilidad o probabilidad de que ocurra un suceso indeseable en un periodo de tiempo.

De esto se desprende que los factores de riesgo son una característica o condición que se asocia a la probabilidad / posibilidad de aparición de enfermedades.

Estos pueden ser de dos tipos: Psico-Social y Biológicos (dentro de estos pueden ser modificables o no). **Factor de riesgo** “es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se asocia con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido.

Para contrarrestar estos factores de riesgo es que la persona cuenta con **factores de protección** que son aquellos recursos personales o sociales destinados a fortalecer y proteger la salud integral y que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo. Pueden estar presentes en el individuo, en el ambiente familiar o en el medio.

³⁴ Protocolo para el manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos MSP dirección General de la Salud

³⁵ Revista médica de Chile v.131 n.8 Santiago ago. 2003

Existen Factores de Riesgo tanto **extrínsecos** como **intrínsecos**, que deben tenerse en cuenta en la valoración de las posibles causas de caídas en las personas mayores. La mayor parte de las caídas parecen estar motivadas por la suma de muchos factores de riesgo, por lo que la predisposición a caer puede ser la resultante del efecto acumulativo de múltiples alteraciones. Una historia de caídas puede ser un indicador de fragilidad, mala movilidad, enfermedad aguda o crónica.

- **Factores de riesgo intrínsecos:** Son aquellos que están relacionados con el propio paciente
 - **Edad**
 - **Factores fisiológicos del envejecimiento.**
 - **Enfermedades que favorecen las caídas:**
 - Neurológicas.
 - Músculo esqueléticas
 - Cardiovasculares.
 - Otras causas.
 - **Consumo de fármacos.**
- **Factores Extrínsecos:** Son aquellos que están relacionados con el entorno del paciente.
 - **Ambientales**
 - **Arquitectónicas de la unidad hospitalaria.**
 - **Del equipo y mobiliario.**
 - **De elementos de uso personal**

Factores del entorno:

- Iluminación inadecuada.
- Mobiliario en mal estado o de tamaño inapropiado de acuerdo al espacio físico.
- Servicio higiénicos inaccesibles y sin agarraderas.
- Suelo mojado y/o deslizante.
- Desorden en la habitación.
- Ropa y calzado inadecuado.

Factores del paciente:

- Sexo
- Edad superior a los 65 años
- Integración del grupo familiar
- consumo de fármacos sobre todo aquellos que provoquen mareos, confusión etc.
- Antecedentes personales de enfermedades

- Alteraciones oculares o sensitivas.
- Pos operatorio inmediato.
- Alcoholismo y/o drogadicción.
- Actitud resistente, agresiva.
- Hipotensión.
- Hipoglucemias.
- Enfermedades neurológicas (epilepsia, convulsiones).
- Enfermedades cardíacas (arritmias, portadores de marcapaso).
- Enfermedades del aparato respiratorio (disnea, hipercapnia).
- Portadores de dispositivos externos que pueden interferir en la movilidad y de ambulación (sonda vesical, drenaje, soporte de suero, bastones, andadores).

Caídas en el Domicilio del Adulto Mayor

La mayoría de las caídas en el adulto mayor traducen un síntoma de enfermedad o trastorno subyacente, por lo que no es apropiado atribuir la caída solamente a peligro ambiental o a la edad.

Las caídas son mas frecuentes en personas más añosas y suelen preceder a un periodo de declinación gradual de las funciones (trastornos auriculares y de tejidos blandos, metabólicos del hueso, trastornos oculares, neurológicos etc.) y al desarrollo de estados confesionales agudos (depresión, trastornos de ansiedad, etc.).³⁶

Existen múltiples explicaciones que ponen en manifiesto la gran importancia del control postural en las caídas del adulto mayor. Evitar que una inestabilidad llegue a provocar una caída no depende únicamente del control postural, sino también de la capacidad de activación muscular. Por lo tanto, la debilidad y desgaste muscular parecen ser factores importantes que contribuyen a la aparición de caídas en los mayores. Es difícil establecer datos epidemiológicos sobre las caídas, pues en numerosas ocasiones debido al olvido o silencio voluntario del mayor no se declaran muchas. Esta falta de información se debe a que el anciano considera que las caídas son atributos de la vejez. El segundo motivo esta relacionado con el miedo que genera la institucionalización del anciano por sus familiares ante la aparición de una nueva incapacidad que altera su capacidad autonómica.

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

⁶ Gerokomos revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología. "El mayor y su casa Barreras Arquitectónicas" Vol 15 nº 3-2004.

Factores que establecen mal pronóstico en el anciano que sufre una caída

Son factores de mal pronóstico la edad avanzada, la permanencia durante tiempo prolongado en el suelo, el sexo femenino, la pluripatología, la polimedicación, y el deterioro cognitivo. Junto a la mortalidad directa (con tendencia a disminuir por la mejora en las condiciones de atención a las lesiones agudas), las caídas condicionan una gran morbilidad, de forma que hasta un 47 % de los pacientes hospitalizados a causa de una caída requerirán cuidados sociosanitarios continuados.

Repercusiones y consecuencias de las caídas

Las consecuencias de las caídas en el mayor pueden ser físicas, psicológicas, socio familiares, económicas, etc, y en mayor o menor medida, aparecen todas imbricadas. Junto a la mortalidad directa inducida por ellas quizás el aspecto más relevante sea el de la puesta en marcha de una cascada de complicaciones que determinarán la incapacidad funcional del mayor en muchas ocasiones.

Cuando se produce una caída van a aparecer unas consecuencias en el anciano, no sólo físicas sino también a nivel psicológico y social. Las consecuencias más frecuentes y de mayor impacto funcional.

a. Consecuencias físicas :

- Fracturas:

Entre un 5-8 % de las personas mayores residentes en la comunidad que caen van a sufrir una fractura. Las cifras son superiores en el medio residencial. Por otro lado, en el 90% de las fracturas de cadera, antebrazo, húmero, y pelvis del mayor (las más frecuentes) es posible encontrar el antecedente de caída, generalmente de bajo impacto traumático.

El índice de fracturabilidad aumenta exponencialmente con la edad y el sexo femenino, de forma que en mayores de 75 años el 40% de las mujeres que sufren caídas se fracturan frente al 27% de los hombres.

La fractura de cadera es de las más frecuentes, y la que acarrea una mayor morbimortalidad. La incidencia de la misma en España, Málaga es de 130- 200 casos/ 100000 habitantes / año. Ocasionalmente ocasionan mortalidad directa en el 15-20% de los casos, y una elevada morbilidad. Se estima que los mayores ingresados en el hospital por fractura de cadera generan unas estancias medias dobles

Respecto a las fracturas hay que tener en cuenta que va a ser un factor de mortalidad importante, al igual que va a ser causa de incapacidad física, ya que un alto porcentaje de enfermos que sufren una fractura no van a recuperar el nivel funcional que tenían antes. La fractura de cadera a su vez puede provocar consecuencias indirectas sobre el anciano derivadas de la inmovilidad: aparición de úlceras por presión, aumento de riesgo de presentar tromboembolismo pulmonar, deshidratación, alteración del patrón miccional etc; consecuencias que podrían implicar la calidad de vida del anciano.

Los planes de cuidados de enfermería específicos y protocolizados permiten que los ancianos afronten el problema en las mejores condiciones físicas y psíquicas posibles.³⁷

A nivel psíquico y social. La principal consecuencia a nivel psicológico es el síndrome post-caída. Esto va a provocar una disminución de la movilidad y pérdida de la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, primero por el dolor de las contusiones que actúa como elemento limitante de la movilidad y posteriormente por la ansiedad y miedo a presentar una nueva caída. También generan pérdida de confianza en sí mismo y aislamiento social.

Indicadores de alarma. Riesgo elevado

Dentro de la población anciana debemos hacer especial hincapié en aquellos factores de riesgo que van a favorecer la aparición de la caída, considerados como signos de alarma en la valoración de enfermería.

Los principales desencadenantes son:

- Debilidad muscular.
- Déficit de la marcha y equilibrio.
- Deterioro cognitivo (confusión mental).
- Polimedicación.
- Disminución de la visión.
- Patologías crónicas (osteoporosis), agudas (hipoglucemia, hipotensión ortostática).
- Antecedentes de caídas.
- Derivados del entorno (ambientales)

De una investigación realizada en España se obtuvo que los accidentes son la 5ª causa de muerte, de ellos las caídas son el 6%, de las cuales el 75% se producen en personas mayores de 65 años. la mayoría se producen en lugares cerrados durante la realización de actividades habituales, en las escaleras resulta mas peligroso el descenso que el ascenso, también son mas peligrosos los primeros y los últimos escalones.

En las calles son mas frecuentes las caídas en los bordillos no rebajados y aceras. Las más frecuentes según el mes y el día de la semana en el domicilio son en marzo y abril los domingos. El lugar de la casa en el que con mas frecuencia se caen es en la cocina por todas las barreras que podemos encontrar como son los suelos húmedos, altura excesiva de muebles, etc.

Se considera como **recurrencia de caída** a la producción de 2 o más caídas en un período de 1 año. No todos los individuos presentan los mismos factores de riesgo para la caída ni éstos actúan de igual manera ya que el proceso de envejecimiento es particular.³⁸

Para valorar el riesgo de padecer caídas existen varias escalas, como ser la que propone B.H.DOWNTON.

³⁸ Protocolo para el manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos MSP dirección General de la Salud

Mitos y realidades a cerca de las caídas de los pacientes.

MITO: La mayoría de las caídas de los pacientes ingresados en centros hospitalarios son predecibles.

REALIDAD: La mayoría de las caídas de los pacientes ingresados en centros hospitalarios son predecibles y los estudios de investigación indican que las dos terceras partes pueden prevenirse.

MITO: La mayoría de las caídas de los pacientes no son peligrosas.

REALIDAD: Las caídas son la 2º causa de muerte por accidentes y la mayoría de las personas que mueren después de una caída son personas ancianas. Las complicaciones de las caídas pueden producir un deterioro de la movilidad y una pérdida general de la salud.

MITO: Evitar las caídas es una actividad que lleva tiempo al equipo de salud.

REALIDAD: Las intervenciones de enfermería, muy simples, pero a veces olvidadas, como recordar a los pacientes solicitar ayuda siempre que lo necesite, puede disminuir la incidencia de las caídas.

MITO: El traumatismo debido a las caídas da lugar principalmente a un deterioro físico como por ejemplo una lesión de la cabeza o una fractura ósea.

REALIDAD: Las caídas pueden quebrantar la autoestima además de los huesos.

MITO: Aun aceptando que las caídas no son un hecho infrecuente, no constituyen un riesgo importante para la mayoría de los pacientes hospitalizados.

REALIDAD: Aproximadamente el 50% de los pacientes ancianos ingresados caen cada año.

MITO: La sujeción puede evitar que un paciente se caiga.

REALIDAD: La sujeción puede incrementar el riesgo de caída. Un paciente atado puede sentirse atrapado y agitarse más, en un intento de liberarse es posible que suba las barandas laterales o accidentalmente se ladea sobre la silla de ruedas.

Marco Teórico del protocolo

Con la finalidad de universalizar el acceso a la atención de salud para toda la población se realiza una ***Organización de los Servicios de Salud en Uruguay*** el consenso político acerca de la necesidad urgente de generar un cambio radical en la organización del sistema sanitario, hacia un modelo prevencionista, anticipativo, integrado e integral, descentralizado y basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud, ha cristalizado en una serie de reformas del sistema y la normativa correspondiente para dar lugar al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Dicho sistema Nacional Integrado de Salud requiere:

- Cambios en el modelo de Atención
- Cambios en el modelo de Gestión
- Cambios en el modelo de financiamiento

Esta reforma lo que propone es el acceso a la salud de toda la población, en niveles de cobertura y calidad homogénea, con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano y el financiamiento de ésta, con calidad asistencial devolviendo sustentabilidad al sistema.

Cambios en el modelo de atención a la salud hacia una orientación que privilegie la atención integral, implicando acciones de promoción y prevención.³⁹

Estas actividades se desarrollarán en el marco de la estrategia de **APS** (Atención Primaria de la Salud) y asegurando la mayor capacidad resolutoria del primer nivel de atención

Sistema Nacional Integrado de Salud:

Se crea el fondo de salud que reúne a todos los fondos de la seguridad social destinados a financiar servicios de salud (**FONASA**).

Es el conjunto de servicios públicos y privados de una nación integrados en forma de red en una estructura única de organización, con un organismo central de gobierno que definen políticas y normas general:

- Niveles de atención definidos e interrelacionados.
- Niveles administrativos intermedios y locales descentralizados; cuyo propósito esencial es:

Cobertura universal y equidad en las prestaciones y en la financiación.

- Eficacia y eficiencia económica y social.
- Atención integral a la salud, preventiva y de contenido humanista.
- Promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.

³⁹Material aportado por el MSP, a través de Lic. Ricardo Alberti. Montevideo. 2010.

Conformación del Seguro Nacional de Salud

Fondo Nacional de Salud requiere - Aporte del estado
(FONASA) -Aporte de los Hogares
-Aporte de las Empresas

Los usuarios realizan el pago al FONASA según su ingreso, por el cual reciben una atención integral de instituciones tanto de salud pública como privada que integran el sistema.

-27 mil trabajadores públicos que no estaban cubiertos en materia de salud, pasan a estarlo.

-Se incorpora ASSE como una nueva opción asistencial aumentando las opciones para los beneficiarios de la seguridad Social. Dicha opción es inmediata para los nuevos afiliados a la seguridad social.

SNIS plantea entre algunos de sus objetivos los siguientes:

– Lograr el mayor nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente, que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación para el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

– Implementar un modelo de atención integral basada en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.

A nivel Nacional surge a causa de un crecimiento acelerado de la población de adultos mayores y a un aumento en la demanda en la atención de salud para esta población, el **Programa Nacional del Adulto Mayor (M.S.P)** el mismo procura incorporar el concepto de mejora de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores, esto significa que se debe garantizar a todos ellos una vida digna, plena y participativa, mediante el desarrollo de un programa que fomente todas las áreas que se vinculan con la salud, promoviendo hábitos de vida saludables.⁴⁰

En el marco de la implementación del Programa del Adulto Mayor en la Red de atención del Primer Nivel, se comenzó en abril del 2007 la aplicación del Carné de Salud del Adulto Mayor en todos los efectores de la RAP, el cual debe ser llenado por el médico de cabecera (Médico General, Médico de Familia, Médico de área o médico de crónico y su equipo de trabajo Licenciado/a en enfermería o Auxiliar de enfermería).⁴¹

⁴⁰ Plan de estudios INDE 1993

⁴¹ Material aportado por el MSP, a través de Lic. Ricardo Alberti Asesor del Programa Nacional del Adulto Mayor. Montevideo.2010.

En este proceso de implementación del programa se incorporó a partir del 4 de junio del 2006 la especialidad de Geriátrica, que permite la realización de interconsultas desde los equipos básicos de su salud para personas de 65 años y más.

La directora del Programa Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública, la Licenciada en Enfermería Eugenia Demarco.

El programa de salud busca coordinar esfuerzos con las distintas instituciones públicas, privadas y de la sociedad civil y parte de la idea fundamental de que, "un envejecimiento saludable es aquel donde las personas participan activamente".

