

**Trabajo de Fin de Grado
Curso 2015/16**



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**PLAN DE CUIDADOS PARA
PREVENCIÓN DE
COMPLICACIONES EN EL
ANCIANO HOSPITALIZADO**

Autor/a: Carlos Magdaleno de la Fuente

Tutor/a: José Luis Viaña Caballero

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	4
METODOLOGÍA.....	4
RESULTADOS	11
DISCUSIÓN	23
CONCLUSIÓN	23
BIBLIOGRAFÍA	24
ANEXOS	25

RESUMEN

El envejecimiento es un proceso que afecta física y psicológicamente a las personas, además es cada vez más frecuente en nuestro entorno y el ámbito asistencial, por el progresivo envejecimiento de la población y la vulnerabilidad que adquieren a las enfermedades. El ingreso supone para el paciente anciano una situación de estrés, en la que es sensible a padecer complicaciones, no directamente relacionadas con la enfermedad que provoca el ingreso. Mediante la realización de un plan de cuidados, valorando los patrones disfuncionales del paciente, se podrán prevenir estas complicaciones, atendiendo también el aspecto psicológico, que muchas veces se olvida, y es fundamental en el paciente anciano, y más durante el ingreso, donde la inseguridad y el miedo aumentan en un entorno extraño. El plan de Cuidados se formula de acuerdo con el Lenguaje Estandarizado Enfermero, según las nomenclaturas NANDA, NOC y NIC.

Palabras clave: Anciano, ingreso, complicaciones, plan de cuidados.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida provoca el envejecimiento de la población, y esto es más acusado en nuestra comunidad, Castilla y León, donde además se suman el descenso de la natalidad y el saldo migratorio negativo. Esto genera un aumento de la demanda asistencial, ya que las personas ancianas son más susceptibles de contraer enfermedades y tener problemas de salud (40% de las camas hospitalarias están ocupadas por mayores de 65 años). El envejecimiento demográfico tiene una serie de consecuencias en la sociedad: sobre-envejecimiento, aumento de la discapacidad y la dependencia, cambios en las políticas socio-sanitarias y mayor presencia social (1)

El envejecimiento provoca una serie de cambios fisiológicos (físicos, psíquicos, y sociales), que van a influir en la capacidad de las personas de afrontar los

procesos de enfermedad (2). A nivel general, se destacan la tendencia a la atrofia y la disminución de la eficacia funcional.

La atrofia se observa en la disminución de peso y volumen en los órganos, la reducción del contenido hídrico en el organismo, el aumento del tejido conectivo, y la pérdida parcial de la vascularización periférica.

La disminución de la eficacia funcional se comienza a producir debido a que, a nivel celular, el número de las mismas se reduce. En consecuencia, las células sufren una hipertrofia, en un intento de contrarrestar la carencia de células. Estas células se distribuyen de forma más irregular. A nivel tisular, la pérdida de células se suple con un aumento del tejido conectivo, de manera que esos espacios pierden la funcionalidad.

Los cambios psicológicos que se producen también se encuentran relacionados con las modificaciones anatómicas y funcionales en las estructuras cerebrales. La disminución de las funciones cognitivas en el envejecimiento es uno de los aspectos más amenazantes para las personas, ya que se ve peligrar el propio bienestar. Las capacidades intelectuales se enlentecen, y esto va a tener su traducción en el comportamiento individual en la dificultad para la concentración, la pérdida de interés, y la fatiga intelectual.

La inteligencia fluida, que precisa de una base neurofisiológica, está disminuida, ya que depende de la capacidad de adaptarse a situaciones nuevas de manera eficaz. La inteligencia que se conserva intacta, es la cristalizada, relacionada con la reflexión y la experiencia.

La memoria se ve afectada, de manera que el anciano tiene la memoria a corto plazo disminuida. La memoria a largo plazo está bien conservada, hecho que se observa en que los ancianos recuerdan situaciones y hechos antiguos de su juventud. También se observan problemas en la organización secuencial de información recién llegada y la capacidad de sintetizar la información.

