

I. INTRODUCCIÓN

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2012 el 68% de las muertes registradas en el mundo se debieron a enfermedades no transmisibles, principalmente a enfermedades cardiovasculares, ocurriendo 7 de cada 10 en personas de 70 años o más ¹ siendo el envejecimiento cardiovascular el factor de riesgo más importante para la aparición de la cardiopatía isquémica, presentándose las principales alteraciones a desarrollar conforme la edad, la rigidez vascular y la disfunción endotelial, ² traduciéndose en la presencia de un envejecimiento patológico que deriva en la declinación funcional y a la fragilidad que son predictores importantes de mortalidad en los adultos mayores. ³

Bajo este tenor es donde cobra gran importancia el actuar del profesional de enfermería geronto-geriátrico, ocupando un lugar elemental para la atención de manera integral, brindando ayuda sanitaria, psicológica y social tanto en el ámbito hospitalario, extra hospitalario, institucional y domiciliario, apoyando a mantener al adulto mayor en el contexto domiciliario, respondiendo a sus necesidades en los diferentes momentos de la evolución de la enfermedad en donde se centre el objetivo del cuidado en mejorar su calidad de vida, término que, en el caso de las personas mayores, está íntimamente relacionado con su capacidad funcional. ⁴

Por lo anterior, es importante se comience el abordaje del cuidado de enfermería en adultos mayores con este tipo de problemática, considerando el proceso de enfermería enfocado al diagnóstico de “síndrome de fragilidad del anciano” relacionado con cardiopatía isquémica; por lo anterior, en el presente trabajo se realizó una interrelación de la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon con la valoración básica geriátrica, además

de la clasificación de datos para llegar a un razonamiento diagnóstico donde se clasificaron y se priorizaron en la etapa de planeación; elaborando tres planes de cuidados priorizados que abarcaran la esfera biopsicosocial del adulto mayor, incluyendo la clasificación de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) de enfermería.

De esta forma se considera que el Proceso Enfermero es vital y es el detonador para el actuar del profesional, a través de una adecuada valoración, detectando las necesidades de cada individuo, lo que orienta hacia el diagnóstico de enfermería y la consiguiente planeación y ejecución de los cuidados que se deben brindar, para una posterior evaluación que determinara su efectividad; siendo invaluable en el campo geronto-geriátrico ante el poco y reciente abordaje en el área y que servirá para las próximas generaciones de especialistas para dar continuidad a esta línea de trabajo.

II. OBJETIVOS

2.1 General

Desarrollar un plan de cuidados biopsicosocial para el adulto mayor ambulatorio con diagnóstico enfermero de “síndrome de fragilidad del anciano” relacionado con cardiopatía isquémica.

2.2 Específicos

- Mostrar el marco teórico que sustenta el plan de cuidados para el abordaje del diagnóstico de enfermería de síndrome de fragilidad del anciano.
- Articular la valoración de enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon con los componentes de la valoración básica geriátrica.
- Desarrollar planes de cuidados de enfermería complementarios de tipo psicosocial hacia el adulto mayor con el diagnóstico de síndrome de fragilidad del anciano
- Determinar los criterios de resultado relacionados con los diagnósticos identificados.
- Fundamentar las intervenciones de enfermería para el abordaje de los diagnósticos identificados.

III. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2012 murieron en el mundo 56 millones de personas, de las cuales las enfermedades no transmisibles causaron más de 68% de las muertes en el mundo, lo que representa un aumento por comparación con el 60% registrado en el año 2000. Las cuatro entidades nosológicas principales de este grupo son: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las neumopatías crónicas, de estas, 7,4 millones se atribuyeron a la cardiopatía isquémica; en los países de ingresos altos, 7 de cada 10 muertes ocurren en personas de 70 años o más debido a esta condición¹.

El panorama para América Latina es similar, ya que las enfermedades del aparato circulatorio representan aproximadamente 20% del total de las defunciones; el porcentaje más alto entre las causas principales de defunción en los países de la región son: la cardiopatía isquémica y la enfermedad vascular cerebral;⁵ siendo la población adulta mayor de origen latinoamericano quienes tienen el riesgo incrementado para el desarrollo de fragilidad, debido a las deficientes condiciones socioeconómicas con las que crecieron en la infancia como lo es la pobreza, malnutrición y en general a malas condiciones de salud, que se perpetúan en la adultez por una mala educación, empleos de gran esfuerzo físico, con malas condiciones laborales y mal remunerados.⁶

Ya en México en el lapso de 2000-2007 el 27% de las muertes se debieron a cardiopatía isquémica. En este periodo, la tasa cruda de mortalidad se incrementó, ya que en 2000 fue de 44.7 y para 2007 se ubicó en 51.5. Los hombres presentaron mayor mortalidad en relación con las mujeres y los que no tuvieron actividad laboral, principalmente jubilados y pensionados, fueron quienes presentaron mayor mortalidad.⁷

A nivel Estatal, en San Luis Potosí, los registros de Secretaría de Salud (SSA) en 2011 muestran las principales patologías crónico degenerativas que aqueja a la población adulta mayor, por fuente de notificación son hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, tumores malignos, enfermedades isquémicas del corazón, así como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, encontrándose dentro de las primeras cuatro morbilidades, la cardiopatía isquémica; datos que coinciden con las cifras a nivel mundial.⁸

Bajo estos antecedentes estadísticos, la investigación científica se ha encargado de abordar desde distintas perspectivas la cardiopatía isquémica: encontrando resultados relacionados con el comportamiento de la mortalidad y sus variables, las consideraciones para el abordaje del adulto mayor, manejo de enfermedades crónicas y sus complicaciones así como los mecanismos del envejecimiento cardiovascular.⁹

Otro acercamiento ha sido por parte de la disciplina de Enfermería, donde se han encontrado estudios relacionados con la educación del paciente, *"La educación que se imparte al paciente con afección cardiovascular tiene como propósito beneficiarlo a través de la prevención y promoción de la salud"*¹⁰, la valoración del dolor al paciente con afección cardiovascular; así como sus variables implicadas como el estado de ánimo, estrés y ansiedad¹¹; otros estudios se han enfocado a determinar los diagnósticos de enfermería más frecuentes encontrados en la persona con afección cardiovascular¹², si bien, ya se tienen antecedentes por parte de enfermería para el abordaje de esta condición, resuena en ellos la particularidad de que estos acercamientos solo han sido hacia el paciente mayor que se encuentra hospitalizado.

Con la revisión de estos estudios, es evidente la ausencia de propuestas de cuidado al adulto mayor con el diagnóstico enfermero de síndrome de fragilidad, que se dan como resultado de la interacción de múltiples factores

que van de los generales y sociodemográficos como lo son la edad avanzada, la baja escolaridad, los ingresos familiares bajos, así como no tener una adecuada percepción de salud, en relación con la presencia de problemas médicos de tipo agudo y estresante como la cardiopatía isquémica, generando una disfunción de la red fisiológica que mantiene la homeostasis biológica⁷; por lo que es pertinente la generación de trabajos de investigación documental que tengan repercusión inmediata en el cuidado al adulto mayor, a través del abordaje integral por parte del personal de enfermería especialista en cuidado geronto-geriátrico, en donde se valore a la persona de manera integral, se implementen cuidados y educación al paciente y se integre a la familia dentro del cuidado.