PROPÓSITO:

Favorecer un Envejecimiento Activo Saludable, que se traduzca en una vida digna, plena y participativa, colaborando en el mantenimiento del adulto mayor en la comunidad durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud.

OBJETIVO GENERAL:

Promover y asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores, mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, a través de respuestas articuladas del Estado y la comunidad, favoreciendo su inserción como ciudadanos desde la perspectiva socio cultural, y en sus derechos a la salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-Desarrollar un Programa Nacional del Adulto Mayor (PRONAM) que asegure la calidad de un envejecimiento activo, participativo y saludable que:

-Potencie las actuaciones de prevención del deterioro funcional y de promoción de salud, que favorezcan el mantenimiento de los ancianos en su medio habitual, así como la autonomía e independencia de estas personas.

-Contribuya a la integración y coordinación de los servicios sanitarios y sociales.

-Coordine acciones a nivel Interinstitucional e Intersectorial que permitan el desarrollo de Políticas de Estado específicas del Adulto Mayor.

-Garantice una adecuada articulación entre los distintos niveles de atención y especializada.

-Evite las internaciones inapropiadas, potenciando los sistemas alternativos de detección de ancianos frágiles en el primer nivel de atención, contando con centros diurnos, visitas a domicilio, etcétera.

-Favorecer la creación de servicios que apunten a un cambio de modelo intra hospitalario con un enfoque preventivo y rehabilitador desde la internación, que permita la reinscripción del adulto mayor en la comunidad y la disminución de costos de estadía hospitalaria.

-Promocionar la salud de los adultos mayores desde etapas tempranas, de modo de favorecer el mantenimiento de los mismos en su medio habitual, así como su autonomía.

-Favorecer la capacitación de Recursos Humanos (profesionales y no profesionales) que atiendan las necesidades de los Adultos Mayores, promoviendo la formación en geriatría y gerontología para los prestadores actuales y futuros de salud, en todos los niveles de atención, enfatizando en el primer nivel.

En la Conferencia Internacional sobre **APS (Atención Primaria en Salud)** de Alma Ata (1978), se define a la misma como una estrategia de abordaje integradora del sistema; entendiéndose que la misma es el núcleo central de un proceso continuo de atención integral de la salud, que debe garantizar la cobertura universal.

La APS es a la vez un reflejo y una consecuencia de los determinantes psico-socio-culturales, económicos y políticos en la salud, que se orienta a atender los principales problemas de salud de la población a través de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación privilegiándose el primer nivel de atención, donde se produce el primer contacto calificado de los individuos, las familias y la comunidad con el Sistema de Salud.

Por su parte, **la OMS define a la Atención Primaria de la Salud** “como una estrategia regida por principios de universalidad y accesibilidad para todas las personas y grupos. Los principios rectores de la APS son la equidad, la implicación y la intersectorialidad, por tanto requiere y exige de la participación activa de la comunidad organizada, sus representantes políticos y las organizaciones sociales que adhieran al desarrollo de comunidades saludables”.⁴²

La declaración de Montevideo (2005) mandata a los gobiernos de la región a renovar la estrategia de APS como la base de los Sistemas de Salud de la región, en tanto se logra una mayor eficacia y adaptabilidad en distintos contextos socioculturales con una menor erogación financiera.

Esta nueva concepción queda plasmada en la Carta de Ottawa para la **Promoción de la Salud** (1986).

A medida que aumenta la comprensión de los factores que influyen en la salud se desarrollan nuevos enfoques con el fin de promover estilos de vida saludables. En este sentido la Promoción de la Salud representa una estrategia y un concepto unificador para implementar una propuesta de salud integral que tome en cuenta la responsabilidad política y social en la creación de ambientes saludables, promoviendo un rol preponderante de la población para alcanzar sus ideales de salud.

⁴² Plan de estudios INDE 1993

*La Declaración de Yakarta (1997) identifica cinco prioridades en relación a la **promoción de la salud** en el siglo XXI:*

- Promover la responsabilidad social para la salud.
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud.
- Expandir la colaboración para la promoción de la salud.
- Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos.
- Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

En este sentido, la Promoción de la Salud incluye dos clases de acciones: aquellas que fortalezcan las habilidades, capacidades y desarrollo de potencialidades de las personas y las que busquen cambiar las condiciones sociales, ambientales y económicas con efectos adversos para la salud individual y colectiva.

La Prevención de la Enfermedad designa un conjunto de acciones que llevan a reducir los factores de riesgo o evitarlos y/o mitigar su impacto. Por tanto, Promoción y Prevención se complementan e interactúan naturalmente.

Más adelante se explica con mayor profundidad los conceptos de promoción y prevención de salud y enfermedad, desde la perspectiva de enfermería.

En Uruguay el MSP actualmente reconoce tres **niveles de atención**, siendo estos una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos a fin de satisfacer las necesidades de atención de la salud de la población.

El **Primer nivel de atención**: es la puerta de entrada del usuario al sistema de salud, bien organizado permite resolver necesidades básicas y más frecuentes en la atención de salud de una población dada, con tecnologías simples.

Las principales actividades que se desarrollan en este primer nivel son:

- Promoción
- Protección específica
- Diagnóstico precoz
- Tratamiento oportuno
- Rehabilitación
- Saneamiento ambiental (deben ser coordinadas con autoridades municipales y de la educación).
- Con amplia participación de la comunidad organizada.

El primer nivel brinda atención de salud a través de:

- Atención ambulatoria.
- Atención a domicilio, seguimiento domiciliario casos de riesgo.
- Atención de urgencia.⁴³

Se realiza:

- _ Vigilancia epidemiológica.
- _ Educación para la salud.
- _ Investigación (deberá ser un objetivo primordial, no solo para mejorar la eficacia y eficiencia en el trabajo, sino para identificar los principales problemas y necesidades de salud del área).

El **Segundo nivel de atención:** lo integran los hospitales locales, rurales, o de nivel departamental, con las especialidades básicas; estos hospitales deben de contar también con asistencia ambulatoria de especialidades en policlínicas.

El **Tercer nivel de atención:** corresponde a los hospitales de alta especialización, donde se atiende la totalidad de la población de un país, como por ejemplo en nuestro país el Hospital de Clínicas; universitario; centro de formación de especialistas; como también así lo es el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

En el primer nivel de atención **la función de enfermería** se centra en un abordaje integral para la cual se realiza tres tipos de intervenciones, condicionando el proceso salud-enfermedad sobre el individuo, familia y comunidad.

Dichos niveles de intervención son los siguientes:

1- PROMOCIÓN

Se parte de un enfoque poblacional y está destinada a grupos básicamente sanos siendo su objetivo es promover acciones que ayuden a desarrollar estilos de vida más saludables. Busca incidir sobre los determinantes que sostienen la salud.

2- PREVENCIÓN:

La prevención está dirigida a individuos y/o grupos con factores de riesgo.

Su objetivo es diagnosticar e intervenir precozmente articulando las estrategias de abordaje psicológicas, mediante técnicas adecuadas, para minimizarlos o eliminarlos.

Incluye este nivel de intervención asistir a personas que ya han sido de tratadas en otro nivel de atención, previniendo recaídas y evitando posibles complicaciones posteriores.

Desde la prevención diferenciamos cuatro niveles de acción: prevención primordial, primaria, secundaria y terciaria.

Prevención primordial:

Pretende evitar la aparición de los factores de riesgo o de sus causas en poblaciones o grupos exentos de ellos.

2.2 Prevención Primaria:

Está dirigida a grupos con factores de riesgo, a través de acciones orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los agentes causales y los factores de riesgo.

2.3. Prevención Secundaria:

Sus acciones están dirigidas a reducir la prevalencia de la enfermedad, con medidas orientadas a elaborar y transformar una situación conflictiva, problema de salud y/o enfermedad ya presente o esbozada en el individuo, a través del diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado.

2.4 Prevención Terciaria:

Está dirigida a personas que padecen enfermedad mental y su objetivo es evitar, retardar o reducir la aparición de secuelas de la misma, mejorando su calidad de vida. Este nivel de intervención pretende evitar complicaciones, discapacidad, dependencia social y muerte a través del diagnóstico adecuado, el tratamiento y la rehabilitación.

3 - ASISTENCIA

Su objetivo es atender a las personas que padecen trastornos ya establecidos y/o medianamente consolidados.

Se coordinará la atención psicológica-psiquiátrica realizando tratamiento farmacológico en las situaciones que así lo ameriten. En los trastornos crónicos se buscará mejorar la calidad de vida, adquiriendo especial importancia la coordinación con otras instituciones externas al sector salud.

Cuidados de Enfermería en prestaciones de servicio a cada persona, familia y grupos comunitarios, sanos y enfermos apoyando y realizando acciones, para la satisfacción de las necesidades básicas a través de las consultas de Enfermería, visitas domiciliarias.

Utiliza, Técnicas de Educación e Investigación, aplicando espacio de escucha y seguimiento.

En este nivel cobra importancia relevante la **referencia y contrarreferencia** hacia o desde otros niveles de intervención.

⁴³ Plan de estudios INDE 1993

Objetivos para las estrategias de abordaje hacia la comunidad

a) Hacia la Comunidad:

a.1) Desarrollar acciones desde los E.I.S (equipos interdisciplinarios de salud) mediante la estrategia de A.P.S que favorezcan el establecimiento del Modelo de Salud Comunitario.

a.2) Elaborar y articular nuevas estrategias posibilitadoras de una **integración dinámica participativa y sistemática** del usuario al Sistema de Salud.

a.3) Participar activamente en el cuidado y la mejoría de la salud en todos los niveles de intervención buscando el equilibrio bio-psico-social de las personas y grupos.

a.4) Cubrir los niveles de Promoción, Prevención, Detección precoz, Asistencia y Rehabilitación desde una perspectiva de salud integral e integradora.

a.5) Canalizar eficazmente las demandas de atención directa así como las derivaciones internas y externas

a.6) Formar agentes comunitarios de salud.

a.7) Estimular la integración activa de todos los agentes comunitarios de salud, educación recreación, en los procesos de promoción, prevención y detección precoz.

a.8) Promover el reconocimiento y la detección de los factores de protección y factores de riesgo.

En cuanto a la **Atención integral a la salud**, entendemos por la misma:

Conjunto de actividades que realiza el equipo de salud sobre las personas sanas o enfermas, incluyendo la protección y mejora del medio ambiente, desarrolladas con actitud y orientación preventiva.⁴⁴

Se pueden distinguir cinco tipos de actividades:

- Promoción: su objetivo es mantener o mejorar la salud, serian todas aquellas actividades que mejoran el nivel y calidad de vida: correcta alimentación, trabajo adecuado, vivienda, recreación, educación, libertades públicas, etc.
- Protección: su objetivo es proteger a las personas o al medio contra riesgos, actividades dirigidas a proteger contra: riesgos físicos, riesgos químicos, biológicos, fisiológicos, psicológicos.
- Recuperación de la salud: aquellas actividades de diagnostico precoz y tratamiento eficaz, con el fin de conocer la causa y aplicar tratamiento adecuado a fin de recuperar el nivel de salud perdido.
- Rehabilitación: posibilitando la recuperación o compensando habilidades perdidas por otras nuevas, limitando el daño de forma tal de posibilitar la mejor reinserción social de las personas.

⁴⁴ Plan de estudios INDE 1993

- Cuidados paliativos: en aquellos usuarios con procesos irreversibles se realiza acompañamiento de manera de mitigar el sufrimiento, brindando apoyo necesario en el tránsito a la muerte.

En el marco de la investigación a realizar con adultos mayores consideramos oportuno conocer la fundamentación implicada en una correcta **Atención Geriátrica** la cual se basa en varios principios fundamentales tales como, el trabajo interdisciplinario, el empleo de la metodología e instrumentos de valoración geriátrica integral y la atención del adulto mayor mediante los denominados niveles asistenciales. Estos garantizan la asistencia integral al paciente geriátrico en todas las situaciones de enfermedad o necesidad que este pueda presentar.⁴⁵

La asistencia geriátrica engloba un conjunto de niveles asistenciales sanitarios (hospitalarios y extra hospitalarios) y sociales que atienden las situaciones que presentan los ancianos.

Esta asistencia se asienta en tres pilares fundamentales:

El primer nivel de atención (enmarcados en APS)
La Atención Especializada (Servicios de Geriatria principalmente).
Los Servicios Sociales Comunitarios

Siendo fundamental garantizar la coordinación entre estos tres servicios.

Debemos considerar que el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, sino que significa disminución de la capacidad de adaptación del organismo a determinadas situaciones.

Podemos definir el **envejecimiento** como “un progresivo deterioro generalizado de la función con el resultado de una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y de un riesgo creciente de enfermedad relacionada con la edad” es un proceso heterogéneo, variable, influido por factores genéticos, bioquímicos, nutricionales, sociales etc. Que pueden tener efectos moduladores sobre el envejecimiento.

CAMBIOS RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO

Se pueden distinguir aquellos cambios biofísicos que no son predecibles de enfermedades como es el encanecimiento, aparición de arrugas, problemas visuales o auditivos, etc., de aquellos cambios que son riesgos potenciales de

enfermedades como son, la acumulación de radicales libres y su efecto en el

organismo produciendo enfermedades neurológicas, metabólicas etc. Asimismo los cambios en el envejecimiento conductual y social.

⁴⁵ Burke Mary, M Mary Bwalsh, “Enfermería Gerontológica, cuidados integrales del adulto mayor, edición harcourt Brace, Madrid España 1998 cap 3-4

Otro factor de interés es la capacidad de la persona para adaptarse a la crisis, situaciones nuevas y riesgos durante el ciclo vital, lo que puede utilizarse como predictor de una vejez sana o no. La capacidad de adaptación de la persona, tiene que ver con la habilidad de la misma para enfrentar la demanda o el factor estresante en un momento dado. Esto también tiene que ver con las características del propio factor estresante:

- La naturaleza del estresor.
- Número de demandas o estresores que ocurren en forma simultánea.
- Duración a la exposición del estresor.
- Experiencias similares en el pasado con el mismo tipo de estresor, o bien, parecido.

Todos estos factores sumados hacen de la persona, en situación normal, una más fuerte; pero con mucha frecuencia la sobrecarga es tal, que hacen del anciano una persona muy vulnerable.

Los cambios desde el punto de vista físicos son: ⁴⁶

Control Neural: Al incrementar la edad, aparecen cambios en los órganos sensoriales (los que más permiten un contacto con el mundo que nos rodea), una disminución en el número de unidades funcionales del sistema nervioso, así como una disminución en la conducción de los impulsos nerviosos. Como resultado, la función integradora del sistema nervioso y la capacidad de reserva hacia la presencia del estrés se encuentran significativamente afectadas.

Manutención de una nutrición adecuada: La capacidad de una ingesta nutritiva adecuada se ve influenciada en gran parte por cambios que afecten uno o más de los procesos de ingestión, digestión, secreción y absorción. Mantener en mente las influencias culturales que juegan un papel de gran importancia en los hábitos y costumbres alimenticias.

Manutención de una circulación adecuada: A través del aparato circulatorio, las células del organismo reciben el aporte de sangre requerida para el desarrollo de su actividad. Por orden de importancia, el cerebro, corazón y el riñón son los órganos más demandantes.