El anciano se da cuenta de todas las pérdidas y cambios que se producen conforme va envejeciendo. Las personas que lo aceptan como algo normal en la vida, envejecen mejor, de forma más saludable, pero también habrá personas

que no lo acepten. El no aceptar el envejecimiento va a provocar reacciones como depresión, repliegue y aislamiento, rechazo y rebelión. Todo esto provoca una modificación afectiva en las personas, que tienden a la melancolía, incontinencia sentimental...y además se vuelven egoístas, y surge el egocentrismo.

La enfermedad aguda que requiere hospitalización es una situación de estrés, que con frecuencia, va a ocasionar el empeoramiento de la situación funcional previa de ese paciente. Durante la hospitalización, además de los procesos derivados de la propia enfermedad, el paciente anciano tiene una serie de riesgos añadidos (3):

- ◆ Riesgo de caídas
- ◆ Riesgo de UPP
- ◆ Delirium
- ◆ Reacciones adversas a fármacos
- ◆ Infecciones nosocomiales.
- ◆ Pobre ingesta nutricional

En un hospital de agudos, normalmente, las enfermeras que allí trabajan, no tienen una formación específica de geriatría, por lo que las características propias de la edad de estos pacientes muchas veces no son tenidas en cuenta.

Para tratar con el paciente anciano hay que tener en cuenta que se trata de un tipo de paciente diferente al adulto, con sus alteraciones físicas, psíquicas y metabólicas, que en el momento del ingreso se enfrenta a una situación con mayores riesgos para él que para otro tipo de pacientes, riesgos que pueden traducirse en la pérdida de funcionalidad, disminución de la calidad de vida, aumento de la estancia hospitalaria, y aumento de las tasas de mortalidad.

OBJETIVOS

General

- Disminuir el impacto producido por la hospitalización en el anciano, previniendo las complicaciones durante el ingreso.

Específicos

- Atender los problemas psicológicos que pueden aparecer durante el ingreso.
- Asegurar una correcta ingesta nutricional, higiene y cuidados de la piel del paciente.
- Promover la actividad física del paciente en la medida de lo posible.

METODOLOGÍA

El modelo en el que se basa este trabajo es el de Virginia Henderson de las 14 necesidades básicas. Este modelo pertenece a la Escuela de las Necesidades Humanas, y el papel que confiere a la enfermería es la realización de acciones que la persona no puede realizar en un momento determinado de su vida, es decir, un papel de suplencia o ayuda.

“La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”. (4)

El conjunto de 14 necesidades básicas son aquellas que en condiciones normales las personas son capaces de cubrirlas por sí mismas, que son: respirar con normalidad, comer y beber adecuadamente, eliminar, moverse y mantener posturas adecuadas, dormir y descansar, vestirse adecuadamente, mantener la

temperatura corporal (termorregulación), mantener higiene y proteger la piel, evitar peligros ambientales, comunicarse, vivir según las creencias, trabajar, participar en actividades recreativas y adquirir conocimientos.

Cuando alguna de estas necesidades no se ve cumplida por alguna razón, se emplea el término de dependencia (no satisfacción de la necesidad por sí mismo).

Utilizo este modelo debido a que el foco de atención es el enfermo, considerado como un todo, es de fácil adaptación en nuestro entorno, y es de los más utilizados en España.

El método empleado es el Proceso Enfermero (5), que se define como “*forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos eficaces*” (6). El Proceso Enfermero es la integración del modelo de enfermería (en este caso, Virginia Henderson) en la asistencia sanitaria. Consta además de 5 fases, ordenadas y estrechamente vinculadas, correlativas. Todas las fases afectan de manera directa al resto.

VALORACIÓN (5)

Es un proceso planificado y sistemático de recogida de información, que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas. Todo el Plan de Cuidados se basa en la información recogida en esta fase. Para la recogida de datos tenemos 3 métodos: entrevista, observación y exploración física.

El sistema de valoración utilizado es el de Marjory Gordon, de los 11 patrones funcionales de salud (7). Este sistema considera a la persona un conjunto de 11 patrones funcionales, que se definen como comportamientos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y desarrollo de su potencial como persona. Es además, el sistema recomendado por NANDA Internacional. La funcionalidad es un término importante en la valoración del paciente anciano, pues nos indica el nivel de dependencia existente, y nos permite orientar las intervenciones a evitar mayor deterioro. (8)

Se trata de una división estructurada del funcionamiento humano, pero que debe ser entendida como un conjunto, que conforma el todo que es la persona. Los patrones pueden ser funcionales o disfuncionales. Si son funcionales, indican un buen nivel de funcionamiento, salud y bienestar. Si son disfuncionales, describen situaciones que no se corresponden con la normalidad, y se definen como problemas de salud, ya que suponen una limitación de la autonomía de la persona.