El abordaje del cuidado del adulto mayor con cardiopatía isquémica cobra especial interés ya que se suma la condición patológica a los distintos cambios anatomofisiológicos, los cuales se traducen en disminución de la capacidad funcional de los diferentes sistemas, condicionándolos a un deterioro de la calidad de vida¹³ contribuyendo a un decline funcional y al desarrollo de fragilidad en el adulto mayor al afectar el aporte de oxígeno al tejido muscular; por lo tanto, la fragilidad y el decline funcional se vuelven predictores importantes de mortalidad en los adultos mayores con cardiopatía isquémica.^{3 14}

En este sentido, el profesional de enfermería Geronto-geriátrico tiene un lugar elemental para el cuidado ambulatorio de ese tipo de población, en donde se centre el cuidado en la atención integral y continua de la salud con el objetivo de mejorar su calidad de vida, término que, en el caso de las personas mayores, está íntimamente relacionado con su capacidad funcional,⁴ cobrando importancia la asistencia de la enfermera Geronto-geriátrica para la prevención de la dependencia, manteniendo al adulto mayor en su domicilio, bajo un ambiente confortable y respondiendo a sus necesidades en los diferentes momentos de su evolución, a través del

conjunto de acciones, niveles de ayuda y soporte médico, brindando atención especializada con el fin de promover la máxima calidad de la atención y reduciendo los costes de la atención a los adultos mayores en su variedad de contextos, teniendo como base la capacidad específica de poder diferenciar lo normal de manifestaciones anómalas, evaluando la situación física, emocional, mental, social, espiritual y funcional, involucrando al adulto mayor en todos los aspectos de su atención en medida de sus posibilidades, individualizando la planificación de la aplicación de los cuidados, identificando y reduciendo los riesgos, promoviendo y protegiendo los derechos de las personas mayores, respetando siempre las preferencias derivadas de su cultura.¹⁵

Para lograr lo anterior, el profesional de enfermería parte del método sistematizado denominado Proceso Enfermero el cual, con base en la sustentación científica a través de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la Nursing Interventions Classification (NIC) y la Nursing Outcomes Classification (NOC) se logra el desarrollo del cuidado de enfermería, en un lenguaje estandarizado, al pensar cuidadosamente en los beneficios esperados y los obtenidos realmente, lo que establece una pauta para seguir los cambios en el estado de salud del paciente de manera objetiva^{16, 17}.

IV. METODOLOGÍA

El presente trabajo surge ante el interés de ver la trascendencia demográfica de la población adulta mayor y la marcada tendencia hacia el aumento en la esperanza de vida, ocasionando con esto una alta prevalencia de morbimortalidad de adultos mayores con enfermedades no transmisibles, requiriendo de cuidados ambulatorios ante la susceptibilidad del desarrollo de un síndrome de fragilidad; ante ello, se llevó a cabo un trabajo de carácter documental en donde primó la selección de artículos científicos recientes de 5 años a la fecha para su fundamentación; la búsqueda de material científico se realizó a través de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DEC'S) como: adulto mayor, fragilidad, cardiopatía isquémica, envejecimiento, enfermería y cuidado, en las bases de datos: Scielo, Science Direct, Medigraphic, Inger, EBSCO; esta búsqueda estuvo apoyada por el Centro de Recursos Académicos Informáticos Virtuales (CREATIVA), plataforma tecnológica de la biblioteca universitaria de la UASLP. De manera adicional, se realizaron búsquedas en textos impresos relacionados con enfermería geriátrica, enfermería gerontológica, gerontología y geriatría, con la revisión de la edición más reciente, generando con esto la propuesta del proceso de cuidado de enfermería en sus cinco etapas a partir de la valoración de enfermería de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon así como de las áreas de la valoración básica geriátrica incluyendo instrumentos de valoración de uso común y acorde a la población mexicana; los diagnósticos son tomados de los propuestos por la NANDA; la planeación a partir de los criterios de resultado que presenta la NOC y las intervenciones sugeridas por la NIC. Posteriormente se procedió con la entrega a los lectores expertos en el área disciplinar y de especialidad para que con su revisión y sugerencias se contribuyera a la retroalimentación y con ello lograr una cohesión y mejora del presente trabajo.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Envejecimiento

El envejecimiento normal o fisiológico está más cerca de la salud que de la enfermedad, que se caracteriza por un continuo y predecible cambio; el envejecimiento como proceso natural no es deteriorante patológico, aunque los cambios se asocian a una mayor susceptibilidad de enfermedades. Con el tiempo se modifican muchos procesos biológicos que comprenden los cambios orgánicos estructurales y funcionales, siendo en el ser humano a nivel macroscópico y microscópico.¹⁸

En la esfera cognoscitiva, la capacidad de aprender, pensar y la capacidad psicoafectiva se ven alteradas con efectos en la personalidad, así como en el afecto. La capacidad de adaptarse a las transformaciones que se presentan, como son las pérdidas y las modificaciones del medio, a lo largo de la existencia (capacidad de adaptación), forzosamente se alteran con la edad,¹⁹ ello hace que el pensamiento individual sea diferente en las distintas etapas de la vida.

Desde el punto de vista social, el adulto mayor debe cambiar su papel considerado normal en la evolución del ser humano en sus diferentes etapas¹⁹, hay factores perjudiciales, los cuales representan a las funciones que se alteran o se reducen en los órganos y sistemas; progresivos, que tienen lugar a través del tiempo y en general son secuenciales; intrínsecos, que provienen del interior de la célula y no son modificables por el ambiente, y universales, que todos los miembros de la misma especie van a presentarlos; el envejecimiento es un proceso normal, por tanto, la presencia de enfermedades debe considerarse como anormal.¹⁹

5.1.1 Tipología del Adulto Mayor

Anciano sano: se trata de una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud.²⁰

Anciano enfermo: es aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales.²⁰

Anciano frágil: es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar. El hecho principal que define al anciano frágil es que, siendo independiente, tiene alto riesgo de volverse dependiente.²¹

Paciente geriátrico: es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social. En otras palabras, podría decirse que el llamado paciente geriátrico es el anciano en quien el equilibrio entre sus necesidades y la capacidad del entorno de cubrirlas se ha roto y el paciente se ha vuelto dependiente y con discapacidad.²¹

5.2 Envejecimiento cardiovascular

El envejecimiento suele relacionarse con importantes cambios morfológicos y fisiológicos en todos los tejidos del sistema cardiovascular que pueden influir en la epidemiología, las características clínicas, la respuesta al tratamiento y el pronóstico de las diversas condiciones patológicas, estos cambios reducen en grado considerable la reserva cardiovascular, lo cual supone una declinación progresiva del desempeño cardíaco y predispone a un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares, implicando una serie de cambios que se asocia a una reducción de la distensibilidad de las arterias centrales debida a diversas alteraciones relacionadas con la edad en los componentes estructurales de la arteria y su conocimiento permite comprender las diferencias fisiopatológicas entre los adultos mayores y el resto de la población adulta; los cambios asociados al envejecimiento son múltiples por la elevada prevalencia de sus alteraciones, como por las consecuencias funcionales que ellas tienen.²²

5.2.1 Fisiología vascular

El envejecimiento normal se asocia a una reducción de la distensibilidad de las arterias centrales, ya que los ancianos presentan mayor cantidad de colágeno en la pared arterial, que genera resistencia a la degradación y al recambio ordinario.²³ La regulación de aumento de la elastasa relacionado con la edad da lugar a menor cantidad de elastina en las arterias centrales, con la consiguiente reducción de la retracción elástica y la distensibilidad. Además de las alteraciones estructurales, la función del endotelio en los vasos envejecidos es anormal, con una reducción de la producción óxido nítrico (NO) que da lugar a una disminución de la dilatación dependiente de éste.²⁴

Hemodinámicamente se refleja con el aumento de la presión sistólica, la presión de pulso y de la velocidad de la onda pulso en todo el árbol arterial.