Con la edad hay una disminución en el gasto cardíaco, una recuperación tardía post contracción y un aumento en la irritabilidad cardíaca, además con frecuencia ocurre anemia por depresión de la médula ósea.

Manutención adecuada del intercambio de gases en el pulmón: El aparato respiratorio es el responsable de proveer un intercambio en gases (O₂ y CO₂) adecuados para el mantenimiento del organismo. La mayor diferencia de éste aparato ocurre por la pérdida de las propiedades elásticas del tejido pulmonar, lo cual reduce la eficiencia espiratoria y por ende la capacidad pulmonar total y la reserva respiratoria.

⁴⁶ Pamela Babb "Manual de Enfermería Gerontológica"

Manutención en el balance ácido-base de líquidos y electrolitos: Los problemas asociados con el proceso de eliminación renal, se encuentran relacionados con una marcada disminución del funcionamiento renal, lo cual, a su vez, se produce por una disminución en el flujo renal sanguíneo, en la frecuencia del filtrado glomerular y en las capacidades de reabsorción y excretora.

Manutención en la integridad de la piel: La piel es la que ofrece la capa protectora del medio ambiente. Entre los cambios a considerar, están aquellos del tejido subcutáneo, los cuales son responsables del cambio en la apariencia del individuo. Por ello, hay flacidez cutánea, lo que genera la presencia de arrugas al disminuir las capas epiteliales y grasas.

Dado que la población de Adultos Mayores no es homogénea, es conveniente realizar una serie de definiciones que engloben las distintas posibilidades ⁴⁷

Adulto mayor sano: No presenta enfermedades ni alteración funcional, mental o social. Las acciones sobre este grupo son fundamentalmente preventivas.

Adulto mayor enfermo: Presenta alguna afección aguda o crónica, pero sin problemas funcionales, mentales o sociales.

Adulto mayor frágil o vulnerable: Presenta una serie de factores médicos (proceso crónico invalidante, polifarmacia) deterioro funcional o mental, problemas sociales (soledad, cambio de domicilio, ingresos insuficientes) o características demográficas (sexo femenino, mayores de 80 años) que son factores de dependencia, institucionalización y muerte.

El papel del primer nivel de atención es clave, tanto en la asistencia directa a ancianos sanos y enfermos, como en la detección de ancianos vulnerables y procurando la continuidad de los cuidados a estos pacientes.

Las personas mayores tienen necesidades multidimensionales: biológicas, psicológicas, sociales y funcionales (son independientes y auto válidos o requieren diversos grados de asistencia en la vida cotidiana).

El envejecimiento poblacional es un signo de desarrollo y la longevidad una cuestión profundamente relacionada con las condiciones de vida. Los

ciudadanos adultos mayores son personas que deben valorarse como recurso para la comunidad, sea por su capacidad para aportar activamente, por el rol que desempeñan en las familias o porque sus propias necesidades se transforman en un instrumento de transferencia económica inter generacional y hasta en fuentes de trabajo. Los adultos mayores tienen derechos, dentro de cuales los derechos sociales son fundamentales y estos comprenden otros aspectos que se extienden más allá de los beneficios de jubilaciones y pensiones.

⁴⁷ Protocolo para el manejo en el primer nivel de atención de los principales Síndromes Geriátricos, Programa del Adulto Mayor, MSP Dirección General de Salud, pag 9, Montevideo 2007.

Estos derechos incluyen la seguridad y apoyo social, la justicia, equidad y solidaridad, la dignidad, el derecho a la independencia y ejercicio de su autonomía y el derecho a la participación en asuntos y políticas que les afectan.

La condición global de salud de las personas adultas mayores es muy heterogénea en tanto existe una diferenciación progresiva de los individuos en el proceso de envejecimiento, según las condiciones en las que se envejece.

Siendo de gran importancia la **calidad de vida** de los adultos mayores la cual se define como “el grado de bienestar físico, psicológico, social y funcional que los adultos mayores tienen objetivamente y perciben y se expresa en autorrealización para ellos en términos individuales o como colectivo”.

La calidad de vida tiene componentes subjetivos, personales y socio – ambientales. Inciden en ella el estado de salud, sus habilidades, el grado de integración social, sus posibilidades de participación, goce del tiempo libre y ocio, el acceso a bienes culturales, la calidad de la vivienda o institución donde vive, la calidad y cantidad de apoyo social formal, la disponibilidad y accesibilidad a sistemas socio sanitarios diferenciados para mayores, así como el respeto por sus preferencias, valores, creencias religiosas o convicciones políticas, filosófica, etc.

Si bien la mayoría son personas independientes y socialmente integradas a la comunidad un porcentaje creciente padecen diversos grados de pérdida de su autonomía, discapacidad física y mental. En estos últimos, la calidad de vida se relaciona fuertemente con la calidad de los apoyos y servicios que reciben.

La satisfacción integral de sus necesidades merece entonces respuestas heterogéneas (Sanitarias, sociales, habitacionales, educativas, etc.), que den cuenta de estos requerimientos conforme cambia la condición de la persona.

Además de un cambio en el modelo de atención, requiere un cambio cultural en la sociedad respecto de los mayores y sus potencialidades.

“Envejecer en casa y en la comunidad” supone desarrollar sistemas formales que posibiliten que aquellos que son relativamente sanos e independientes continúen siéndolo y que aquellos que tienen entorno familiar permanezcan todo lo posible en la comunidad, mediante una tipología de servicios comunitarios diferenciada y unos apoyos que permitan que las familias sigan cumpliendo un rol tan valioso como necesario. Cuando las necesidades globales superan la capacidad de respuesta de los apoyos en la comunidad se trata de que la persona adulta mayor esté en el mejor contexto institucional de atención.

Este continuo de contextos de atención implica por tanto desde la familia y la comunidad hasta los cuidados institucionales y los cuidados en el final de la vida.

Con el fin de conocer la situación de salud de esta población es que el **Enfermero Comunitario** se inserta en la comunidad. El mismo es considerado como “el profesional que trabaja con la comunidad ya sea con la persona, la familia o con grupos de población, identifica necesidades y problemas, con el fin de realizar e implementar con los involucrados

un plan de acción identificando a partir de un proceso diagnóstico, que tienda a fortalecer, mantener, recuperar o rehabilitar la salud, realizando para ello actividades de docencia-asistencia e investigación.

El Enfermero Comunitario se halla donde las personas viven, realiza sus actividades laborales, estudian y se recrean fortaleciendo sus capacidades y respetando en todo momento sus identidades culturales y su autonomía. Es además un profesional que integra un equipo de salud, con quienes debe coordinar acciones para garantizar una atención de salud integral y globalizadora, con este fin debe coordinar acciones con otros sectores, con otras instituciones y profesionales contribuyendo a dignificar la existencia del ser humano.

Uno de los métodos que utiliza el Enfermero Comunitario para brindar atención integral de salud en el hogar es a través de la **Visita Domiciliaria** la cual se define como “ Aquella actividad socio sanitaria de ámbito comunitario que se realiza en el domicilio de la persona con el fin de investigación, diagnóstico o tratamiento detectando, valorando, dando soporte y seguimiento a problemas de salud del individuo y su familia potenciando su autonomía y proporcionando el mejoramiento de la calidad de vida.

La visita domiciliaria es la atención integral de salud proporcionada en el hogar, a grupos de usuarios en general y específicos de alto riesgo considerándolos en su entorno familiar a través de acciones de fomento, protección recuperación y rehabilitación de la salud.

Siendo esta una de las actividades más invasivas a realizar en la profesión de salud.⁴⁸

Requisitos preliminares:

- Debe existir vínculo con algún integrante de la familia y miembros del equipo de salud, en el marco de la continuidad de la atención.
- Debe ser planificada con antelación
- Autorizada por un miembro de la familia

Objetivos Visita Domiciliaria:

- Conocer el hogar, el entorno y la situación familiar.
- Detectar necesidades, recursos y redes del grupo familiar.
- Evaluar a la familia como unidad de cuidado.
- Mejorar la comunicación entre los integrantes del equipo de salud y la familia.

La misma nos permite, entre otros:

- Identificar necesidades
- Entregar contenidos educativos
- Verificar un tratamiento indicado desde el servicio.
- Forma de entregar asistencia profesional a un usuario que está imposibilitado para acudir al consultorio.

⁴⁸ Revista Rol de Enfermería, “Consulta de enfermería en atención primaria” N° 136 pag

Debe ser programada:

- Determinar la causa de la visita.,
- Conocer los antecedentes del usuario
- Planificar y preparar el material necesario.
- Mantener una conducta profesional.

Con el fin de proporcionar cuidados de Atención sanitaria al individuo y a la familia ayudando a alcanzar un mayor nivel de salud y bienestar a través de la ***Atención Domiciliaria*** proporcionamos los mejores cuidados en el domicilio del usuario asumiendo la responsabilidad del cuidado continuo.⁴⁹

La atención domiciliaria se define como “el conjunto de actividades que tienen por objeto proporcionar atención domiciliaria, al individuo y a la familia en su domicilio, de acuerdo con sus necesidades y asumiendo con ellos la responsabilidad del cuidado, continuo e integral, en coordinación con los demás miembros del equipo y con otros servicios sociales y sanitarios”

Junto al previsible aumento de la demanda de cuidados han ocurrido una serie de cambios sociales especialmente en la estructura familiar entre los que se destaca la incorporación de la mujer en el mundo laboral y con ello la mengua de un recurso tradicional destinado a la atención de los más vulnerables. Considerando a los Adultos Mayores como una población muy vulnerable la cual requiere una mayor demanda de cuidados y presenta probabilidad de pérdida de autonomía. Siendo un indicador de vulnerabilidad ser adulto mayor presentándose como 6ª causa de muerte a las **Caídas** la cual se define según la **OMS** como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita, al individuo al suelo contra su voluntad”.

Las Caídas se pueden Clasificar en:

-*Caída aislada:* generalmente accidental (causa extrínseca), en un anciano vigoroso.

-*Caída recurrente:* causa intrínsecas múltiples asociadas. Ancianos vulnerables.

-*Caída Prolongada:* permanencia en el suelo por mas de 20 minutos y/o incapacidad para levantarse solo. Es un marcador de mortalidad.

-*Caída Sincopal:* son menos frecuentes, la mayor gravedad está dada por su etiología.

Existen muchos factores de riesgo para las caídas (modificables, como los factores ambientales, la prescripción de ciertos fármacos, etc. y no modificables, como la edad, secuelas motoras etc.), siendo de suma importancia su identificación a los efectos de realizar una prevención de caídas efectiva.

⁴⁹ Plan de estudios INDE 1993

La prevención es necesaria dada la gran cantidad de consecuencia que conllevan las caídas en los adultos mayores, las que pueden constatarse a corto plazo (TEC, fractura de cadera, lesiones de partes blandas, etc.) y a largo plazo (un tercio de las caídas determinan cierto grado de inmovilización, síndrome pos-caída, etc.).⁵⁰

Consecuencia de las caídas:

FISICAS:

- Inmediatas: lesiones de partes blandas, fracturas y luxaciones (1% a 2% son fracturas de fémur)
- A largo plazo: síndrome de inmovilidad y complicaciones.
- Por caída prolongada: en agudo por hipotermia, deshidratación .

PSISOLOGICAS:

- Miedo (síndrome pos-caída)
- Pérdida de autoconfianza
- Depresión.

FUNCIONALES:

- Declinación funcionales (disminución de las actividades, mayor dependencia)

SOCIALES:

- Aislamiento social
- Institucionalización

ECONOMICAS:

- Necesidades de cuidador
- Hospitalización
- Institucionalización
- Cuidados médicos extra hospitalarios

Algunas medidas a tomar en un paciente que haya padecido una caída son la:

Educación: la educación es una importante estrategia para manejar el riesgo de caídas. La persona en riesgo y sus familias deben se informados sobre la naturaleza multifactorial de toda caída, de los múltiples factores de riesgo específicos y acerca de las intervenciones recomendadas.

⁵⁰ Protocolo para el manejo en el primer nivel de atención de los principales Síndromes Geriátricos, Programa del Adulto Mayor, MSP Dirección General de Salud, pag 57, Montevideo 2007.

Las personas con riesgo de caídas que viven solas o que pasan largos periodos de tiempo solas deben ser instruidas con pautas de como levantarse del suelo, que hacer si se caen y no pueden levantarse y deben tener un sistema de emergencia personal o un teléfono que le sea accesible

Para realizar el abordaje de dicha población se requiere de un **Consentimiento informado** el cual es considerado “la expresión paradigmática de la autonomía, constituye principalmente la aceptación “libre” por parte del paciente del diagnostico y procedimiento terapéutico indicado por el medico”.

Dicho acto libre reúne las siguientes condiciones

- Real interacción de realizar la acción la aceptación diagnostica o terapéutica.
- Información adecuada acerca de la acción a realizar.
- Ausencia de coerción manipulación, sugestión, intimidación.

Para abordar a dicha población se utiliza como instrumento de recolección de datos la **Entrevista** q se define como la “comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto”.⁵¹

Se estima que este método es más eficaz que el cuestionario, ya que permite obtener una información mas completa. A través de ella el investigador puede explicar el propósito del estudio y especificar claramente la información que necesita; si hay una interpretación errónea de la pregunta permite aclararla, asegurando una mejor respuesta.

*Como método de recolección de datos la entrevista tiene muchas **ventajas**:*

- Es aplicable a toda persona, siendo muy útil con los analfabetos, los niños o con aquellos que tienen alguna limitación física u orgánica que les dificulte proporcionar una respuesta escrita.
- También se presta para usarla en aquellas investigaciones sobre aspectos psicológicos o de otra índole donde se desee profundizar en el
- tema, según la respuesta original del consultado, ya que permite explorar o indagar en la medida que el investigador estime pertinente.
- Permite captar mejor el fenómeno estudiado pues hay la posibilidad de observar los gestos, los movimientos, las reacciones, los tonos de voz, las pausas, etc.

Hay dos tipos de entrevista:

-**Estructurada:** Es rígidamente estandarizada; se plantean idénticas preguntas y en el mismo orden a cada uno de los participantes, quienes deben escoger la respuesta entre dos, tres o más alternativas que se les ofrecen. Incluso los comentarios introductorios y finales se formulan de la misma manera en todas las situaciones. Para orientar mejor la entrevista se elabora un formulario que contenga todas las preguntas. Limita la posibilidad de profundizar durante la entrevista

⁵¹ Francisca H. De Canales “Metodología de la Investigación”.

Algunas ventajas que presenta la entrevista estructurada son:

- Es más fácil para el entrevistado dar respuestas, pues se le hace un tipo de interrogatorio.
- La información es más fácil de procesar, simplificando el análisis comparativo.
- El entrevistador no necesita ser entrenado arduamente en la técnica.
- Hay uniformidad en el tipo de información obtenida.

Pero también desventajas, tales como:

- La calidad de la información obtenida puede no ser tan buena, o ésta puede ser muy superficial.
- Es difícil obtener información confidencial.
- El investigador tiene limitada libertad para formular preguntas independientes generadas por la interacción personal.

La entrevista **no estructurada** es más flexible y abierta, aunque los objetivos de la investigación rigen a las preguntas, su contenido, orden, profundidad y formulación se encuentran por entero en manos del entrevistador.