PATRONES DE SALUD

- **Percepción-Manejo de la salud:** Valora cómo se percibe el individuo, su salud y bienestar, la adherencia terapéutica, y las prácticas preventivas (hábitos higiénicos, vacunaciones...)
- **Nutricional-Metabólico:** Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con las necesidades metabólicas del individuo. Valora altura, peso, temperatura, condiciones de la piel y mucosas, problemas en la ingesta...
- **Eliminación:** Valora la función excretora intestinal, urinaria y de la piel.
- **Actividad-Ejercicio:** Valora el patrón de ejercicio del individuo, la actividad, los requerimientos de consumo de energía para las ABVD, la capacidad funcional, cantidad y tipo de ejercicio, y las actividades que realiza al aire libre.
- **Sueño-Descanso:** Valora la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo del día. Valora también la percepción de la persona de la cantidad y calidad del sueño, así como el nivel de energía y si necesita ayuda para dormir (medicamentos o rutinas)
- **Cognitivo-Perceptivo:** Valora patrones sensoriales y cognitivos, el nivel de conciencia, la conciencia de la realidad, la funcionalidad de los órganos de los sentidos, percepción del dolor, lenguaje, ayuda para la

comunicación, memoria, juicio y comprensión de ideas, y la toma de decisiones.

- **Autopercepción-Autoconcepto:** Valora las actitudes acerca de uno mismo, el autoconcepto y percepción de si mismo, la percepción sobre las capacidades cognitivas, afectivas o físicas, la imagen corporal, la identidad, sentido general de valía, patrón emocional, de postura corporal y movimiento, así como de voz y de conversación.
- **Rol-Relaciones:** Valora el patrón de compromisos de rol y relaciones con los demás, la percepción de los roles más importantes, y satisfacción o alteraciones en la familia, trabajo, y relaciones sociales.
- **Sexualidad y Reproducción:** Valora los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad, las alteraciones que pueda haber, la seguridad del individuo en las relaciones sexuales, el patrón reproductivo, premenopausia y posmenopausia, y los problemas que perciba la persona.
- **Adaptación-Tolerancia al estrés:** Valora las estrategias de afrontamiento general del individuo, las respuestas que manifiesta en situaciones estresantes y su forma de manejar el estrés, su capacidad de adaptación a los cambios y el soporte familiar e individual del que dispone.
- **Valores-Creencias:** Patrones de valores y creencias que guían las decisiones del individuo, lo que considera bueno y malo, lo que percibe como importante, percepciones de conflicto en valores, creencias o expectativas respecto a la salud, decisiones sobre tratamientos, prioridades, vida o muerte, y prácticas religiosas.

DIAGNÓSTICO (5)

Es el análisis y síntesis de la información obtenida en la primera fase, es decir, la identificación de los problemas de salud.

La Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA), define el diagnóstico de enfermería como *“un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultado de los que la enfermera es responsable”*.

Los problemas de salud que se identifican pueden ser reales o potenciales, de manera que van a hacer referencia también a problemas que tiene riesgo de padecer.

Además de los problemas reales o potenciales que se identifiquen, aparecerán también problemas que deberán ser tratados en colaboración con el médico (problemas interdependientes). Se tratan de problemas centrados en una respuesta fisiopatológica del cuerpo, que las enfermeras por sí solas no pueden abordar, y van a ser responsables de identificar y tratar colaborando con el médico.

La Taxonomía II de NANDA I (NANDA Internacional) es la clasificación actual que se emplea. Esta clasificación se estructura en 3 niveles:

- **Dominio:** *“Esfera de conocimiento, estudio o interés”*.
- **Clase:** *“Subdivisión más específica de los dominios, que contienen los conceptos diagnósticos”*.
- **Diagnóstico enfermero:** *“Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia, o comunidad a problemas de salud”*.