La repercusión ventricular se caracteriza por incremento de su masa, hipertrofia concéntrica y grados variables de disfunción diastólica.²⁵

5.2.2 Fisiología cardíaca

En el envejecimiento cardiovascular existe un acoplamiento ventriculovascular que se combinan para alcanzar una estabilidad del gasto cardíaco en reposo a una edad avanzada; sin embargo, estos cambios deterioran la capacidad del sistema cardiovascular de acomodar la tensión, es decir, reducen la reserva cardíaca.²⁶ En los adultos mayores, el gasto cardíaco y el índice en reposo son normales, pero no aumentan durante el ejercicio y la tensión de manera tan significativa como en el paciente de menor edad, debido a diversos factores, entre los que se encuentra la reducción de la capacidad de respuesta beta adrenérgica.²⁷

5.2.3 Electrofisiología

El sistema de conducción sufre fibrosis progresiva a medida que el corazón envejece.²⁸ La degeneración normal del nódulo y la reducción de la capacidad de respuesta a la estimulación simpática y parasimpática hacen que las frecuencias cardíacas en reposo sean menores en los adultos mayores y que la frecuencia cardíaca máxima alcanzada con el ejercicio también sea menor.²⁹

5.2.4 Cambios electrocardiográficos

Aunque se recomienda practicar un Electrocardiograma (ECG) a todos los pacientes con cardiopatía posible o confirmada, esta prueba rara vez permite establecer un diagnóstico específico, salvo la identificación de arritmias e infarto agudo de miocardio. La variedad de hallazgos electrocardiográficos normales es muy amplia y el trazo se modifica de forma significativa por factores no cardíacos, como la edad, la constitución corporal y las concentraciones séricas de electrolitos, aunque se han observado que las

principales anormalidades electrocardiográficas más encontradas son de las ondas Q, anomalías en la onda T y segmento ST, hipertrofia ventricular izquierda, bloqueos de rama y fibrilación atrial. Sin embargo estas anomalías electrocardiográficas varían en cada paciente, según raza y sexo; el diagnóstico de la cardiopatía isquémica puede ser difícil debido a las diferentes formas de presentación en cada paciente, así como la presencia de síntomas atípicos principalmente en adultos mayores, por lo que en esta población la insuficiencia cardíaca puede ser subdiagnosticada y de ahí la importancia de la utilización adecuada de los estudios de gabinete.³⁰

5.3 Cardiopatía isquémica

La cardiopatía isquémica (CI) es el resultado de una pérdida del balance entre el aporte y la demanda de oxígeno, esta isquemia se puede relacionar con varias alteraciones fisiológicas y patológicas en el paciente adulto mayor. Los cambios en el flujo coronario producirán cambios isquémicos. La CI se caracteriza generalmente por episodios de desajuste reversible de demanda/aporte que normalmente son inducidos por el ejercicio, el estado emocional o el estrés y son reproducibles, aunque también pueden ocurrir espontáneamente.³¹

La isquemia miocárdica y la hipoxia están causadas por un transitorio desequilibrio entre el aporte sanguíneo y la demanda metabólica. Las consecuencias de la isquemia ocurren en una secuencia temporal previsible que incluye:

1. Aumento de las concentraciones de hidrogeno (H+) y potasio (K+) en la sangre venosa que drena el territorio isquémico.
2. Signos de disfunción ventricular diastólica, y después sistólica, con alteración de la motilidad regional de la pared vascular.
3. Aparición de cambios en el segmento ST-T.
4. Dolor cardíaco de origen isquémico (angina).³²

Esta enfermedad engloba varios grupos de pacientes:

- a) Pacientes con angina pectoris estable u otros síntomas, como la disnea, que indican la presencia de cardiopatía isquémica.
- b) Pacientes con síntomas previos y diagnóstico de CI obstructiva o no obstructiva que están asintomáticos por el tratamiento y requieren un seguimiento periódico.
- c) Pacientes que refieren síntomas por primera vez y se cree que podrían deberse a un estado estable y crónico de la enfermedad³³ y sus distintas presentaciones clínicas se asocian a distintos mecanismos subyacentes, entre ellos: obstrucción de arterias epicárdicas relacionada con la placa,

espasmo focal o difuso de arterias normales o con enfermedad aterosclerótica y disfunción microvascular.

d) Disfunción ventricular izquierda causada por necrosis miocárdica aguda previa o hibernación (miocardiopatía isquémica).³²

5.3.1 Signos y síntomas

Las características del malestar relacionado con la isquemia miocárdica pueden dividirse en cuatro categorías: localización, carácter, duración y relación con el esfuerzo u otros factores de exacerbación o de alivio. El malestar causado por la isquemia miocárdica se suele localizar en el pecho, cerca del esternón, pero también puede sentirse en otras partes del cuerpo, como la zona epigástrica hasta la mandíbula inferior o la dentadura, entre los omoplatos o en uno de los brazos hasta la muñeca y los dedos. El malestar se describe frecuentemente como una opresión, angustia o pesadez en el pecho, y en otras ocasiones como una sensación de ahogo, de dolor punzante o quemazón.³⁴

5.3.2 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico en el paciente adulto mayor tiene dificultades debido a trastornos en la farmacocinética, el volumen circulante, las alteraciones del metabolismo de los fármacos, disfunción hepática y renal, su unión a las proteínas plasmáticas y cambios en el tono simpático, entre otros; ante ello se debe de tener especial cuidado y monitorización ante su posología; algunos de los fármacos que se emplean de manera cotidiana en el paciente adulto mayor son:

Antiagregante plaquetario

La utilización de antiplaquetarios como el ácido acetilsalicílico, inhibidor de la ciclooxigenasa I en el interior de las plaquetas, puede reducir la incidencia de infarto agudo de miocardio y la mortalidad vascular, siendo sus principales

contraindicaciones son la intolerancia gástrica, alergia, sangrado activo y la hipertensión arterial sistémica grave descontrolada.³⁵

Nitratos

Los nitratos son muy eficaces en las obstrucciones coronarias fijas y en las que existe un efecto vasoconstrictor. Los principales efectos de los nitratos son la reducción de la precarga, del estrés de la pared miocárdica y de las demandas de oxígeno del miocárdico, además de su efecto vasodilatador.