La entrevista no estructurada es muy útil en los estudios descriptivos o cuando no existe suficiente información sobre diferentes aspectos del fenómeno o sujeto en estudio, así como en las fases de exploración para el diseño del instrumento de recolección de datos; también lo es en la investigación cualitativa.

Las ventajas en esta técnica son:

- Es adaptable y susceptible de aplicarse a toda clase de sujetos en situaciones diversas.
- Permite profundizar en los temas de interés.
- Orienta hacia posibles hipótesis y variables cuando se exploran áreas nuevas.

Entre las desventajas se citan:

- Se requiere más tiempo.
- Es más costoso por la inversión de tiempo de los entrevistadores.
- La persona que tiene dificultad para expresarse en forma verbal tendrá limitantes para brindar la información más amplia y profunda que se busca.
- Se dificulta la tabulación de los datos y el análisis de la información debido a su cantidad y forma en que ha sido recolectada; es mucho más absorbente en términos de tiempo y esfuerzo.
- Se requiere el establecimiento de una relación de confianza y comodidad entre el entrevistado y el entrevistador.
- Se requiere de mucha habilidad técnica para obtener la información y mayor conocimiento sobre el tema, por lo que los encuestadores deben estar muy bien capacitados y tener experiencia.
- Debido a que es una entrevista “de profundidad”, usualmente se hace con un grupo o muestra más pequeña.

Presentación de la institución

Siendo nuestra área de investigación los complejos de viviendas Poullier y Goes pertenecientes al **Banco de Previsión Social** del Uruguay como Instituto de seguridad social, el mismo tiene como misión brindar servicios para asegurar la cobertura de las contingencias sociales a la comunidad en su conjunto y la recaudación de los recursos, en forma eficaz, eficiente y equitativa, promoviendo políticas e iniciativas en materia de seguridad social, aplicando los principios rectores de la misma en el marco de las competencias que le asigna la Constitución y las Leyes.

Recauda los aportes patronales y de los trabajadores, que se destinan al pago de [jubilaciones](#) a quienes se han retirado, [pensiones](#) y otros, como por ejemplo el [Seguro de Desempleo](#).

En cuanto a **la Financiación** originalmente concebida para funcionar por el concepto de solidaridad intergeneracional, en un país con muchos trabajadores, se suponía que hubiese 4 trabajadores aportantes por cada jubilado o pensionista; sin embargo, a lo largo de las décadas fue decayendo esta proporción, hasta hacerse crítica. Durante la dictadura cívico-militar, y con la denominación de DGSS (Dirección General de la Seguridad Social), este organismo fue reformado según las disposiciones del Acto Institucional Nº 9, que topeó jubilaciones e intentó paliativos ineficaces en el largo plazo. La necesidad de reformar el sistema desde el punto de vista de su financiación, se hacía cada vez más imperiosa; y se hizo grave una vez restaurada la democracia en 1985, con las jubilaciones más deprimidas aún que los salarios y varias personas que habían quedado sin ninguna cobertura. Incluso desde el punto de vista político y moral, es de hacerse notar, que los jubilados siempre han sido un sector muy sensible desde el punto de vista político-electoral.

Históricamente, el BPS tuvo una tendencia crónica a estar desfinanciado, por la baja relación aportantes/jubilados y la ineficiencia administrativa. Desde [1990](#), y como consecuencia del plebiscito popular que consagró una [reforma constitucional de reajuste de pasividades](#), el BPS recibe asistencia financiera del Estado si no puede cubrir la brecha entre aportes recibidos y jubilaciones servidas.

Desde [1997](#) rige el [sistema previsional mixto](#), que entre otras cosas apunta a cambiar las ecuaciones de recaudación y pago; dicho régimen instauró el sistema de las [AFAP](#), encomendándole al BPS la cobertura del tramo de [solidaridad intergeneracional](#). En 2008, por primera vez en su historia, el BPS registró superávit.

El **Directorio del BPS** se compone de siete miembros, cuatro de ellos designados directamente por el Poder Ejecutivo, y tres con carácter de "representantes sociales".

2. Presidente: Mtro. [Ernesto Murro](#), perteneciente a la [Vertiente Artiguista](#)
3. Vicepresidente: Sr. Heber Galli
4. Director: Dr. Jorge Papadópulos
5. Director: Dr. Armando Cuervo
6. Prof. Geza Stari (Representante de los Afiliados Pasivos)
7. Sr. Walter Ariel Ferrari (Representante de los Afiliados Activos)
8. Cra. María Elvira Domínguez (Representante de las Empresas)

Es de destacar que los representantes sociales son electos directamente por la ciudadanía. Según la [Constitución de 1967](#), se celebran comicios en cada uno de los órdenes: activos, pasivos y

empresarios. Este sistema tardó décadas en implementarse; durante el gobierno de [Luis Alberto Lacalle](#) se optó por un camino intermedio, los representantes de los empresarios y trabajadores fueron nombrados por el Poder Ejecutivo a partir de ternas presentadas por las cámaras empresariales y el PIT-CNT respectivamente, mientras que para los pasivos se organizó un acto electoral en el cual resultó electo el veterano dirigente [Luis Colotuzo](#) (el mismo permaneció ocho años en el Directorio).

Actualmente, se organizan elecciones para los tres órdenes sociales, fiscalizadas por la [Corte Electoral](#)

PROGRAMA DE VIVIENDAS Y OTRAS SOLUCIONES HABITACIONALES PARA JUBILADOS Y PENSIONISTAS

El BPS realiza la inscripción, selección y **Adjudicación de viviendas** construidas por el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA) a jubilados y pensionistas.

Éstos deben tener residencia permanente en Uruguay y percibir una jubilación o pensión servida por el B.P.S., quedan **excluidas** las pensiones a la vejez o invalidez, los titulares de jubilaciones o pensiones a término y de subsidios transitorios por incapacidad parcial.

Todo este primer paso está sujeto a los topes de ingresos que perciba a nivel individual por todo concepto el aspirante, dicho monto no podrá superar las 12 U.R. *; no podrá ser propietario, copropietario, usufructuario, titular de derechos de uso y habitación, promitente o titular de otros programas de vivienda, ya sean públicos o privados. Deberán ser auto válidos.

También existen otros dos tipos de soluciones habitacionales en acuerdo con el MVOTMA:

ALQUILERES: actualmente se están atendiendo las situaciones de aspirantes, cuyo número no sobrepase de 10, residentes en localidades del interior del país que no sean capitales departamentales o localidades en donde no exista otra alternativa de solución habitacional.(16)

Para Montevideo se están atendiendo a todos los interesados beneficiarios del Programa de Soluciones Habitacionales que tengan iniciado en su contra juicio de desalojo o decretado el lanzamiento antes del **31/07/2008**.

PROGRAMA CUPOS CAMA: pueden acceder en esta primera etapa solamente los que ya tienen adjudicada una vivienda (beneficiarios). Evaluada su discapacidad por un equipo técnico se deriva a un Hogar de Ancianos sin fines de lucro que previamente hayan firmado convenio con el BANCO DE PREVISIÓN SOCIAL.4

*1 UR equivale a \$ 365.56 a setiembre/2008.

Entrevista a la Dra. Geriatra. Felisa Hor. BPS Complejo Paullier y Goes

- ¿Cuál es su función dentro de la institución?
- ¿Trabaja directamente con los usuarios?
“Soy médico geriatra y me encargo de la evaluación de los adultos mayores que tienen pérdida de la auto validez cambio de vivienda, problemas de salud, traslado a instituciones de la tercera edad.”
- ¿Cómo se integra el equipo de trabajo que esta abocado a este sector?
“Aquí hay mas de 40 técnicos, psicólogos, asistentes sociales, 2 médicos geriatras. El equipo de trabajo es este y en cada complejo trabaja 1 asistente social y un psicólogo y los médicos estamos como para todo, cuando hay un problema nos van llamando y vamos tomando contacto con la gente”
- ¿Cómo surge la idea de la creación de los complejos habitacionales para los adultos mayores?
“Eso es un pedido que hicieron los jubilados, fueron ellos en realidad quienes lo pidieron, juntaron el dinero, los que solicitaron el programa de vivienda”
- ¿Cuántos complejos hay en el departamento de Montevideo?
“Son 58 complejos en Montevideo”
- ¿Se ubican de alguna forma estratégica?
“No, de hecho hay complejos que están ubicados en zonas que son peligrosas para una persona joven cuanto más para un adulto mayor y hay otros que si están estratégicamente ubicados”
- ¿Con que cuenta una vivienda tipo?
“Hay dos tipos de vivienda, uno es un mono ambiente con baño y cocina, y otro es una casa con un dormitorio, comedor y una cocina tipo Kitchener y baño, son para una persona o un matrimonio”
- ¿Quiénes son los beneficiarios en el programa de solución habitacional?
- ¿Cuáles son los requisitos para adquirir la vivienda?
“Son los jubilados o pensionista que reciben una pensión contributiva o sea que pueden ser pensionista de sus esposos, pero no pensionistas a la vejez ni por enfermedad y además hay un Varemo que lo hacen las asistentes sociales que le adjudican puntaje a cada necesidad, mas edad mas, patologías, mas problemas económicos, entonces se va haciendo un ranking y aquellos que tienen mas necesidad se prioriza y se les otorga antes la vivienda”
- ¿En calidad de que se le entrega la vivienda al usuario?
“La vivienda es siempre del BPS se les otorga en calidad de beneficiario o adjudicatario hasta que ese jubilado quiera vivir ahí o hasta que el mismo fallezca”
- ¿Cuáles son las normas establecidas por el BPS que el usuario debe cumplir durante su estadía?
“De convivencia, es fundamental. En cada complejo se elige como una comisión administradora y hacen elecciones y se encargan de todo los temas que se pueden generar en un edificio, vienen acá y hablan con nosotros, además se organizan diferentes actividades.

En cuanto al mantenimiento de la vivienda, lo hace el BPS si se rompe algo, se comunican con nosotros y se les va a arreglar

Cuando se les adjudica la vivienda, el adjudicatario tiene que denunciar que va a estar acompañado.

- ¿Cómo se maneja eso? ¿Quién controla?
El cohabitante tiene que tener las mismas condiciones que el adjudicatario puede ser un adulto mayor que tenga una jubilación o una pensión o puede ser un menor o un discapacitado o puede ser un hijo mayor de edad que tenga un sueldo por debajo de lo requerido, ellos tienen que declarar que están como cohabitantes y acá se les autoriza”
- ¿Cuántos adultos mayores entre 65 y 80 años residen en los complejos habitacionales del BPS?
- ¿En el momento de diseñar las viviendas, además de los arquitectos, se tomo en cuenta la opinión de otros profesionales como por ejemplo los que respecta a personal de la salud como en médico geriatra?

“Al principio no, en las primeras viviendas que se construyeron no porque incluso esta oficina no trabajaba con viviendas, en el año 1992 no se trabajaba con vivienda, yo me fui en el año 2000 y no se trabajaba vivienda, era muy poco, recién ahora vino toda la actualización de viviendas para acá... como que se empezó a trabajar seguramente desde el año 2000”

- ¿La construcción de la vivienda fue realizada tomando en cuenta las características gerontológicas del usuario?
“En principio no sabemos quién va a habitar la vivienda pero en si se toman en cuenta las características arquitectónicas que están digamos escritas por todos lados con respecto a lo que puede ser la movilización, la vivienda es de fácil acceso con ascensor con baños grandes para que pueda entrar una silla de ruedas con puertas que abren hacia fuera”
- ¿Tienen algún tipo de clasificación las viviendas?
“En general las viviendas son para gente que es independiente, porque si van a ir a vivir solos o con otro adulto mayor o un hijo discapacitado o con un hijo que trabaja y no esta en todo el día, tiene que ser auto válido, puede ser Demi dependiente y depender de repente del contexto donde están pero dependiente no hay, puede haber personas en sillas de ruedas o con bastón o muletas pero no más que eso.

¿De eso depende el piso que se le asigne a la persona?

Cuando se le hace el VAREMO de la persona de acuerdo a lo que vea la asistente social, le da intervención a los médicos cuando hay algo, nos avisa y entonces nosotros hacemos una evaluación médica y decidimos, bueno, ésta persona tiene que vivir en determinada condición, en planta baja o en un complejo cerca de su centro asistencial y los cambios de viviendas se hacen cuando la persona se va deteriorando ”

Entrevista a la Psicóloga Magela Witoski

- ¿Cuál es su función dentro de la institución?
Psicóloga especializada en el tema adultos mayores, integro también varios programas como ser el de viviendas, programa de personas en situación de calle, captación y reinserción laboral.
- ¿Hace cuanto tiempo que trabaja en este complejo?
Desde hace tres años aproximadamente

- ¿La población de las viviendas varía con frecuencia?
La población de este complejo en general es estable, hay un porcentaje muy bajo de fallecimientos, los residentes pueden pedir cambio de vivienda expresando motivos pero no hemos tenido casos.
- ¿Cómo se integra su equipo de trabajo?
Trabajo siempre con un equipo multidisciplinario conformado por asistente social, médico geriatra y psicóloga.
- ¿Cada cuánto son las visitas en el complejo?
Las visitas son en forma periódica, igualmente me mantengo informada por la comisión de usuarios del complejo, esta me comunica si ha habido algún acontecimiento que requiera de que vaya.
- ¿Trabaja directamente con los usuarios en forma individual o grupal?
Los encuentros son en forma grupal y no tanto en atención directa. Se trabaja en forma individual en casos puntuales si hay alguna presunción de algo como ser situaciones en que la persona está todo el día en la cama, deterioro cognitivo, si la persona solicita un cambio de vivienda y se desconoce la causa.
- ¿Qué enfermedades son más frecuentes desde lo psicológico?
Las patologías psiquiátricas son lo más común a esta le sigue la depresión y soledad. En estos casos nosotros tratamos de integrarlos en distintas actividades en conjunto.
- ¿Pueden vivir con familiares en caso de ser necesario?
Estos están autorizados a vivir con un co-habitante con igual condiciones que el jubilado como ser no tener ingresos, presentar discapacidad y debe de ser solo un hijo, nieto o cónyuge.
- ¿Han tenido notificaciones de caídas?
No hemos tenido casi notificaciones porque muchas veces cuando se produce la caída no se le da la importancia que tiene y se pasan por alto.

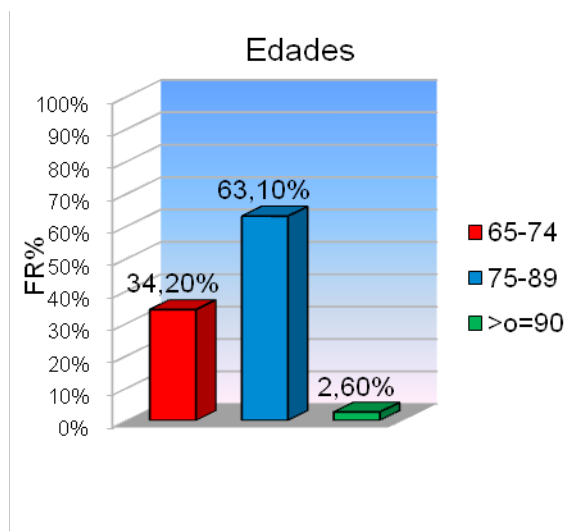
Anexo 4

RESULTADOS

Tabla N°1: Edades de los Adultos Mayores residentes en los Complejos de Viviendas en el periodo del 8 al 15 del mes de Julio de 2010.