Esta Taxonomía presenta una estructura multiaxial para desarrollar los conceptos diagnósticos, y consta de 7 ejes, que se combinan para formular una etiqueta diagnóstica. Estos ejes son el concepto diagnóstico, el sujeto del

diagnóstico, juicio, localización, edad, tiempo, y estado del diagnóstico. Los tipos de diagnóstico que describe NANDA-I son:

- **Real:** Describe respuestas humanas a condiciones de salud/procesos vitales que existen en una persona, familia, grupo o comunidad. Está presente en el momento de la valoración y hay manifestaciones clínicas. Para formular este tipo de diagnóstico, se emplea el formato PES (Problema, Etiología, Signos/Síntomas), describiendo el problema de salud, los factores desencadenantes (etiología), y las manifestaciones clínicas del problema.
- **De riesgo:** *“Juicio clínico sobre las experiencias/respuestas humanas a condiciones de salud/procesos vitales que tienen una alta probabilidad de desarrollarse en una persona, familia, grupo o comunidad vulnerables”.* Se formula con “Riesgo de”, y con el Problema (que no ha aparecido aún) y Etiología, ya que no hay manifestaciones clínicas.
- **Síndrome diagnóstico:** Es la agrupación de diagnósticos enfermeros que aparece como consecuencia de una situación determinada, y que se abordan mejor en conjunto, mediante intervenciones parecidas. Solo se emplea la primera letra del PES para formularlo.
- **Diagnóstico de promoción de la salud:** *“Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, grupo, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas específicas de salud y que se puede aplicar a cualquier estado de salud”.* En su formulación se emplean el Problema y los Signos/Síntomas.

Todos estos diagnósticos hacen referencia a los problemas que la enfermera aborda de forma independiente, pero pueden aparecer problemas de salud que la enfermera debe resolver en colaboración con el resto de profesionales (el médico, principalmente). La enfermera no tiene la responsabilidad de decidir las intervenciones que se realizan en estos casos. Se nombra con el Problema, seguido de “secundario a”, y la Etiología.

PLANIFICACIÓN (5)

En esta fase se van a decidir los objetivos e intervenciones que se van a realizar, orientadas a la resolución de los problemas de salud identificados en la fase de Diagnóstico.

La planificación es una guía para los cuidados, promueve la comunicación entre todos los cuidadores, crea un registro para utilizar en la evaluación y proporciona documentación sobre las necesidades en cuidados de la salud.

Las distintas actividades que componen la planificación son:

- **Fijar prioridades:** Se decide cuál de los problemas se aborda antes, en colaboración con el paciente. Se deben tener en cuenta los valores y creencias del paciente, prioridades, recursos disponibles, la urgencia del problema y el plan de tratamiento médico (debe ser congruente con él).
- **Establecer criterios de resultado/objetivos:** Para su formulación se emplea la Taxonomía NOC. Deben estar reflejados en el objetivo: sujeto (quién logra el resultado), verbo (qué acción realiza), condición (bajo qué circunstancias), criterio (en qué medida realiza la acción) y momento específico (cuándo se espera que lo realice).
- **Determinar las intervenciones enfermeras:** Son las acciones que lleva a cabo el personal de enfermería para lograr los objetivos propuestos. La intervención es el modo de actuación para la resolución del diagnóstico. Las actividades son el conjunto de tareas que se realizan para resolverlo. Consta de 3 niveles: campos, clases e intervenciones.
- **Registrar el plan de cuidados:** Se refleja en la historia del paciente, para que los demás profesionales de enfermería tengan referencia para llevar a cabo el plan de cuidados.

EJECUCIÓN (5)

Es la puesta en marcha del plan de cuidados. Consiste en la aplicación y registro de actividades (acciones de enfermería específicas) para llevar a cabo la intervención.

Durante este proceso, la enfermera valora de nuevo la situación del paciente, para comprobar las respuestas de éste al diagnóstico de enfermería identificado anteriormente. El paciente es informado de las actividades que se van a realizar, y se registran posteriormente, junto con las respuestas del paciente a éstas, y los inconvenientes que hayan podido surgir. La enfermera se podrá encontrar situaciones no previstas, que resolverá mediante el pensamiento crítico para razonar y llegar a una solución correcta.

EVALUACIÓN (5)

Aunque se trate del último paso del Proceso Enfermero, en todas las demás fases debe haber una evaluación continua para detectar errores y poder modificarlos en la fase que sea necesario. La evaluación final consiste en una comparación de la situación actual del paciente con los objetivos que se habían fijado.