La respuesta hemodinámica a los nitratos es difícil de predecir en el paciente anciano, ya que tiene cambios en el sistema simpático-parasimpático, reducción del volumen plasmático circulante, y depresión de reflejos.³⁶

Agentes β bloqueadores

Su modo de acción se relaciona con la disminución de la frecuencia cardiaca y de la contractilidad miocárdica, lo que produce reducción del trabajo miocárdico y por lo tanto del consumo de oxígeno. Aumentan la liberación de oxígeno tisular y en los pacientes adultos mayores debe tomarse en cuenta que prolonga la diástole al aumentar el periodo de llenado diastólico ventricular y coronario. Estos efectos son más marcados en el adulto mayor, ya que ambos suelen estar muy alterados. Debe tenerse especial cuidado, en el paciente adulto mayor, ya que al tratarse de fármacos que reducen el gasto cardiaco, un error en la toma de los mismos puede producir alteraciones hemodinámicas graves.³⁶

Antagonistas de los canales del calcio

Los inhibidores de los canales del calcio son muy eficaces en el tratamiento de la isquemia miocárdica de reposo y esfuerzo. Son muy eficaces en el paciente anciano. Disminuyen la presión arterial sin producir hipotensión ortostática, controlan la angina y mejoran la tolerancia al esfuerzo sobre todo

en pacientes con angina estable. Pueden aumentar el flujo hepático, lo que podría incrementar su vida media.³⁷

5.3.3 Rehabilitación Cardíaca

El objetivo fundamental de la rehabilitación cardíaca es el incremento en la calidad de vida de los enfermos y, si fuera posible, mejorar el pronóstico. Para ello, se precisa el trabajo coordinado de distintas especialidades médicas y de actuaciones multidisciplinares.

Las de índole psicosocial incidirán de forma preferente en la calidad de vida del paciente, las pautas de control de los factores de riesgo y el entrenamiento físico también lo harán sobre el pronóstico.

El entrenamiento físico debe iniciarse con sesiones de muy corta duración, y frecuentes intervalos de descanso. La progresión en lo que se refiere a duración e intensidad de los ejercicios será muy lenta, no estando contraindicados los efectuados con pesas ligeras con el fin de potenciar la musculatura habitualmente deteriorada por el sedentarismo. Dada la dificultad de los adultos mayores para perder calor, deberán estar muy controladas la temperatura y la humedad.

En estos enfermos, será necesario tener en cuenta los efectos no deseados de la toma de medicación más reiterada, la mayor proporción de patologías asociadas, o la posible presencia de isquemia silenciosa o de arritmias, que obligan a controles clínicos y telemétricos más intensos y prolongados.

Los aspectos psicosociales tienen suma importancia ya que se ha descrito una mayor prevalencia de depresión y ansiedad, que se acentúan por encima de los 75 años.³⁸

Está demostrado que el ejercicio mejora la capacidad física, aumentando el consumo de oxígeno, lo cual tiene efecto pronóstico. Además, actuará sobre la aparición y progresión de la aterosclerosis, mediante el control de los factores de riesgo, y mediante su efecto sobre el endotelio y sobre los factores de inflamación. Sus acciones sobre el sistema sanguíneo

disminuirán la posibilidad de aterotrombosis. Se han demostrado también acciones sobre el sistema nervioso autónomo, disminuyendo la muerte súbita. Por otra parte, desde hace décadas se investiga sobre su efecto en la formación de circulación colateral y de nuevos vasos.³⁹

El corazón y el sistema cardiovascular soportan una sobrecarga durante la práctica de ejercicio, por lo que sufrirán modificaciones para adaptarse. Las principales adaptaciones a ese nivel son el aumento del gasto cardíaco y del consumo de oxígeno, el incremento del retorno venoso, el aumento de la contractilidad del miocardio y la disminución de las resistencias periféricas. El entrenamiento aeróbico consigue el aumento de la capacidad máxima de ejercicio o consumo máximo de oxígeno (VO_2 máx.), al aumentar el volumen sistólico y la diferencia arteriovenosa de oxígeno. La magnitud de tal aumento depende de varios factores: edad, capacidad física previa y tipo de ejercicio. En pacientes con cardiopatía isquémica, también se produce un aumento del VO_2 máxima, pero los mecanismos de adaptación pueden ser algo diferentes en función de la gravedad del daño miocárdico. Así, en pacientes con importante disfunción ventricular, el incremento de la diferencia arteriovenosa de oxígeno parece fundamental, sin olvidarnos tampoco de que, para un mismo nivel de esfuerzo, el entrenamiento va a producir un descenso en la demanda miocárdica de oxígeno al disminuir la frecuencia cardíaca y la presión arterial sistólica.⁴⁰

5.4 Valoración de enfermería en el adulto mayor

El actuar del profesional de enfermería se sustenta en la aplicación de un método sistemático que le permite identificar, mediante la valoración las necesidades que se encuentran alteradas en la persona,⁴¹ siendo la primera etapa del método de trabajo para llevar a cabo todas sus acciones de una forma metodológica y científica siendo un proceso planificado, continuo y deliberado, de recogida e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud que el adulto mayor está viviendo, así como su respuesta humana a ella. La atención a los adultos mayores no debe de ser distinta a la del resto de las personas, siendo un acto importante y revestido de una enorme responsabilidad, pues constituye un requisito imprescindible para el correcto cuidado de éste.⁴²

5.5 Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon

Percepción-manejo de salud

Describe el patrón que percibe el usuario respecto a la salud y bienestar, y la importancia que esto tiene para la realización de las actividades actuales y en los planes a futuro. De igual forma incluye la prevención de riesgos para la salud, adherencia a actividades de promoción de la salud física y mental, prescripciones y seguimiento de cuidados.⁴³

El enfoque de los problemas asociados al envejecimiento, se hace considerando que este grupo de edad que presenta en menor o mayor grado una modificación en las funciones fisiológicas, una menor capacidad de adaptación a los esfuerzos físicos, un aumento en la predisposición al estrés y una mayor frecuencia de enfermedades crónicas y discapacidades, a lo que hay que sumar variables sociales como la jubilación, la pérdida del rol social, la viudedad, la soledad, etc.⁴⁴

Nutricional metabólico

Aquí se describen los patrones de consumo de alimentos y líquidos relativos a las necesidades metabólicas y los patrones de provisión restringida de nutrientes. Se incluyen las horas de comida, los tipos y cantidad de alimentos, las preferencias particulares y el uso de suplementos dietéticos y vitamínicos. Se incluyen también peso, talla, temperatura corporal, características y condiciones de pelo, uñas, membranas, mucosas, dientes y piel, así como cualquier lesión y su capacidad de cicatrización. Por lo que el personal de enfermería debe de investigar en busca de patrones que indiquen alteraciones nutricionales y de líquidos o alteraciones en la discontinuidad de la piel.⁴³

Las personas de edad avanzada tienen necesidades específicas nutricionales. Alimentarse y nutrirse bien es una condición esencial para mantener la salud. Se deben tener en cuenta los problemas sociales, el nivel de dependencia, las patologías asociadas, el lugar y tipo de residencia, y los conocimientos de que disponen, como causas predisponentes, que pueden originar importantes problemas de salud y bienestar, ya que es mayor la repercusión que tienen los problemas sociales con la alimentación: tanto los hábitos alimentarios relacionados con costumbres familiares y trayectoria de vida, unidos a las condiciones socioeconómicas, contribuyen en ocasiones a desequilibrios en la nutrición.⁴⁴

Eliminación

Describe la función excretora (intestino, vejiga y piel). Incluye la regularidad percibida por el individuo, el uso sistemático de laxantes y cualquier cambio o alteración en el patrón del tiempo, forma, calidad o cantidad de la excreción. Las descripciones subjetivas, los problemas percibidos por el paciente u otros, las explicaciones al problema, las acciones llevadas a cabo para

remediarlo, y los efectos percibidos por esas acciones son los datos de interés.⁴³