Edades	FA	FR%
65-74	13	34,2%
75-89	24	63,1%
>o=90	1	2,6%
Total	38	100%

Grafica N°1:



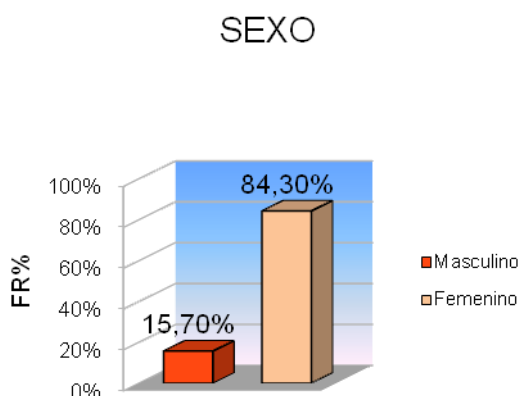
Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS.

En lo que respecta a las edades de los adultos mayores residentes en los complejos Paullier y Goes el 63,1% presenta entre 75 y 89 años, siguiéndole a esta franja los de 65 a 74 años con un 34,2% y con un 2,6% los mayores de 90 años.

Tabla N° 2: Representación del sexo de las personas residentes en los complejos de viviendas Paullier Y Goes en el periodo del 8 al 15 de Julio del 2010.

Sexo	FA	FR%
Masculino	6	15,7%
Femenino	32	84,3%
Total	38	100%

Grafico N° 2



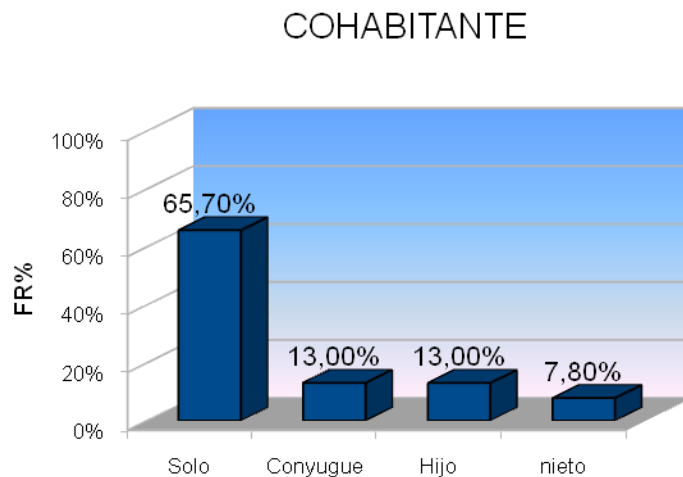
Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS.

En lo que respecta al sexo el que mas predominio tiene es el femenino con un 84,3%, siendo el masculino de 15,7%.

Tabla N°3: Presencia de cohabitante residiendo con el titular de la vivienda en el periodo del 8 al 15 de julio de 2010.

Cohabitante	FA	FR%
Solo	25	65,7%
Conyugue	5	13%
Hijo	5	13%
nieto		
Total		

Grafico N° 3



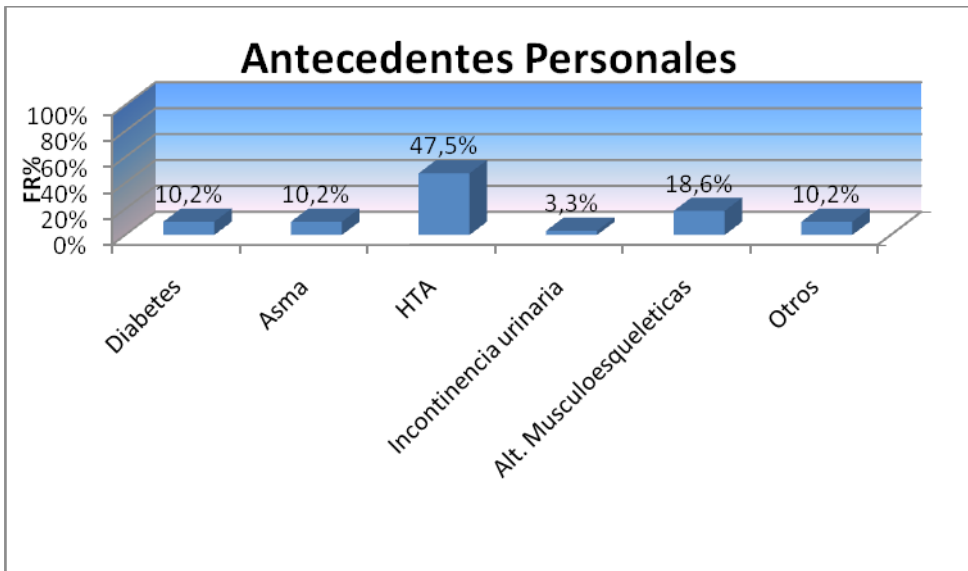
Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS.

La mayor parte de los adultos mayores viven solos en su vivienda siendo estos el 65,7%, en cuanto a las personas que residen con los adultos mayores el 13% vive con su conyugue o su hijo, y solo el 7,8% con su nieto.

Tabla N°4: Antecedentes personales que presentan los adultos mayores residentes en los complejos de viviendas de BPS en el periodo del 8 al 15 de Julio de 2010

Ant personales	FA	FR%
Diabetes	6	10,2%
Asma	6	10,2%
HTA	28	47,5%
Incontinencia urinaria	2	3,3%
Alt. Musculo-esqueleticas	11	18,6%
Otros	6	10,2%
Total	59	100%

Grafica N° 4



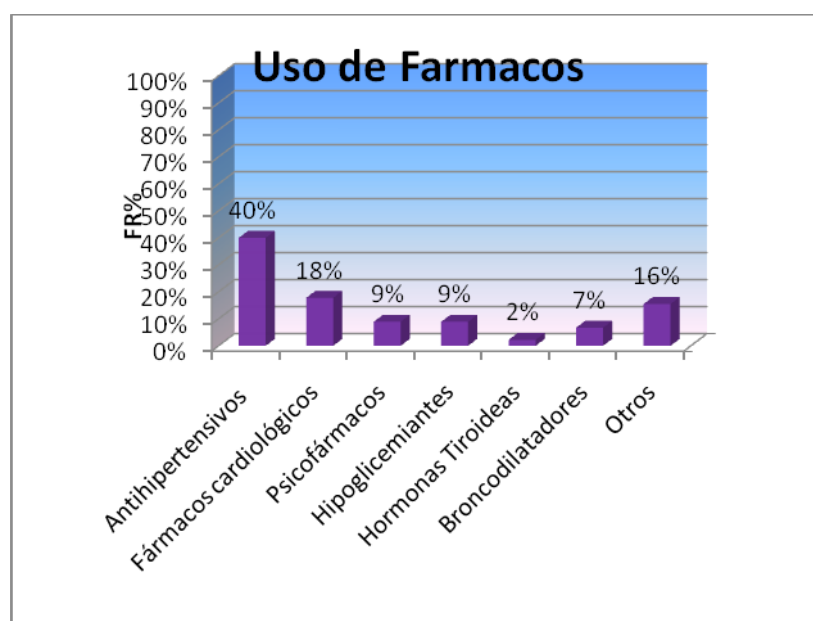
Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los adultos mayores en las viviendas de BPS.

En cuanto a las patologías mas registradas la de mayor frecuencia fue la Hipertensión Arterial con un 47,5%, siguiéndole a esta las alteraciones musculo-esqueleticas con 18,6%, la Diabetes, asma con 10,2%, la incontinencia urinaria con 3,3% y otras patologías con 10,2%.

Tabla N°5: Fármacos que toman habitualmente los adultos mayores residentes en los complejos de viviendas Paullier y Goes en el periodo del 8 al 15 de Julio de 2010.

Fármacos	FA	FR%
Antihipertensivos	18	40%
Fármacos cardiológicos	8	17,8%
Psicofármacos	4	8,9%
Hipoglicemiantes	4	8,9%
Hormonas Tiroideas	1	2,2%
Broncodilatadores	3	6,7%
Otros	7	15,5%
Total	45	100,00%

Grafica N°5



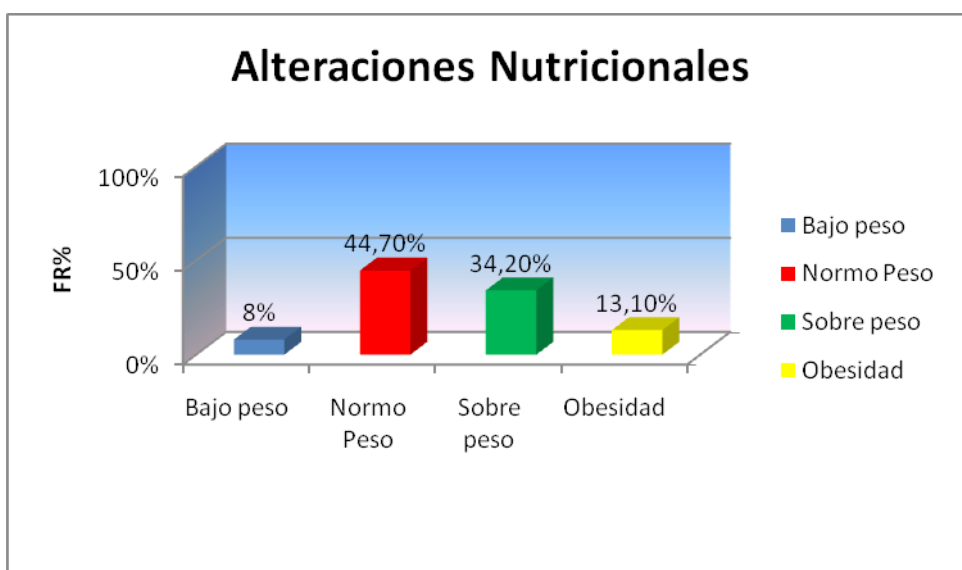
Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS.

En relación al consumo de fármacos el 40% toma antihipertensivos, siguiéndole a este los fármacos cardiológicos con un 18%, los psicofármacos y hipoglicemiantes representan el 9 %, los broncodilatadores son el 7% y el 16 % considero a otro tipo de medicación.

Tabla N°6: Determinación del riesgo nutricional a través de la aplicación del test Nutricional evaluando el tipo de alimentación que reciben los residentes de los complejos de viviendas Paullier y Goes en el periodo comprendido entre el 8 y el 15 de Julio del 2010.

Alteraciones Nutricionales IMC	FA	FR%
Bajo peso (10-20)	3	8%
Normo Peso (20-25)	17	44,7%
Sobre peso (25-30)	13	34,2%
Obesidad (>30)	5	13,1%
Total	38	100%

Grafica N° 6



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS.

En relación a los índices de masa corporal la mayor parte representando el 44,7% se encuentra con normo peso siguiéndole a este las personas con sobre peso con un 34,2%, con un 13,1% representan las personas con obesidad y un 8% tiene bajo peso.

Tabla N° 7: representación de los hábitos nutricionales en relación a las cuatro comidas diarias y su cumplimiento en los residentes de los complejos Poullier y Goes pertenecientes al BPS en el periodo del 8 al 15 Julio.

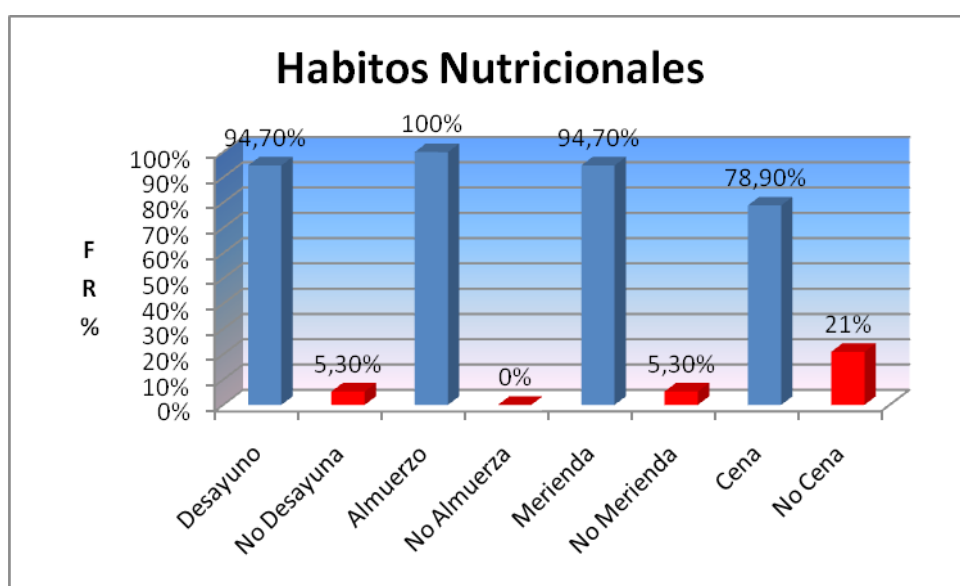
Hábitos Nutricionales	FA	FR%
Desayuno	36	94,7%
No Desayuna	2	
Total	38	100%

Hábitos Nutricionales	FA	FR%
Almuerzo	38	100%
No Almuerza	0	0%
Total	38	100%

Hábitos Nutricionales	FA	FR%
Merienda	36	94,7%
No Merienda	2	5,3%
Total	38	100%

Hábitos Nutricionales	FA	FR%
Cena	30	78,9%
No Cena	8	21%
Total	38	100%

Grafica nº7



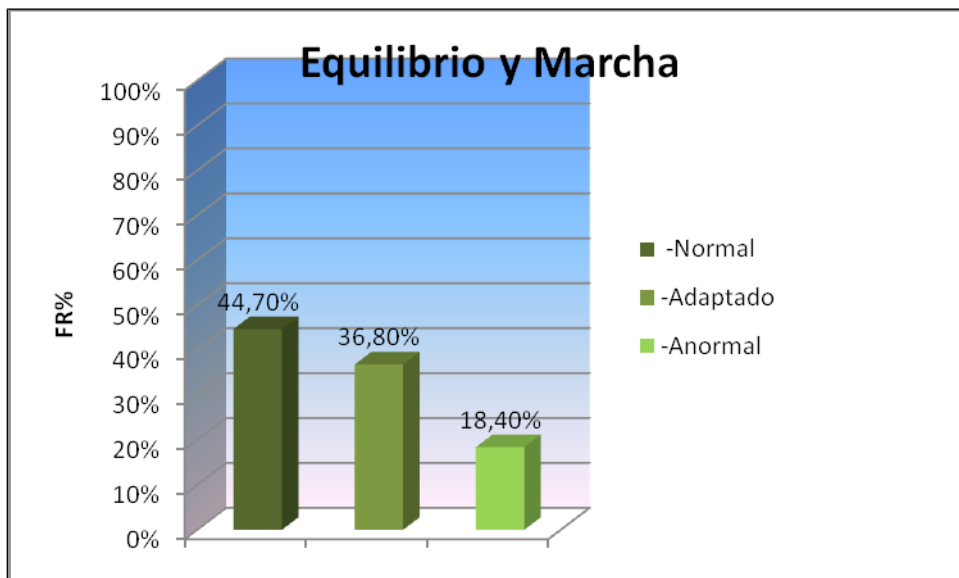
Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS.