RESULTADOS

La valoración de los patrones funcionales se ha realizado de forma generalizada, teniendo en cuenta las características propias de la edad, y los posibles problemas de salud que pueden aparecer en el paciente anciano hospitalizado. Incido también en los aspectos psicológicos de la hospitalización del anciano, ya que, basado en mi experiencia, creo que tiende a dejarse de lado este aspecto, que tiene gran importancia, y más aún en el paciente anciano.

Percepción - Manejo de la salud. Va a estar alterado, debido a la enfermedad aguda que provoca el ingreso hospitalario, además de la patología crónica que padezca el paciente. La adherencia terapéutica y las prácticas preventivas como la vacunación suelen ser correctas, dependiendo también de la edad, y la situación familiar (cuidadores).

Nutricional – Metabólico. Además de valorar el IMC es importante valorar problemas bucales, alteraciones en la masticación y la deglución. Los pacientes ancianos tienen mayor riesgo de desnutrición por las circunstancias propias de la vejez, sumadas a la patología que tengan. Debe comprobarse la existencia de úlceras en los puntos de presión en pacientes con movilidad disminuida, especialmente si están encamados, además de utilizar la escala de Norton para medir el riesgo de padecimiento de úlceras por presión (*anexo 1*).

Eliminación. Alterado. Con la edad, la incontinencia es más frecuente, especialmente en las mujeres, además de la disminución de la actividad física que puede producir estreñimiento.

Actividad – Ejercicio. Normalmente se va a encontrar alterado, ya que la enfermedad provoca una disminución de la actividad física debido al dolor y el aumento de la fatiga. Se realizará un cuestionario de riesgo de caídas para medir el riesgo de cada paciente (*anexo 2*).

Sueño – Descanso. Alterado. El tratamiento farmacológico puede provocar fatiga y aumento de la somnolencia, lo cual se traduce en que duermen durante el día y no se produce un correcto descanso por la noche.

Cognitivo – Perceptual. Estará alterado en muchas ocasiones, debido a que el envejecimiento provoca la pérdida de función cognitiva, y normalmente, alteraciones sensoriales (son frecuentes los problemas de visión y de audición). Además los ancianos tienen riesgo de desorientación, que se incrementa durante la noche.

Autopercepción – Autoconcepto. La mayoría de los ancianos tiende a la actitud depresiva y no valorarse como debieran. Hay que hacer ver al anciano que vale.

Rol – Relaciones. Aunque en la mayoría de los casos, los ancianos tienen una familia que les apoya y les cuida, puede suceder que la persona no tenga ese apoyo familiar y se sienta solo. El envejecimiento provoca también una modificación del rol social que puede influir en la persona.

Adaptación – Tolerancia al estrés. El ingreso hospitalario es una situación de estrés e incertidumbre para el anciano. Se valora su afrontamiento de la situación y las actitudes tomadas al respecto. Se utilizará la escala de Hamilton para valorar la ansiedad (*anexo 3*).

Basado en esta valoración general del paciente anciano por patrones disfuncionales, he identificado los siguientes diagnósticos de enfermería, formulados según la taxonomía NANDA-I, NOC y NIC, y descartando los que no se aconsejaban utilizar según M^a Teresa Luis Rodrigo (9). Han sido ordenados teniendo en cuenta la pirámide de las necesidades de Maslow (*anexo 4*), en la que las primeras necesidades que deben ser cubiertas son las fisiológicas (comer, dormir, beber, etc). Una vez cubiertas estas necesidades, las siguientes son las de seguridad, que adquieren especial importancia en la atención al paciente anciano, ya que éste es más vulnerable psicológicamente, y los problemas psicológicos que puedan aparecer van a afectarle en mayor medida.
(1)

Taxonomía NANDA-I (10)

Etiqueta: 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporales.

Dominio 2: Nutrición.

Clase 1: Ingestión

Diagnóstico enfermero: Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales r/c peso corporal inferior al ideal.

Taxonomía NOC (10)

Resultado esperado: 1014 Apetito

Dominio 2: Salud fisiológica.

Clase K: Digestión y nutrición.

Indicadores:

- 101401 Deseo de comer
- 101405 Energía para comer
- 101406 Ingesta de alimentos
- 101407 Ingesta de nutrientes
- 101408 Ingesta de líquidos

Escala Likert: Del 1 (gravemente comprometido) al 5 (no comprometido).