El envejecimiento fisiológico comporta una serie de cambios anatómicos y funcionales que además pueden verse favorecidos por la presencia de pluripatología, unida a la polifarmacia y las modificaciones físicas y mentales, junto con los factores ambientales relacionados con el medio donde vive el adulto mayor.⁴⁴

Actividad-ejercicio

Describe el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo. Incluye los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria. También están incluidos el tipo, la cantidad y calidad del ejercicio en patrón típico e incluyen los factores que interfieren con el patrón deseado, tomando en cuenta cuestiones cardiopulmonares. El movimiento es uno de los patrones funcionales más importantes. Permite a las personas controlar su entorno físico más inmediato. La valoración de los patrones de actividad permitirá la detección y prevención de mayores pérdidas funcionales o compensarlas.⁴³

Para que exista un buen funcionamiento físico en el adulto mayor, es necesario mantener la capacidad de integrar las habilidades motoras necesarias para realizar las actividades de autocuidado y para la realización de actividades de la vida diaria. Durante el envejecimiento, los huesos, músculos y superficies articulares sufren cambios significativos que van a condicionar su autonomía, por lo que la capacidad del adulto mayor dependerá en gran parte de la eficacia de la locomoción.⁴⁴

Sueño-descanso

Incluye los patrones de sueño y los periodos de descanso durante las 24 horas, la percepción de la calidad y cantidad de sueño, así como del nivel de

energía, incluyéndose las ayudas para dormir o la rutina empleada en la higiene del sueño. Si se perciben problemas por parte del paciente u otros, deben valorarse las explicaciones y acciones llevadas a cabo, así como sus efectos. La valoración debe incluir el comienzo del sueño, la interrupción o los patrones de despertar temprano o sueño invertido que no deben pasar por alto por su efecto en la calidad de vida.⁴³

El número de neuronas disminuye conforme pasan los años y pueden verse afectados tanto los aspectos sensoriales como los motores del sistema nervioso central (SNC). La eficacia de los neurotransmisores desciende gradualmente, alterando los procesos relacionados con el inicio y mantenimiento del sueño, siendo estas modificaciones fisiológicas las que provocan, a menudo, una alteración de los patrones de descanso y sueño, contemplando también las diferentes interferencias añadidas como problemas respiratorios, enfermedades que produzcan dolor, problemas gastrointestinales, trastornos depresivos, determinado consumo de fármacos, cambios en el estilo de vida, aislamiento en las actividades sociales, entre otras.⁴⁴

Cognitivo-perceptual

Describe los patrones sensorio-perceptuales y cognitivos. Incluye la adecuación de órganos de los sentidos, como la vista, el oído, el gusto, el tacto o el olfato, y la compensación de prótesis utilizada para hacer frente a los trastornos, además de incluirse las manifestaciones del dolor y su tratamiento, también se describen las habilidades cognitivas funcionales como el lenguaje, la memoria el juicio y la toma de decisiones. Los datos en este patrón son críticos para futuras intervenciones de enfermería, previniendo el déficit y ayudar a las personas a compensar las pérdidas.⁴³

En este patrón existen cambios sensoperceptuales, incluyendo el cerebro, disminuyendo en tamaño y peso, habiendo mayores bolsas de fluido, con lo

que se puede sospechar que a mayor cantidad de estas bolsas, más probabilidades hay de sufrir un trastorno mental; existiendo también cambios en el ojo, oído, olfato, gusto y tacto, que generan una alteración en la percepción del entorno, así mismo se presentan cambios cognitivos del envejecimiento normal, que pueden incluir el lenguaje (dificultad para nombrar objetos y personas), la consciencia que nos ayuda a percibir estímulos externos e internos, interpretarlos y responder a ellos, la atención que parte de un nivel de consciencia concreta, ya que solo se consigue cuando la persona está concentrada y orientada, y por último la memoria donde intervienen los órganos de los sentidos, transformándola en información que puede mantenerse o no, a lo que se le llama memoria largo o corto plazo, siendo capaz el adulto mayor de aprender y participar en nuevas ideas si es que se le ejercita mentalmente.⁴⁴

Autopercepción-autoconcepto

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes y la percepción de capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general, incluyendo el patrón de postura corporal, movimiento, contacto visual y patrones de voz y conversación. Las personas tienen percepciones y conceptos de sí mismos, como la imagen corporal, social, autocompetencia y estados de humor subjetivos. La evaluación negativa del propio ser produce malestar personal y también pueden influir en otros patrones funcionales. Los cambios, las pérdidas y amenazas son factores comunes que pueden influir de forma negativa en el autoconcepto. En la valoración generalmente esto no es efectivo (exacta y minuciosa) ya que las personas tienden a no mostrar sentimientos personales a no ser que la enfermera haya establecido ya una atmósfera de empatía y de no enjuiciamiento.⁴³

La actitud es quien representa la forma de estar, aceptar y/o enfrentarse a algo, teniendo una gran influencia en la conducta durante toda la vida y al llegar a la vejez su influencia es todavía mayor, ya que se van produciendo cambios importantes: biológicos, familiares, sociales, laborales, etc., y lógicamente la adhesión a un tipo de actitud u otro va a depender además de las experiencias y vivencias experimentadas a lo largo de la vida y que el concepto de sí mismo va a modificarse en función del espacio social en que se encuentre la persona mayor, y de cómo la sociedad a la que pertenece se encarga de representarlos y considerarlos, ya sea de forma negativa a través de estereotipos existentes, o bien de forma positiva, preocupándose por sus necesidades.⁴⁴

Rol-relaciones

Describe el patrón de compromisos de rol y relaciones. Incluye la percepción de los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del usuario. Están incluidos la satisfacción o las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles. La valoración del patrón de relaciones es describir los roles familiares y sociales del usuario, así como su percepción en cuanto a sus patrones de relaciones (satisfactorias e insatisfactorias) y se deben obtener los problemas percibidos, si existen, la causa percibida, las acciones llevadas a cabo y los efectos de dichas acciones.⁴³

Siendo los cambios en la familia lo que va a repercutir en la vejez, ya sea por la estructura de la misma o su composición, variando el rol en función del grado de independencia que presenta el adulto mayor.⁴⁴

Sexualidad-reproducción

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad, incluyendo la satisfacción percibida o las alteraciones de la sexualidad o en

las relaciones sexuales y la presencia menopausia o posmenopausia y los problemas percibidos. Y el principal objetivo de la valoración es describir la percepción de problemas reales o potenciales, teniendo en cuenta factores contribuyentes, las acciones llevadas a cabo y el efecto percibido de estas acciones.⁴³

Los adultos mayores permanecen como seres sexuales, pero su actividad sexual normal puede verse dificultada por algunos problemas fisiológicos y orgánicos acumulados, aunque sus deseos sexuales y sus necesidades de afecto continúan y solo se ha comprobado que las reacciones a los estímulos eróticos son más raras, más lentas o inexistentes, el sujeto consigue con mayor dificultad el orgasmo o no logra conseguirlo.⁴⁴