En lo que se refiere a las cuatro comidas diarias que deben recibir las personas, refleja que la gran mayoría cumple con las mismas. El 94,7% % desayuna, un 100% almuerza, el 94,7% merienda y 78,90% cena.

Tabla Nº8: aplicación de la escala de evaluación de equilibrio y marcha en los residentes de los complejos Poullier y Goes en el periodo del 8 al 15 de Julio de 2010.

Escala Tinetti Equilibrio- Marcha	FA	FR%
-Normal	17	44,7%
-Adaptado	14	36,8%
-Anormal	7	18,4%
Total	38	100%

Grafica N°8



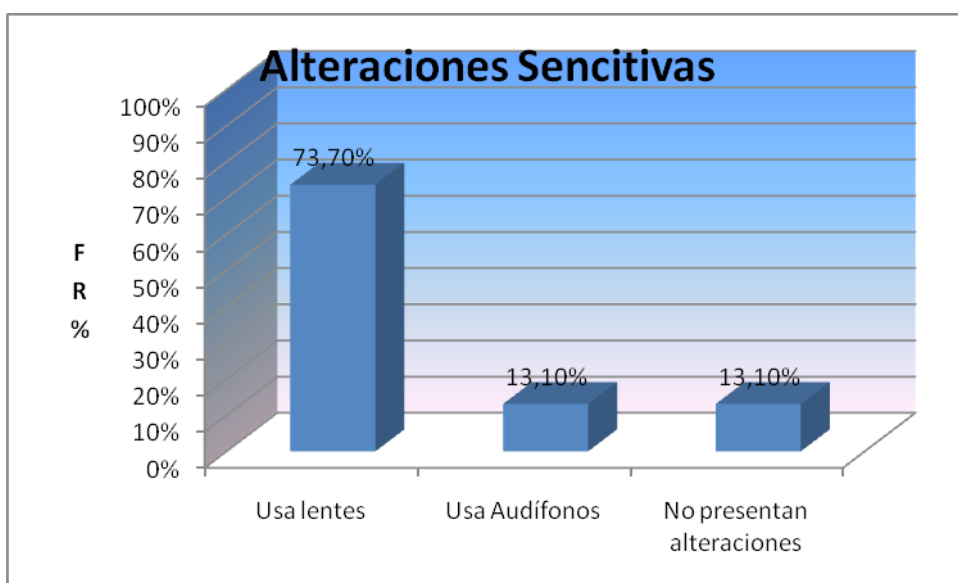
Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS.

En la evaluación del equilibrio y la marcha según la escala de tinetti se registro que el 44,7% no presentan alteraciones siendo este normal, siguiendole los que presentan alguna alteracion en alguno de estos parametros o en ambos con un 36,8% adaptado y con un 18,4% representa a aquellos con alteraciones en la marcha y en el equilibrio.

Tabal N°9: Utilización de apoyo en la visión o en la audición en los residentes de los complejos de viviendas Poullier y Goes en el periodo comprendido entre el 8 al 15 de Julio de 2010.

Alteraciones Sensitivas	FA	FR%
Usa lentes	28	73,70%
Usa Audífonos	5	13,10%
No presentan alteraciones	5	13,10%
Total	38	100,00%

Grafica N°9



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS.

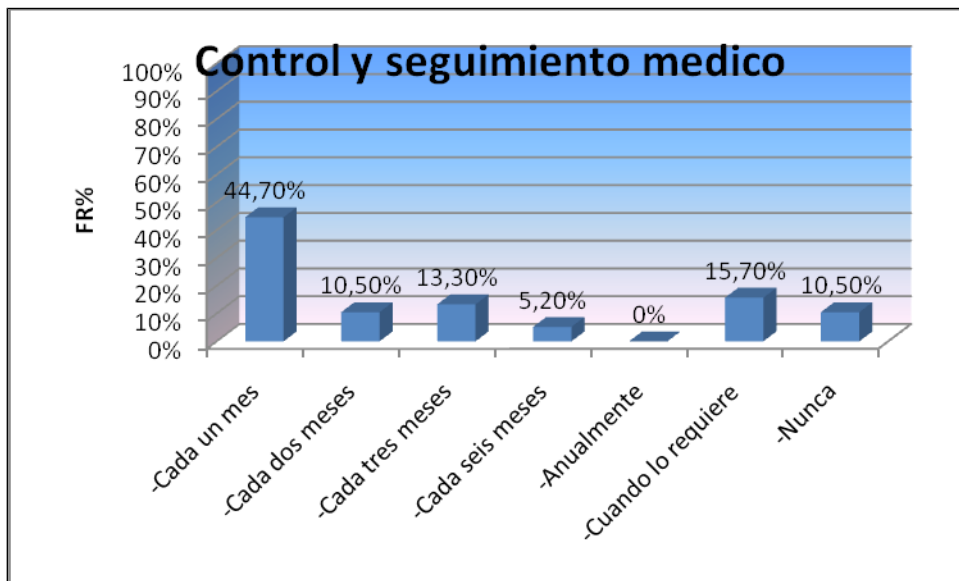
De un total de 38 adultos mayores 33 presentan alteraciones sensoriales no registrándose el caso de presentar la misma persona ambas alteraciones visuales y auditivas. En su gran mayoría el déficit es visual por lo cual el 73,7% usan lentes y el 13,1% utiliza audifonos.

Tabla N°10: Realización de consultas medicas para control y seguimiento según el periodo de tiempo entre cada consulta en los residentes de los complejos Poullier y Goes en el periodo de tiempo entre el 8 y el 15 de Julio de 2010.

Control y Seguimiento Médico	FA	FR%
-Cada un mes	17	44,7%
-Cada dos meses	4	10,5%

-Cada tres meses	5	13,3%
-Cada seis meses	2	5,2%
-Anualmente	0	0%
-Cuando lo requiere	6	15,7%
-Nunca	4	10,5%
Total	38	100,00%

Grafica N°10



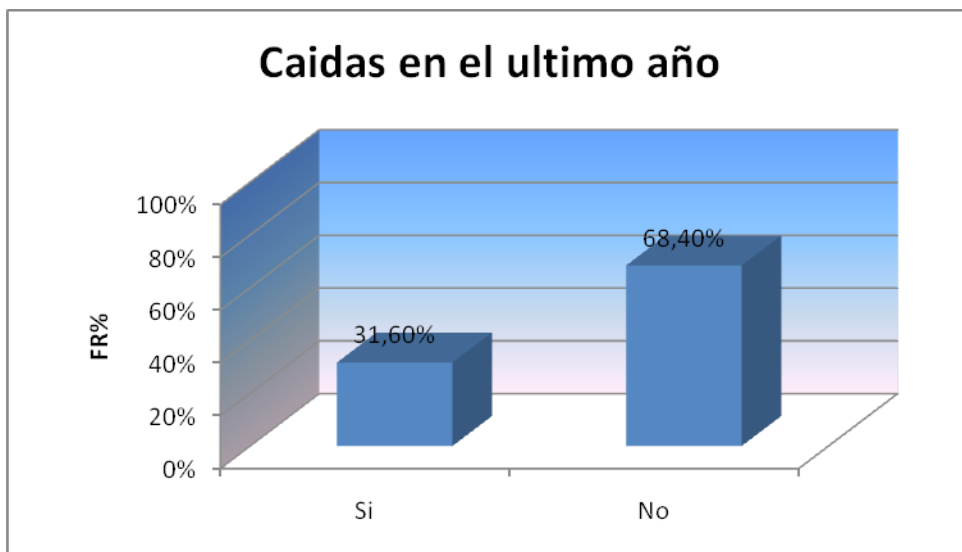
Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS

En lo que se refiere al control y seguimiento medico el 44,7% lo hace mensualmente, 15,7% solo cuando lo requiere, un 13,3% cada tres meses, los que consultan cada dos meses representan un 10,5% de estos al igual que los que nunca consultan 10,5%, solo con un 5,2% los que consultan cada 6 meses y anualmente ninguno.

Tabla N° 11: caídas presentadas en la vivienda en el ultimo año en la población de residentes de los complejos de viviendas Poullier y Goes en el periodo del 8 al 15 de Julio del 2010.

Caídas en el último año	FA	FR%
Si	12	31,6%
No	26	68,4%
Total	38	100%

Grafica N°11



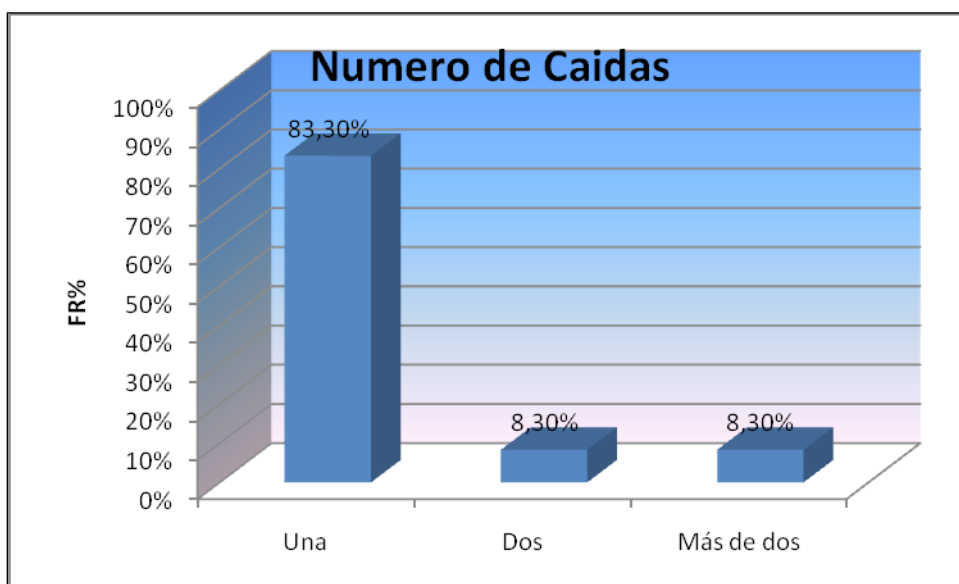
Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS

De la muestra seleccionada doce personas presentaron caídas equivaliendo al 31,6% del total en relación al 68,4% que no presentaron ninguna caída.

Tabla N°12: Numero de caídas ocurridas en la vivienda en el ultimo año en los residentes de los complejos de viviendas Poullier y Goes en el periodo del 8 al 15 de Julio de 2010.

Número de Caídas	FA	FR%
Una	10	83,3%
Dos	1	8,3%
Más de dos	1	8,3%
Total	12	100%

Grafica N°12



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS

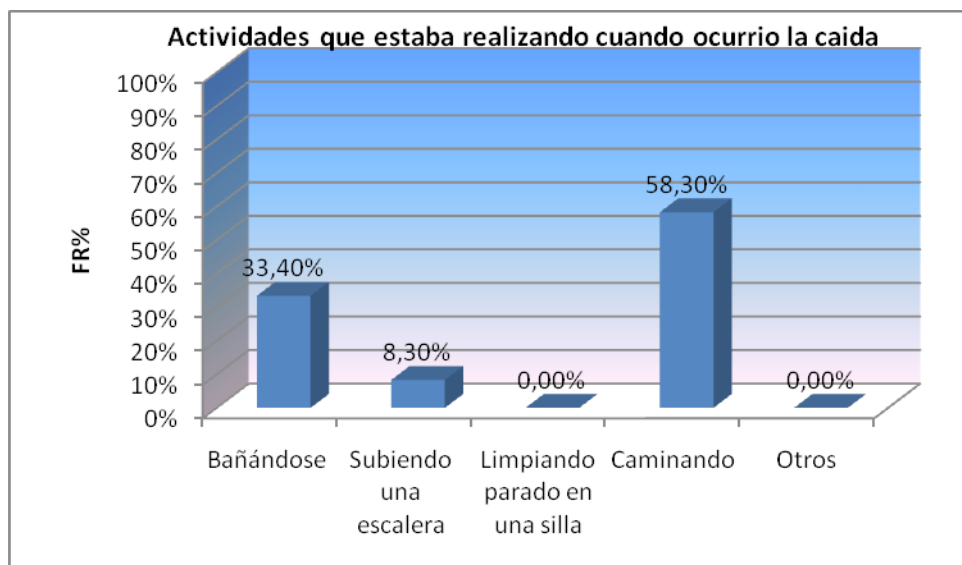
De los 12 adultos mayores que presentaron caídas el 83,3% equivaliendo sola tuvieron una caída. El 8,3% de estos presento dos caídas registradas y con el mismo porcentaje mas de dos.

Tabla N°13: actividades que estaba realizando cuando ocurrió la caída en los residentes de los complejos de viviendas Poullier y Goes en el periodo del 8 al 15 de Julio de 2010.

Actividad que estaba realizando cuando ocurrió la caída	FA	FR%
Bañándose	4	33,40%
Subiendo una escalera	1	8,30%

Limpiando parado en una silla	0	0%
Caminando	7	58,3%
Otros	0	0%
Total	12	100%

Graficas N° 13



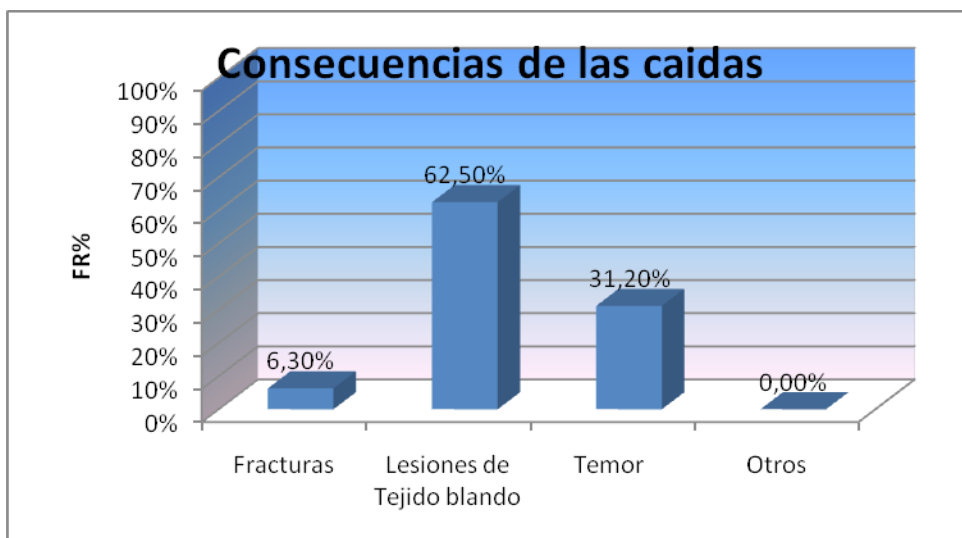
Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS

En relación a las actividades que estaban realizando cuando ocurrió la caída la mayoría estaba caminando siendo el 58,3%, el 33,4% se encontraba bañándose, con el 5,8% estaban subiendo escaleras no registrándose mas situaciones.

Tabla N° 14: Consecuencias relacionadas a la caída en los residentes de los complejos de viviendas Poullier y Goes en el periodo de tiempo del 8 al 15 de julio de 2010.