Se busca una puntuación de 4-5.

Taxonomía NIC (10)

Intervención: 1100 Manejo de la nutrición.

Campo 1: Fisiológico básico.

Clase D: Apoyo nutricional.

Actividades:

- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
- Identificar alergias o intolerancias alimentarias del paciente.
- Determinar las preferencias alimentarias del paciente.
- Ajustar la dieta, según sea necesario (...)
- Realizar o ayudar a los pacientes con los cuidados orales antes de comer.
- Administrar medicamentos antes de comer si es necesario.

- Asegurarse de que el paciente utiliza bien la dentadura postiza.

Taxonomía NANDA-I (10)

Etiqueta: 00173 Riesgo de confusión aguda

Dominio 5: Percepción/Cognición

Clase 4: Cognición

Diagnóstico enfermero: Riesgo de confusión aguda r/c alteración del ciclo sueño-vigilia y edad superior a 60 años.

Taxonomía NOC (10)

Resultado esperado: 0004 Sueño

Dominio 1: Salud funcional

Clase A: Mantenimiento de la energía

Indicadores:

- 401 Horas de sueño
- 404 Calidad del sueño
- 418 Duerme toda la noche
- 403 Patrón del sueño-vigilia

Escala Likert: Del 1 (gravemente comprometido) al 5 (no comprometido).

Las puntuaciones que intentaremos lograr serán de 3 o mayores.

Taxonomía NIC (10)

Intervención: 1850 Mejorar el sueño

Campo 1: Fisiológico básico

Clase F: Facilitación del autocuidado

Actividades:

- Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente
- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
- Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón de sueño.
- Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda.
- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.

Taxonomía NANDA-I (10)

Etiqueta: 00155 Riesgo de caídas

Dominio 11: Seguridad/Protección.

Clase 2: Lesión física.

Diagnóstico enfermero: Riesgo de caídas r/c edad superior a 65 años.

Taxonomía NOC (10)

Resultado esperado: 1909 Conducta de prevención de caídas.

Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud.

Clase T: Control del riesgo y seguridad.

Indicadores:

- 190901 Utiliza dispositivos de ayuda correctamente.
- 190916 Controla la inquietud.
- 190919 Utiliza procedimientos de traslado seguros.
- 190915 Utiliza barandillas si es necesario.
- 190914 Utiliza alfombrillas de goma en la bañera/ducha.

Escala Likert: Del 1 (nunca demostrado) al 5 (siempre demostrado). El objetivo es conseguir una puntuación de 5, para conseguir minimizar lo máximo posible el riesgo de caídas.

Taxonomía NIC (10)

Intervención: 6490 Prevención de caídas.

Campo 4: Seguridad.

Clase V: Control de riesgos.

Actividades:

- Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar la posibilidad de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).
- Ayudar a la deambulaci3n de las personas inestables.

- Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón a andador para caminar) para conseguir una marcha estable.
- Sugerir el uso de calzado seguro.
- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.
- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
- Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.

Taxonomía NANDA-I (10)

Etiqueta: 00148 Temor

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

Diagnóstico enfermero: Temor r/c ingreso hospitalario m/p cambios en el patrón de sueño.

Taxonomía NOC (10)

Resultado esperado: 1210 Nivel de miedo.

Dominio 3: Salud psicosocial.

Clase M: Bienestar psicológico.

Indicadores:

- 121005 Inquietud
- 121014 Preocupación por la fuente del miedo
- 121016 Aumento de la presión sanguínea.
- 121017 Aumento de la frecuencia del pulso.
- 121018 Aumento de la frecuencia respiratoria.

- 121020 Sudoración.
- 121026 Incapacidad para dormir.
- 121031 Temor verbalizado

Escala Likert: Al ingreso, la puntuación será baja. El objetivo tras la intervención es conseguir una puntuación de 4 (leve) o 5 (ninguno). Dependerá en gran medida de la personalidad y situación personal del paciente.

Taxonomía NIC (10)

Intervención: 5820 Disminución de la ansiedad.

Campo 3: Conductual.

Clase T: Fomento de la comodidad psicológica.

Actividades:

- Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso.
- Escuchar con atención.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Instruir sobre el uso de técnicas de relajación.