Adaptación-tolerancia al estrés

Describe el patrón general de adaptación y la efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva o capacidad para resistir los cambios en la propia integridad, formas de tratar el estrés, sistemas de apoyo familiar o de otro tipo y la habilidad percibida para controlar y dirigir situaciones. El objetivo de la valoración es describir la tolerancia al estrés y el patrón de adaptación del usuario y se debe profundizar en los sistemas de apoyo disponibles.⁴³

Las personas responden de forma diferente a los acontecimientos, va a depender de la percepción de uno mismo ante una situación, los acontecimientos vividos como amenazantes y el nivel de estrés previamente experimentado, que genera un descenso de la inmunidad y este con la depresión. El objetivo será procurar el máximo bienestar en la vida del adulto mayor, que abarque tanto los componentes físicos como los psicológicos y socioculturales.⁴⁴

Valores-creencias

Describe los patrones de valores, resultados o creencias (incluyendo las espirituales) que guían las elecciones o decisiones. Incluye lo que es percibido como importante en la vida y cualquier percepción de conflicto en los valores, creencias o expectativas relativas a la salud. El objetivo en la valoración es entender la base de las acciones relativas a la salud y las acciones; esta comprensión aumenta la sensibilidad hacia conflictos de valores-creencias.⁴³

Cada persona necesita sentirse integrada y representada dentro de un grupo social, donde la escala de valores, las creencias y el sentido espiritual adscrito a su vida sea semejante o se encuentre dentro de los márgenes que de forma individual cada uno marca. La adhesión a una forma de vida y la pertenencia a una religión concreta influyen en los actos y decisiones de la persona. Existiendo múltiples miedos relacionados a las pérdidas, principalmente al de la vida, la esperanza, al dolor y a los procedimientos sanitarios, situaciones que se deben enfrentar con serenidad y entendimiento de los procesos de las etapas de la vida.⁴⁴

5.6 Valoración básica geriátrica

La valoración básica geriátrica es la máxima expresión de la aplicación del método clínico en los adultos mayores, siendo el instrumento fundamental para la medición de la salud. Se define como la valoración y detección de carácter multidisciplinario e interdisciplinario del déficit o problemas en las esferas clínica-médica, funcional, mental y social, con el fin de conseguir un plan racional, exhaustivo e integrado de tratamiento y seguimiento a corto, mediano o largo plazo, así como la óptima utilización de los recursos necesarios para afrontarlos.⁴⁵ Es considerada la herramienta o metodología fundamental de diagnóstico en que se basa la clínica geriátrica en todos los niveles asistenciales, define la configuración de la historia clínica para aquellos que atienden a esta población. El bienestar en los adultos mayores depende de su capacidad funcional así como de las condiciones de vida que les ofrezca el medio donde se desenvuelven, exigiendo la satisfacción de sus crecientes necesidades psicológicas, socioeconómicas, biológicas y funcionales, factores que tienen una indisoluble interrelación en la producción del proceso patológico.⁴⁵

Evaluación clínica

Se desarrollan los tres pasos de la historia clínica clásica: anamnesis, examen físico y exámenes complementarios. Se describen y analizan de manera independiente las enfermedades crónicas y se busca la presencia de procesos agudos. Esta evaluación es compleja por la forma atípica e inespecífica de presentación de las enfermedades en los adultos mayores.⁴⁶ La comorbilidad frecuente en los adultos mayores, así como la presencia de manifestaciones clínicas que él y sus familiares no consideran de interés por hacerlos dependientes al proceso normal de envejecimiento, impiden determinar con precisión la causa subyacente.⁴⁷

Es necesario efectuar una historia farmacológica lo más completa posible por el alto riesgo de iatrogenia de los adultos mayores. Ello se debe a la polifarmacia y los cambios producidos durante el proceso de envejecimiento que afectan la farmacocinética y farmacodinámica de los medicamentos, por ello son frecuentes los efectos secundarios y las reacciones adversas.⁴⁸

El examen físico no difiere del que se realiza habitualmente en pacientes de cualquier edad pero necesita más tiempo por el mayor número de hallazgos exploratorios. Es necesario valorar los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren como consecuencia del envejecimiento en los diferentes aparatos y sistemas, estos cambios no deben ser considerados patológicos en el adulto mayor.⁴⁹

La evaluación o historia nutricional es de gran valor porque un estado nutricional alterado constituye un importante factor de riesgo en los adultos mayores, este es un agravante que se asocia a numerosas enfermedades.⁵⁰

Evaluación psicológica

Consiste en determinar los trastornos de las funciones cognoscitivas o alteraciones de la esfera afectiva que repercuten negativamente en la capacidad funcional, es decir, en las actividades de la vida diaria. La evaluación de la función cognitiva incluye las actividades intelectuales a través de las que el individuo recibe, almacena y procesa la información relativa a él mismo, a los demás y al entorno (orientación, memoria, cálculo, percepción, comunicación, pensamiento, atención, lenguaje), las alteraciones cognitivas se atribuyen con frecuencia erróneamente al proceso de envejecimiento, otras veces, el paciente con un deterioro cognitivo leve o moderado ofrece una imagen lúcida e intacta desde el punto de vista intelectual, pasando su deterioro inadvertido para la familia e incluso para el personal sanitario, por lo que la prevalencia de este trastorno puede desestimarse.⁵¹ Conocer la situación cognitiva del paciente geriátrico es

importante a la hora de planificar sus cuidados y tomar decisiones, ya que un apropiado manejo puede mejorar sustancialmente la calidad de vida, reduciendo el desarrollo de complicaciones. Su valoración se realiza fundamentalmente para identificar la presencia de un deterioro que pueda afectar la capacidad de autosuficiencia del adulto mayor, generando la puesta en marcha de estudios diagnósticos clínicos, neuropsicológicos, de neuroimagen y funcionales que traten de establecer sus causas e implicaciones, estableciendo estrategias de intervención de forma precoz.⁵²

Evaluación social

Tiene como objetivo determinar los factores sociales que influyen en el estado de salud de los adultos mayores que afectan la duración, así como calidad de la vida, además de conocer su problemática social, reconociendo el apoyo inmediato brindado por los servicios sociales, la comunidad y la familia (redes de apoyo). Permitiendo identificar la relación del adulto mayor con su entorno, evaluando las relaciones humanas, el soporte material para cubrir sus necesidades físicas, psicológicas, su actividad laboral, escolaridad y recogiendo las condiciones de vida; su dinámica, estructura, convivencia (solo o acompañado), si son maltratados, su soporte social, recursos económicos, materiales, estado de la vivienda, ayuda recibida en las actividades, conocimiento y uso de los servicios de salud. Evalúa factores macrosociales y microsociales.⁵³

La posición del individuo en la sociedad se modifica en el curso de su vida y depende de factores biológicos, patrones de conducta, personalidad, papel social desempeñado y en gran medida del sistema social y el momento histórico en que se ha desarrollado.⁴

Evaluación funcional

Permite conocer el grado de independencia y autonomía de los adultos mayores. Se entiende por competencia funcional, la capacidad del individuo para llevar a cabo por sí mismo una actividad o proceso. En este dominio son estudiadas las actividades de la vida diaria (AVD), consideradas por la OMS como el indicador más importante para medir funcionabilidad en los adultos mayores. Estas incluyen:⁵⁴