Consecuencias	FA	FR%
Fracturas	1	6,3%
Lesiones de Tejido blando	10	62,5%
Temor / inseguridad	5	31,2%
Otros	0	0%
Total	16	100%

Grafica N°14



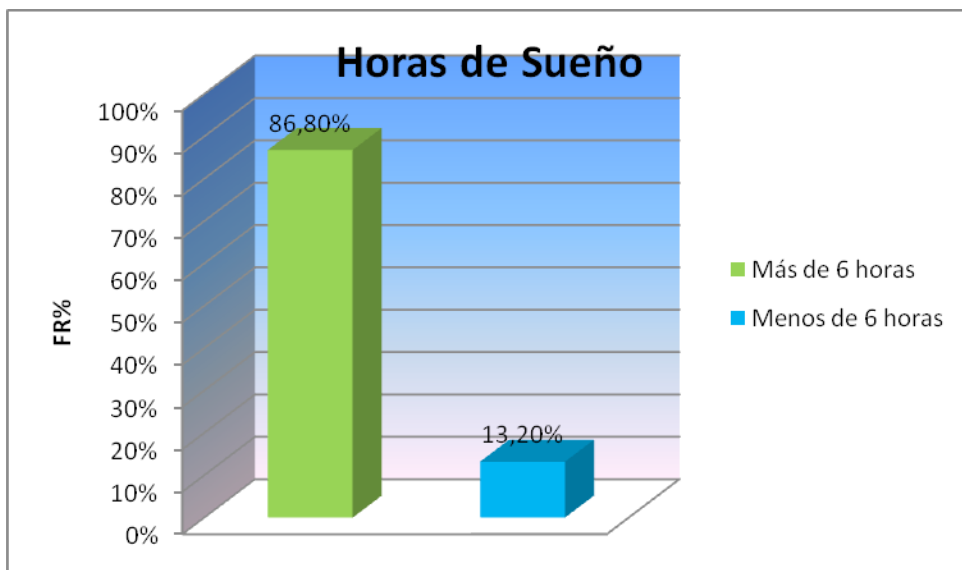
Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS

De las caídas registradas el 62,5% presento lesiones de tejido blando, 31,2% manifiestan temor de una nueva caída y fracturas presentaron el 6,3%. No se registraron otro tipo de alteraciones ante las caídas.

Tabla N°15: horas de sueño que presentan los residentes de los complejos de viviendas Poullier y Goes en el periodo del 8 al 15 de Julio del 2010.

Horas de Sueño	FA	FR%
Más de 6 horas	33	86,8%
Menos de 6 horas	5	13,2%
Total	38	100 %

Grafico Nº15



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS

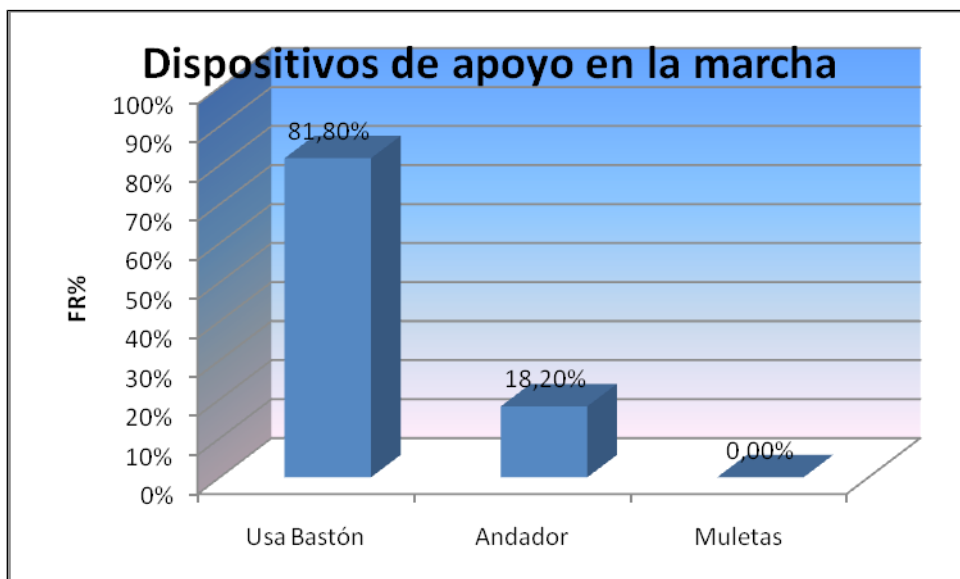
En lo que se refiere a las horas de sueño nocturnas el 86,8% duerme más de 6 horas y un 13,2% presenta menos de 6 horas de sueño.

Tabla Nº16: dispositivos que utilizan para brindar apoyo en la marcha los residentes de los complejos de viviendas Poullier y Goes en el periodo del 8 al 15 de Julio del 2010

Dispositivos de Apoyo en la Marcha	FA	FR%
Usa Bastón	9	81,8%

Andador	2	18,2%
Muletas	0	0%
Total	11	100%

Grafica N°16



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS

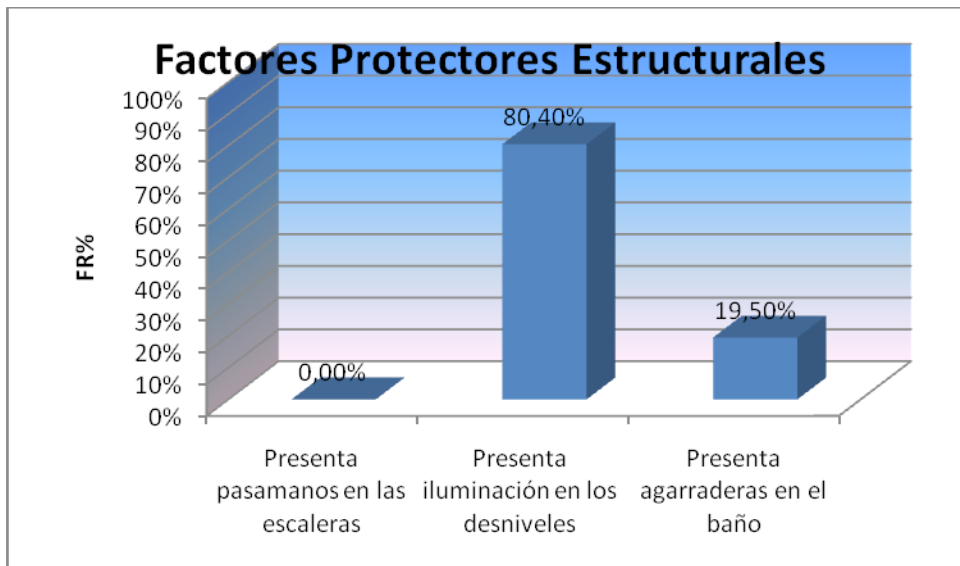
De un total de 11 adultos mayores que utilizan dispositivos de apoyo en la marcha el 81,8% lo hace con bastón, un 18,2% utiliza andador y ninguno muletas.

Tabla N°17: factores de protección estructurales que presenta la vivienda de los residentes de los complejos de viviendas Poullier y Goes en el periodo del 8 al 15 de Julio del 2010.

Factores Protectores Estructurales	FA	FR%
------------------------------------	----	-----

Presenta pasamanos en las escaleras	0	0%
Presenta iluminación en los desniveles	33	80,4%
Presenta agarraderas en el baño	8	19,5%
Total	41	100%

Grafica N°17



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS

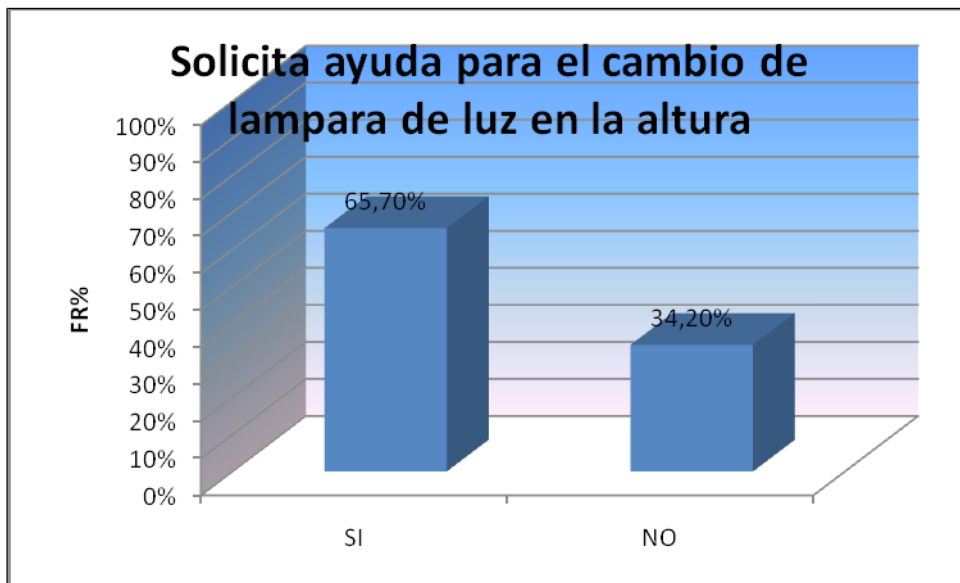
En relación a los factores protectores estructurales el 80,4% presenta iluminación en los desniveles, 19,55 agarraderas en el baño y ninguno presenta pasamanos en las escaleras.

Tabla N°18: Medidas de seguridad en las actividades de la vida diaria para el cambio de lámpara de luz de los residentes de los complejos de viviendas Poullier y Goes en el periodo del 8 al 15 de Julio del 2010.

Seguridad durante las actividades de la vida	FA	FR%
--	----	-----

cotidiana		
Solicita ayuda para cambio de lámpara de luz en la altura		
SI	25	65,70%
NO	13	34,20%
Total	38	100,00%

Grafica Nº 18



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS

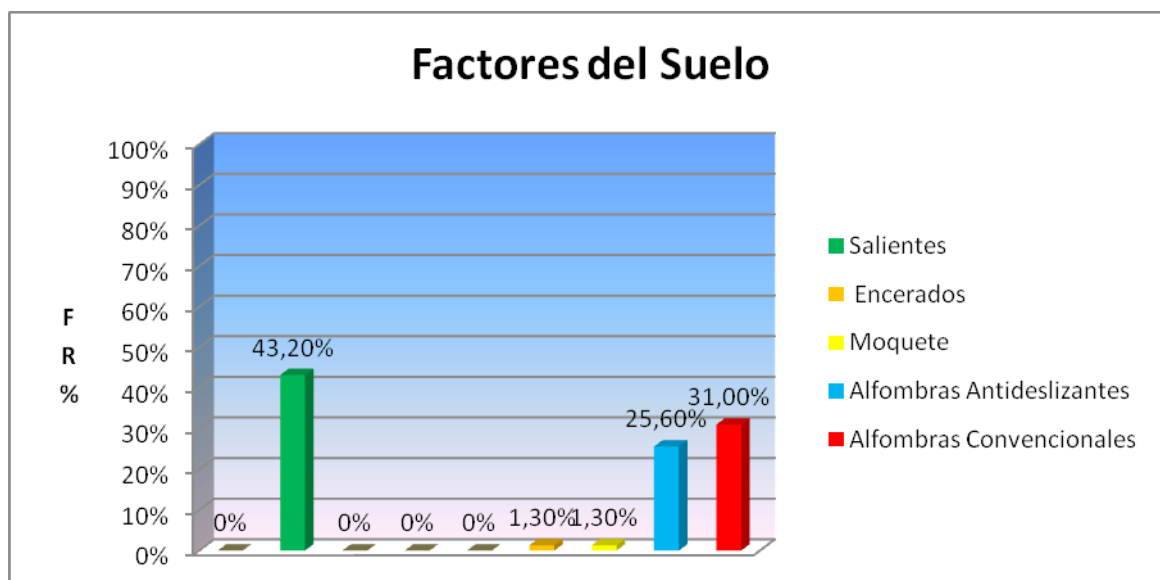
Los adultos mayores que solicitan ayuda para el cambio de luz en la altura son el 65,7%, el 34,2 no la solicitan.

Tabla Nº19: factores presentes en el suelo de las viviendas de los residentes de los complejos de viviendas Poullier y Goes en el periodo del 8 al 15 de Julio del 2010.

Factores del Suelo	FA	FR%
Escalones	0	0%

Salientes	32	43,20%
Desniveles	0	0
Mojados	0	0%
Resbaladizos	0	0%
Encerados	1	1,30%
Moquete	1	1,30%
Alfombras Antideslizantes	19	25,60%
Alfombras Convencionales	23	31,00%
Total	74	100%

Grafica N°19



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS.

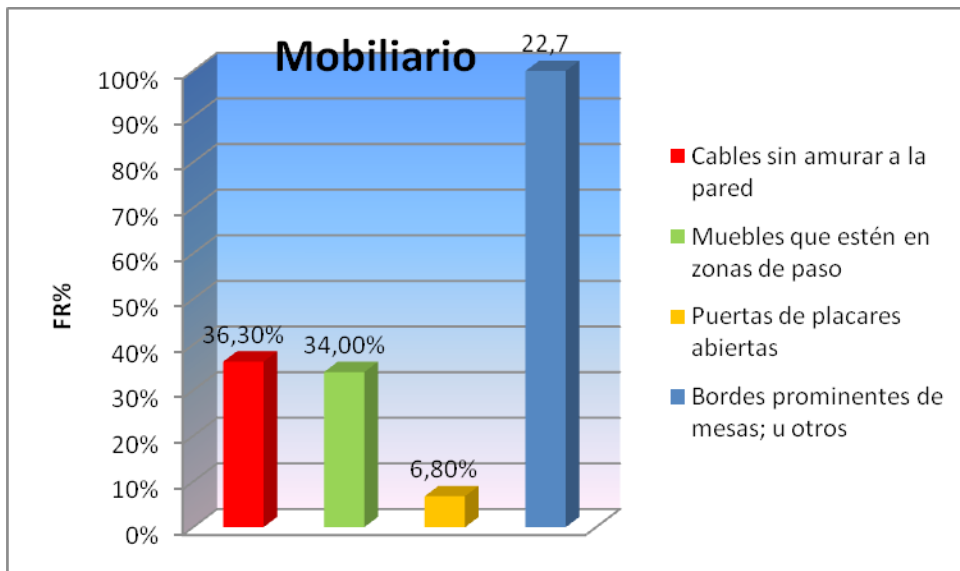
Haciendo referencia a los factores del suelo se registro que el 43,3% presentaron salientes, 31% utiliza alfombras convencionales, 25,6% usa alfombras antideslizantes y 1,3 % encerados al igual que con moquete.

Tabla N°20: Mobiliario presente y su distribucion en la viviendas de los residentes de los complejos de viviendas Poullier y Goes en el periodo del 8 al 15 de Julio del 2010.