Taxonomía NANDA-I (10)

Etiqueta: 00249 Riesgo de úlceras por presión

Dominio 11: Seguridad/Protección

Clase 2: Lesión física

Diagnóstico enfermero: Riesgo de úlcera por presión r/c movilidad disminuida.

Taxonomía NOC (10)

Resultado esperado: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Dominio 2: Salud fisiológica.

Clase L: Integridad tisular.

Indicadores:

- 110101 Temperatura de la piel
- 110102 Sensibilidad
- 110104 Hidratación
- 110113 Integridad de la piel
- 110116 Lesiones cutáneas
- 110121 Eritema
- 110124 Induración

Escala Likert: El objetivo tras la intervención es conseguir una puntuación de 5 (no comprometido).

Taxonomía NIC (10)

Intervención: 3540 Prevención de úlceras por presión.

Campo 2: Fisiológico complejo

Clase L: Control de la piel/heridas.

Actividades:

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo. (Escala de Norton).
- Documentar el peso y los cambios de peso.
- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Eliminar la humedad excesiva causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
- Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas.
- Utilizar camas y colchones especiales, según corresponda
- Vigilar las fuentes de presión y de fricción.
- Aplicar protectores para los codos y talones, según corresponda.
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías, por medio de suplementos si es preciso.

Taxonomía NANDA-I (10)

Etiqueta: 00085 Deterioro de la movilidad física

Dominio: Actividad/Reposo

Clase 2: Actividad/Ejercicio

Diagnóstico enfermero: Deterioro de la movilidad física r/c enfermedad aguda m/p disminución de la deambulaci3n.

Taxonomía NOC (10)

Resultado esperado: 0200 Ambular

Dominio 1: Salud funcional

Clase C: Movilidad

Indicadores:

- 20001 Soporta el peso
- 20004 Camina a paso moderado
- 20010 Camina distancias cortas
- 20014 Anda por la habitación

Escala Likert: Del 1 (gravemente comprometido) al 5 (no comprometido).
Dependerá de la patología del paciente y de su movilidad previa al ingreso, pero se intentará conseguir una puntuación lo más elevada posible.

Taxonomía NIC (10)

Intervención: 0221 Terapia de ejercicios: ambulación

Campo 1: Fisiológico básico

Clase A: Control de actividad y ejercicio

Actividades:

- Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.
- Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda para la deambulación si el paciente tiene inestabilidad.
- Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.

DISCUSIÓN

En la atención hospitalaria, en general, se tiende a centrar los esfuerzos y las actuaciones en el ámbito físico de las personas, obviando en ocasiones el aspecto psicológico. La valoración de los pacientes se debe hacer desde la dimensión biopsicosocial, englobando todos los aspectos de la persona, y con más importancia aún en el paciente anciano. Los problemas que pueden surgir durante la estancia en el hospital son diversos, y muchas veces no están causados directamente por la enfermedad que provoca el ingreso, como las úlceras por presión, la malnutrición...

El objetivo de este Plan de Cuidados es mejorar la atención que se brinda al paciente anciano en la hospitalización, considerando también la dimensión psicológica, muy importante en situaciones de estrés y temor como la que genera el ingreso. De este modo, se podría reducir la estancia hospitalaria, reduciendo las posibles complicaciones del ingreso, así como el mantenimiento de la funcionalidad del paciente, favoreciendo su vuelta a la vida cotidiana con las menores secuelas posibles, tanto físicas como psicológicas.

CONCLUSIÓN

La mejora en la atención hospitalaria al paciente anciano pasa por entender que son pacientes que además de su enfermedad, tienen mayor predisposición a padecer complicaciones, y es nuestra tarea como enfermeros prevenirlas y atender a los problemas de salud que aparezcan, ya sean independientes, o de colaboración, que tendremos que resolver junto con el médico. Además, teniendo en cuenta que el aspecto psicológico juega un papel muy importante con estos pacientes. Sin descuidar el ámbito físico, se podrá conseguir reducir las posibles complicaciones durante y tras el ingreso, contribuyendo a mejorar la calidad de vida del paciente.