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): aquellas imprescindibles para sobrevivir y proporcionan un indicio de autonomía, solamente superadas por las funciones vegetativas. Incluye la capacidad para alimentarse, movilidad, continencia esfinteriana, higiene personal y el uso del retrete. La pérdida de dos de ellas reduce en la mitad la expectativa de vida con respecto a una persona de la misma edad que las conserve. Se realizan de forma independiente cuando existe integridad física y mental para ejecutarlas, no realizándolas los que carecen de esas capacidades, los que nunca la adquirieron por condiciones físicas o mentales y los que la perdieron por lesiones, enfermedad o fragilidad. La alteración de estas funciones se produce de forma ordenada e inversa a la adquisición de las mismas en la infancia. La información derivada de estas actividades permiten desarrollar líneas predictivas funcionales relacionadas con enfermedades específicas y sus tratamientos, para describir estadios y severidad de patologías para planificar decisiones de ubicación y para establecer políticas sociales.⁵⁵
- Actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD): valoran niveles de funcionamiento más elevados y complejos. Son más útiles para detectar los primeros grados de deterioro de una persona. Mide la capacidad para realizar tareas domésticas como preparar el alimento,

uso del teléfono, ir de compras, manejar dinero, utilizar medios de transporte, manejo de medicamentos, es decir, actividades necesarias para la adaptación al entorno y llevar una vida independiente. Son el resultado de la interacción de factores físicos, cognoscitivos y emocionales, donde son incluidas las habilidades de comunicación, perceptivo motrices y de procesamiento o elaboración.⁵⁵

- Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD): exigen un amplio rango de funcionamiento. Son quizás las más interesantes por cuanto su abandono puede suponer el inicio del declive funcional, tienen el inconveniente que están muy influidas por cuestiones culturales, hábitos de vida y niveles económicos. Se evalúa relaciones interpersonales, actividades de ocio y tiempo libre, actividades religiosas y espirituales, actividades de realización políticas, socialización, productivas, cuidado de otros, transporte y viajes, actividad física y deportes, recomendándose realizar medidas no sofisticadas de fuerza y de elasticidad.⁵⁵

5.7 Fragilidad

La acumulación total de comorbilidad y la reducción de la funcionalidad y la reserva fisiológica constituyen lo que se conoce como fragilidad. La fragilidad comporta una reducción total de la capacidad de hacer frente al estrés fisiológico y aumenta la susceptibilidad a la enfermedad y la muerte.⁵⁶ La fragilidad es un síndrome clínico-biológico con base fisiopatológica en el que se produce la afectación de múltiples sistemas corporales interrelacionados, lo que determina la disminución tanto de la reserva homeostática como de la capacidad de adaptación del organismo y de la respuesta a estresores y, por tanto, un incremento de la vulnerabilidad, que es un predictor de discapacidad y predispone a la presentación de episodios adversos en salud.⁵⁷ Es un síndrome que se diferencia de los conceptos de discapacidad y comorbilidad pero que se produce de forma simultánea a ellas. En el concepto de fragilidad está implicada la alteración de múltiples dominios de función (física, psicológica, emocional, espiritual y aspectos sociales), y su evaluación es útil en el ámbito de la medicina geriátrica y en los cuidados primarios y comunitarios, pues su detección precoz permite aplicar intervenciones para su manejo y recuperación.⁵⁸ Mientras que para la enfermería es un estado de equilibrio inestable que afecta al adulto mayor que experimenta deterioro en uno o más dominios de salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad.⁵⁹

Todos estos datos hacen necesario un modelo de atención que tenga como objetivo maximizar la función y que sea capaz de detectar a estos pacientes frágiles para implementar tratamientos que retrasen la discapacidad, con el consiguiente beneficio para el paciente y para el sistema sanitario.⁶⁰

Escalas de clasificación clínica

La diferente forma de medición de la fragilidad, bien mediante el uso de índices de fragilidad de acumulación de déficits o mediante criterios de fragilidad física, ha determinado distintas prevalencias poblacionales; tal es el caso de las escalas propuestas por Fried y Ensrud (Anexo A y B); donde, independientemente del modelo empleado en la evaluación de la fragilidad, han demostrado capacidad predictiva de aparición de 8 episodios adversos geriátricos en salud que han sido: pérdida de movilidad, caídas, fracturas, discapacidad en AVD y en actividades básicas e instrumentales de la vida.⁶¹

En el mismo tenor, existe un modelo que trata de dar cuenta de manera integral de aspectos etiológicos y secundarios dados por la presencia de alguna situación específica con el adulto mayor, su estado de salud, familia y problemas relacionados con el entorno, que repercuten en cualquiera de sus diversas dimensiones.⁶¹

Dimensión biológica o física: Cambios biológicos secundarios al proceso de envejecimiento, estilo de vida, enfermedad crónica o aguda, como lo es la cardiopatía isquémica repercusiones fisiológicas como la perfusión tisular inefectiva, el exceso de volumen de líquidos, la disminución del gasto cardíaco, el deterioro del intercambio gaseoso, intolerancia a la actividad y fatiga, que por ende trae consigo el deterioro de la movilidad física, trastornos de la marcha y el equilibrio, caídas e inmovilidad, generando hospitalizaciones, desnutrición, polifarmacia, iatrogenia, discapacidad mayor e incluso minusvalía, síndromes geriátricos diversos y elementos que pueden favorecer la presentación de anomalías sucesivas.⁶¹

Dimensión psicoafectiva: Que comprenden trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, deterioro del patrón de sueño, deterioro cognoscitivo, carga

genética, duelos no resueltos, polifarmacia y efectos adversos de fármacos, comorbilidad, autopercepción de mala salud o pérdida de la salud, cambio o ausencia de un papel social o desempeño inefectivo del rol, aislamiento, soledad, institucionalización y situaciones que pueden afectar las áreas mentales o cognoscitivas.⁶¹

Dimensión mental y cognoscitiva: Degeneración del sistema nervioso central, carga genética, factores (tabaquismo, alcoholismo, dislipidemias) y enfermedades (diabetes e hipertensión arterial) reconocidos como de riesgo vascular, enfermedad cerebrovascular, escolaridad, género, antecedentes familiares que llevan a un déficit de autocuidado en el baño/higiene, vestido/acicalamiento, uso del retrete, déficit en la alimentación trayendo consigo desnutrición, pérdidas sensoriales (vista, oído), polifarmacia, ansiedad, temor, delirium, entorno poco estimulante y otros.⁶¹

Dimensión sociocultural: Pérdida o cambio de papel social, pérdida programada de la actividad laboral o jubilación, bajos ingresos económicos, diferencias generacionales acentuadas por las sociedades modernas, mitos y estereotipos respecto de la edad y el envejecimiento, bajo o nulo nivel de adaptación, entornos poco estimulantes, deterioro del mantenimiento del hogar, redes de apoyo sociofamiliar frágiles, déficit de actividades recreativas, aislamiento social, soledad, bajo nivel de socialización, desconocimiento o falta de interés para integrarse a grupos de personas mayores o de autoayuda y falta de grupos de gestión de personas mayores.⁶¹

Dimensión sociodemográfica: Edad >75 años en países en vía de desarrollo, >80 años en países desarrollados; género femenino, raza y escolaridad, vivir solo, no tener hijos, viudez, discapacidad del cónyuge,

ausencia de cuidador, colapso del cuidador, carencia de cuidados formales, condiciones de la vivienda como barreras arquitectónicas (escaleras, pasamanos, alfombras, desnivel del suelo, pisos resbaladizos, iluminación defectuosa) y ambiente urbano.⁶¹

VI. RESULTADOS

6.1 Articulación de la valoración de enfermería por patrones funcionales y valoración básica geriátrica. Datos objetivos y subjetivos a valorar

A continuación, se presenta, una tabla donde se articulan los datos a indagar con el paciente que cursa con cardiopatía isquémica, los cuales son apoyados por la valoración de enfermería y la valoración básica geriátrica; en ella se comenzará con una ficha de identificación y posterior el desarrollo de los patrones funcionales.