Mobiliario	FA	FR%
Cables sin amurar a la pared	16	36,3%
Muebles que estén en zonas de paso	15	34%

Puertas de placares abiertas	3	6,8%
Bordes prominentes de mesas u otros	10	22,7%
Total	44	100,00%

Graficas N°20



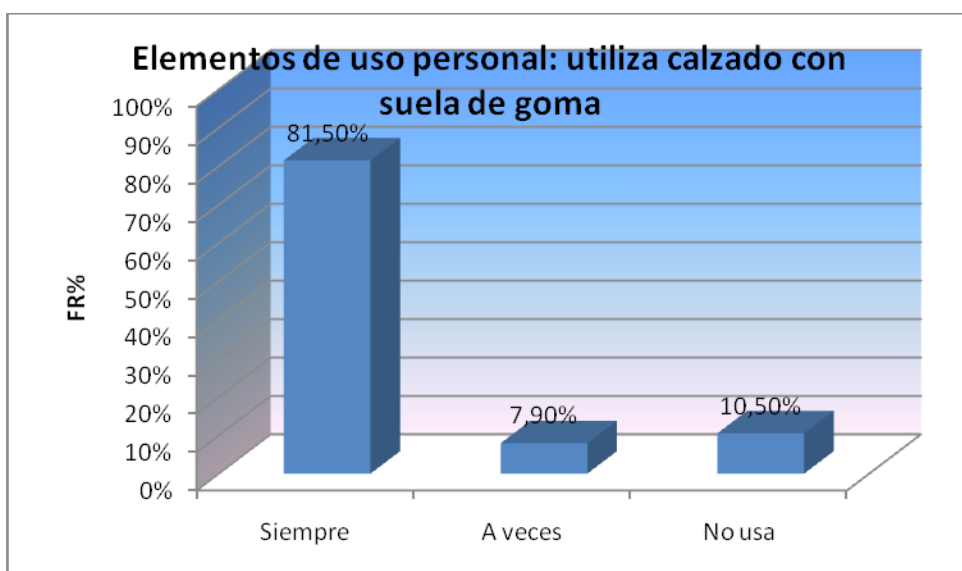
Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS

En cuanto a la distribución del mobiliario en la vivienda un 36,3% presenta cables sin amurar a la pared, en el 34% se observaron muebles en las zonas de circulación, 22,7% bordes prominentes de mesas y con un 6,8% se encontraron puertas de placares abiertas.

Tabla N°21: Utilización de calzados con suela de goma en los residentes de los complejos de viviendas Poullier y Goes en el periodo del 8 al 15 de Julio del 2010.

Elementos de uso personal	FA	FR%
Usa calzado con suela de goma		
Siempre	31	81,50%
A veces	3	7,90%
No usa	4	10,50%
Total	38	100,00%

Grafica N°21



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS

En lo que se refiere al tipo de calzado el 81,5% usa con suela de goma siempre, con un 7,9% los usa a veces un 10,5% no usa con suela de goma.

Tabla N°22: características de la iluminación artificial en las viviendas de los residentes de los complejos de viviendas Poullier y Goes en el periodo del 8 al 15 de Julio del 2010.

Iluminación Artificial	FA	FR%
Intensidad <40 Wats	31	81,6%
Intensidad >60 Watts	7	18,4%
Total	38	100%

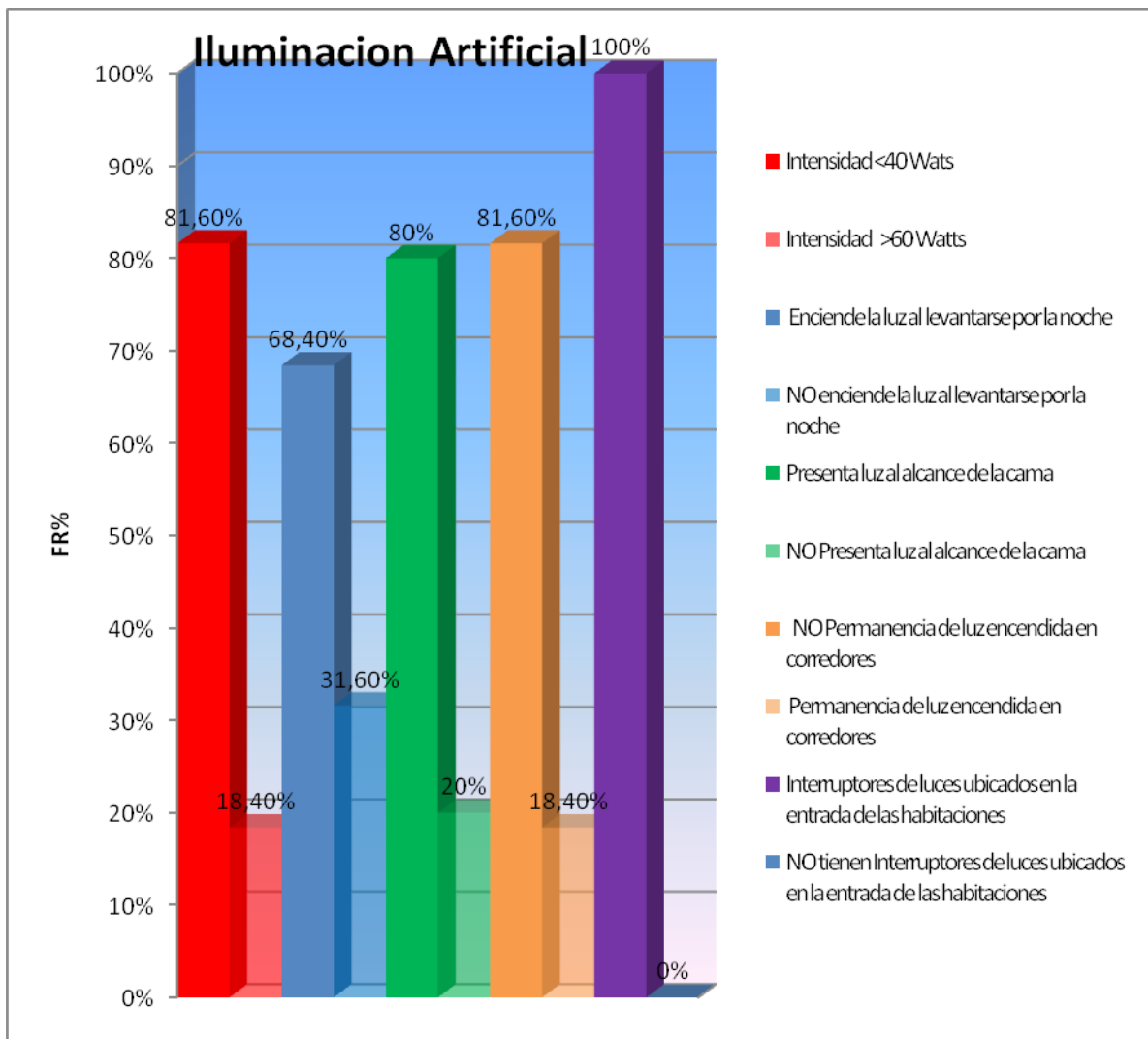
Iluminación Artificial	FA	FR%
Enciende la luz al levantarse por la noche	26	68,4%
NO enciende la luz al levantarse por la noche	12	31,6%
Total	38	100%

Iluminación Artificial	FA	FR%
Presenta luz al alcance de la cama	30	80%
NO Presenta luz al alcance de la cama	8	20%
Total	38	100%

Iluminación Artificial	FA	FR%
Permanencia de luz encendida en corredores	7	18,4%
Permanencia de luz encendida en corredores	31	81,6%
Total	38	100%

Iluminación Artificial	FA	FR%
Interruptores de luces ubicados en la entrada de las habitaciones	38	100%
NO tienen Interruptores de luces ubicados en la entrada de las habitaciones	0	0%
Total	38	100%

Grafica N°22



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario aplicado a los residentes de los complejos de viviendas del BPS

En relacion a la intensidad de la luz en la lamparas se observo que la gran mayoria 81,6% usaban lamparas de bajo consumo siendo estas de 15 watts, siendo solo el 18,4 los que tenian mas de 60 watts. De los adultos mayores el 68,4% encienden la luz al levantarse, y un 31,6% no la encienden. El 80% presenta luz al lado de su cama solo un 20% no tinen. El lo que se refiere a dejar con la luz encendida en los corredores por la noche el 80,6% las deja apagadas. La totalidad de las viviendas tiene los interruptores de luz hubicados a la entrada de la habitacion.

FACTORES INTRÍNSECOS												
Complejo			Piso :			Apartamento:						
Edad:	65-74	>75	>90	Sexo:		M	F					
Vive solo:	Si	No	Cohabitante	Cónyuge	Nieto	Hijo						
Antec. Personales	Diabetes	Asma	Hipertensión		Incontinencia urinaria							
Alteraciones musculo-esqueléticas					Si/no	Otros						
Uso de Fármacos			Que medicación toma?									
Estado Nutricional	Peso	kg	Talla	cm	IMC	Test riesgo Nut		Nº				
Hábitos Nutricionales:	Desayuno		Almuerzo		Merienda		Cena					
Alteraciones Motoras:	Equilibrio estable	Si	no	Movilidad		Debilidad						
Escala de Tinetti	nº											
Alteraciones sensitivas:	Usa lentes	Si	No	Usa Audifonos		Si	No					
Control y seguimiento medico	Cada mes		Cada dos meses		Cada tres meses							
Cada seis meses		anualmente		Cuando lo requiere		Nunca						
Caídas en el ultimo año:	Si	No	Nº de caídas:		1	2	o mas					
Bañándose	Subiendo una escaleras		Limpiando parado en una silla									
Caminando	Otros											
Consecuencias	Fracturas		Lesiones de tejido blando			Temor /Inseguridad						
Otros												
Horas de sueño	Mas de 6 horas		Menos de 6 horas									
FACTORES EXTRINSECOS												
Uso de dispositivos externos:	Si	No	Bastón		Andador		Muletas					
Pasamanos en escaleras		Iluminación en desniveles			Agarradera en baño							
Solicita ayuda para el cambio de lámpara de luz en la altura?												
Usa escaleras para alcanzar objetos en lugares altos?												
Solicita ayuda para el cambio de cortinas en lugares altos?												
Suelo	Escalones		Saltos		Desniveles		mojados		resbaladizos			
Encerados	Moquete		Alfombras antideslizantes			Convencionales						
Mobiliario	Cables sin amurar a la pared			Muebles en zonas de paso								
Puertas de placares cerradas			Bordes de mesa prominentes u otros									
Uso de calzado con suela de goma			Si	No	Siempre		A veces					
Iluminación	Intensidad	40Wats		60 Wats		100 Wats						
Enciende la luz al levantarse por la noche				Si	No							
Presenta luz al alcance de la cama			Si	No	Luces encendidas en corredores			Si	No			
Interruptores de luces ubicados en las entradas de las habitaciones						Si	No					

Marque solamente la respuesta afirmativa	Si
Padezco de una enfermedad o condición que me hizo cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que consumo.	2
Consumo menos de dos comidas diarias	3
Consumo pocas frutas, verduras y productos lácteos.	2
Consumo tres o más vasos de cerveza, licor o vino diariamente.	2
Tengo problemas dentales o bucales que dificultan mi alimentación.	2
No siempre dispongo del dinero suficiente para adquirir los alimentos que necesito.	4
Como solo la mayoría de las veces	1
Consumo 3 o mas medicamentos recetados o por mi cuenta	1
Sin habérmelo propuesto, he perdido o aumentado 5 kilos en los últimos 6 meses	2
No siempre me encuentro en condiciones físicas de hacer las compras, cocinar y/o alimentarme por mi mismo.	2
total	

0-2 sin riesgo nutricional
3-5 moderado riesgo nutricional
6 o más alto riesgo nutricional

ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA

Encuesta

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Antecedentes de caída: Sí _____ No _____ Causa: _____

Escala de Tinetti para el equilibrio:

Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos.

1. Equilibrio sentado	Se recuesta o resbala de la silla	= 0 ____
	Estable y seguro	= 1 ____
2. Se levanta	Incapaz sin ayuda	= 0 ____
	Capaz pero usa los brazos	= 1 ____
	Capaz sin usar los brazos	= 2 ____
3. Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda	= 0 ____
	Capaz pero requiere más de un intento	= 1 ____
	Capaz de un solo intento	= 2 ____
4. Equilibrio inmediato de pie (15 seg)	Inestable (vacila, se balancea)	= 0 ____
	Estable con bastón o se agarra	= 1 ____
	Estable sin apoyo	= 2 ____
5. Equilibrio de pie	Inestable	= 0 ____
	Estable con bastón o abre los pies	= 1 ____
	Estable sin apoyo y talones cerrados	= 2 ____
6. Tocado (de pie, se le empuja levemente por el esternón 3 veces)	Comienza a caer	= 0 ____
	Vacila se agarra	= 1 ____
	Estable	= 2 ____
7. Ojos cerrados (de pie)	Inestable	= 0 ____
	Estable	= 1 ____
8. Giro de 360 °	Pasos discontinuos	= 0 ____
	Pasos continuos	= 1 ____
	Inestable	= 0 ____
	Estable	= 1 ____
9. Sentándose	Inseguro, mide mal la distancia y cae en la silla	= 0 ____
	Usa las manos	= 1 ____
	Seguro	= 2 ____
Puntuación del equilibrio:	16	

Con el paciente caminando a su paso usual y con la ayuda habitual (bastón o andador).

1. Inicio de la marcha	Cualquier vacilación o varios intentos por empezar	= 0 ____
	Sin vacilación	= 1 ____
2. Longitud y altura del paso	A) Balanceo del pie derecho	
	No sobrepasa el pie izquierdo	= 0 ____
	Sobrepasa el pie izquierdo	= 1 ____
	No se levanta completamente del piso	= 0 ____
	Se levanta completamente del piso	= 1 ____
	B) Balanceo del pie izquierdo	
	No sobrepasa el pie derecho	= 0 ____
	Sobrepasa el pie derecho	= 1 ____
	No se levanta completamente del piso	= 0 ____
	Se levanta completamente del piso	= 1 ____
3. Simetría del paso	Longitud del paso derecho desigual al izquierdo	= 0 ____
	Pasos derechos e izquierdos iguales	= 1 ____
4. Continuidad de los pasos	Discontinuidad de los pasos	= 0 ____
	Continuidad de los pasos	= 1 ____
5. Pasos	Desviación marcada	= 0 ____
	Desviación moderada o usa ayuda	= 1 ____
	En línea recta sin ayuda	= 2 ____
6. Tronco	Marcado balanceo o usa ayuda	= 0 ____
	Sin balanceo pero flexiona rodillas o la espalda o abre los brazos	= 1 ____
	Sin balanceo, sin flexión, sin ayuda	= 2 ____
7- Posición al caminar	Talones separados	= 0 ____
	Talones casi se tocan al caminar	= 1 ____

Puntuación de la marcha: _____

12

Putuación total: _____

28

Normal >24

Adaptado 24->19

Anormal <19

Anexo 6

PLAN DE TRABAJO

Para realizar este trabajo de investigación se emplean recursos humanos, materiales y financieros, como a si la planificación del tiempo que lleva su realización, a continuación se detalla:

- Recursos Humanos: 5 estudiantes de Licenciatura de la Facultad de Enfermería.
- Recursos Materiales: Hojas, lapiceras, computadoras e impresora, CD, material bibliografico.
- Recursos Financieros:
 - Transporte: \$8200
 - Comunicación telefónica: \$1000
 - Impresiones: \$1500
 - Utilización de Internet: \$350
 - Fotocopias: \$400
 - CD: \$60
 - Lapiceras: \$20
 - Hojas: \$250
 - Encuadernación: \$150
- Tiempo: CRONOGRAMA DE GANTT (a continuación).