La realización de este Trabajo de Fin de Grado me ha ayudado a desarrollar la capacidad de síntesis y pensamiento crítico al elaborar un Plan de Cuidados, a priorizar problemas, y a buscar mejoras en la atención al paciente anciano en el hospital, para evitar posibles complicaciones y pérdida de funcionalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orrio CN. Enfermería de la persona mayor: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011.
2. García YR, Oliva Díaz JA. Características biopsicosociales de los ancianos. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2008 Enero-Febrero; 12(1).
3. Samaniego PG. Consecuencias de la hospitalización en el anciano. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. 2001; 14(2).
4. Alligood MR, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7th ed.: Elsevier Mosby; 2011.
5. Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Losey D. Proceso y diagnóstico de enfermería. 3rd ed.: McGraw Hill Interamericana; 1993.
6. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso. 5th ed.: Masson; 2003.
7. Gordon M. Manual de diagnósticos de enfermería. 11th ed.: McGraw Hill; 2007.
8. Segovia MG, Torres EA. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos. 2011 Diciembre; 22(4).
9. Rodrigo MTL. Los diagnósticos enfermeros. Revisión clínica y guía práctica. 9th ed.: Elsevier Masson; 2013.
10. NNN Consult. [Online]. Available from: <http://www.nnnconsult.com/>.

ANEXOS

- **Anexo 1**

La escala de Norton se emplea para la valoración del riesgo de úlceras por presión, valorando el riesgo de deterioro de integridad cutánea, y los factores de riesgo para aparición de UPP.

Es un cuestionario con 5 ítems, cuya puntuación oscila entre 1 y 4 para cada uno.

Escala de Norton

Estado físico general: Muy malo (1), Malo (2), Regular (3), Bueno (4).

Incontinencia: Urinaria y fecal (1), Urinaria o fecal (2), Ocasional (3), Ninguna (4).

Estado mental: Estuporoso/comatoso (1), Confuso (2), Apático (3), Alerta (4).

Actividad: Encamado (1), Sentado (2), Camina con ayuda (3), Ambulante (4).

Movilidad: Inmóvil (1), Muy limitada (2), Disminuida (3), Total (4).

ESCALA DE NORTON

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con Ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy Limitado	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso Comatoso	Inmóvil	Encamado/a	Urinaria y Fecal	1

CLASIFICACION DE RIESGO

PUNTUACION DE 5 A 9	RIESGO MUY ALTO
PUNTUACIÓN DE 10 A 12	RIESGO ALTO
PUNTUACIÓN DE 13 A 14	RIESGO MEDIO
PUNTUACIÓN MAYOR DE 14	RIESGO MINIMO/NO RIESGO

- Anexo 2

Para valorar el riesgo de caídas de nuestros pacientes, emplearemos un cuestionario de riesgo de caídas.

ÍTEMS	RESPUESTA	PUNTOS
1. Antecedentes de caídas recientes o en los 3 últimos meses	No	0
	Si	25
2. Diagnóstico secundario	No	0
	Si	15
3. Ayuda para la deambulaci3n	Reposo en cama, ayuda de enfermera	0
	Muletas, bast3n, andador	15
	Muebles	30
4. Cat3teres IV/ Vía heparinizada	No	0
	Si	20
5. Equilibrio/traslado	Normal, reposo en cama, inm3vil	0
	D3bil	10
	Alterado	20
6. Estado Mental	Orientado seg3n las posibilidades	0
	Olvida sus limitaciones	15
PUNTUACI3N TOTAL		

- Anexo 3

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

- Anexo 4

Maslow jerarquizó las necesidades humanas formando esta pirámide, de forma que según se satisfacen las necesidades desde la base, se busca satisfacer el siguiente nivel de necesidades.

Las necesidades fisiológicas son la primera prioridad del individuo, son indispensables para la supervivencia. Son la homeóstasis, la alimentación, saciar la sed, etc.

Las siguientes serían las necesidades de seguridad, se relacionan con el temor de los individuos a no controlar su vida, están muy ligadas al miedo. Son la necesidad de estabilidad, orden, de protección, entre otras.

Las necesidades sociales son aquellas relacionadas con la necesidad de compañía que tiene el ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social.

Las necesidades de reconocimiento, como la de ego y autoestima, radican en la necesidad de las personas de sentirse apreciado, destacar dentro del grupo social.

Las necesidades de auto superación se relacionan con el deseo del ser humano de trascender y desarrollarse al máximo.