Tabla No. 1

Datos objetivos y subjetivos a valorar en paciente adulto mayor con cardiopatía isquémica. Articulación de la valoración de enfermería con la valoración básica geriátrica.

Datos generales:	
Nombre, edad, sexo, escolaridad, estado civil, domicilio, ocupación, teléfono, derechohabiente, grupo sanguíneo, diagnóstico médico, fecha de egreso.	
Percepción/Manejo de salud	
Antecedentes heredofamiliares <ul style="list-style-type: none"> • Cardiovasculares • Diabetes Mellitus • Convulsiones • Neoplásicos • Psiquiátricos Antecedentes personales	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción del estado de salud • Esquema de vacunación • Tratamiento Farmacológico: Dosis/ Frecuencia • Alergias • Toxicomanías • Última hospitalización

<p>patológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus • HTA • Dislipidemias • Otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha de próxima consulta • Cirugías • Transfusiones
Nutricional/Metabólico	
<ul style="list-style-type: none"> • Peso • Talla • IMC • T° • Glucemia • Ganancia o pérdida de peso • Malestar asociado a los alimentos • Nauseas • Vomito • Pirosis • Distensión • Eructos • Dispepsia • Anorexia • Polifagia • Polidipsia • Numero de comidas al día • Alimentos de preferencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos que no apetece • Ingesta de líquidos diaria <p>Cavidad bucal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edentulia parcial • Edentulia total • Uso de prótesis • Ultimo ajuste de prótesis • Xerostomía • Halitosis • Coloración de la mucosa • Características de encías • Características de conjuntivas • Características de las uñas • Características de la piel • Presencia de cicatrices • Presencia de edema • Escala de Norton úlceras por presión_____ (ver anexo C) • Mini Valoración Nutricional (MNA) Modificado_____ (ver anexo D)

Eliminación	
<p><u>Urinaria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas para orinar • Olor • Color • Frecuencia • Cantidad • Nicturia • Tenesmo vesical • Uso de sonda 	<p><u>Intestinal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patrón de defecación diario • Dificultad para la eliminación • Diarrea • Estreñimiento • Uso de laxantes • Presencia de hemorroides • Incontinencia • Uso de pañal
Actividad/Ejercicio	
<ul style="list-style-type: none"> • FC • FR • TA • SaO₂ • Llenado capilar • Fuerza para la realización de ABVD • Daniel's • Uso de aditamento para deambular • Caídas en 6 meses • Fracturas • Cifosis • Escoliosis • Lordosis 	<ul style="list-style-type: none"> • Disnea • Ortopnea • Enfermedades respiratorias • Campos pulmonares • Ruidos adventicios • Tipo de tórax • Tos • Expectoración • Ruidos cardiacos • Pulsos • Palpitaciones • Katz_____ (ver anexo E) • Lawton y Brody____(ver anexo F) • Tinetti_____ (ver anexo G) • Escala de JH Dowton riesgo de caídas_____ (ver anexo H)

Sueño/Descanso	
<ul style="list-style-type: none"> • Horas de sueño diario:_____ • Amanece descansado • Horario acostumbrado para dormir <p><u>Alteraciones del sueño:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Insomnio • Hipersomnias • Narcolepsia 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de medicamentos para dormir • Numero de almohadas • Cambios en el comportamiento a la falta de sueño • Terrores nocturnos • Siestas durante el día: ¿Cuánto tiempo?_____
Cognitivo/Perceptual	
<p>Orientación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persona • Tiempo • Espacio <p>Lenguaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Congruente • Fluido • Disartria • Dislalia <p>Dolor y sus características</p> <p>Temblores</p> <p>Tics</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anosmia • Agnosia • Disgeusia • Apraxia • Afasia • Uso de lentes • Visión periférica • Presbiacusia • Hipoacusia • Uso de aparato auditivo • Problemas de memoria • Shulman____ (ver anexo I) • Folstein____ (ver anexo J) • CAM_____ (ver anexo K)

Autopercepción/Autoconcepto	
<ul style="list-style-type: none"> • Cómo se describe así mismo • Cómo se siente estando enfermo • A quien acude cuando tiene problemas • Cómo considera su imagen corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Está a gusto consigo mismo • Postura libremente elegida • Presencia de ansiedad • Irritabilidad • Temores • Escala de depresión de Yesavage____(ver anexo L)
Rol/Relaciones	
<ul style="list-style-type: none"> • Vive solo • Con quién vive • Cómo es la relación con su familia • Cómo resuelve problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Pertenece a algún grupo social • Quién es su cuidador principal y cuántos años tiene • OARS_____ (ver anexo M) • Zaritt_____ (ver anexo N)
Sexualidad/Reproducción	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestas • Partos • Cesáreas • Abortos • Menopausia • Mastografía • Papanicolaou • Uso de estimulantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones sexuales satisfactorias • Cambios o problemas en las relaciones sexuales • Andropausia • Disfunción eréctil • Antígeno prostático específico • Hiperplasia prostática

Adaptación/Tolerancia al estrés	
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de situaciones difíciles actualmente • Cambios importantes en su vida • Abandono • Falta de actividad productiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de trabajo • Jubilación • Enfermedad • Cómo afronta los problemas • A quién cuenta sus asuntos personales con confianza • Escala de ansiedad de Hamilton____ (ver anexo Ñ)
Valores/Creencias	
<ul style="list-style-type: none"> • Qué religión profesa • Es importante la religión en su vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Qué es importante para usted en la vida • Qué opina de la muerte • Direcciones avanzadas_____

6.2 Razonamiento diagnóstico

A continuación, se muestra una tabla con las principales etiquetas diagnósticas que se pueden trabajar con el adulto mayor con cardiopatía isquémica, las cuales derivaron del análisis del marco teórico para posteriormente ser trabajadas a partir del razonamiento diagnóstico de enfermería.

Tabla No. 2
Razonamiento diagnóstico de enfermería para la identificación de posibles etiquetas diagnosticas para el paciente adulto mayor con cardiopatía isquémica

DATOS	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	PATRÓN - DOMINIO - CLASE DEFINICIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Red de apoyo frágil/ ausencia/colapso del cuidador - Declive de la funcionalidad y autonomía - Abandono/aislamiento/soledad/ viudez - Bajos ingresos económicos - Prácticas culturales/estilos de vida - Edad (más de 75 años) - Género - Jubilación - Baja escolaridad - Cambios biológicos del envejecimiento - Enfermedad crónica / comorbilidad - Polifarmacia - Inmovilidad - Síndromes geriátricos diversos - Efectos adversos a fármacos - Trastornos afectivos (depresión) - Ansiedad - Deterioro cognoscitivo - Autopercepción de la salud - Institucionalización - Factores de riesgo vasculares - Desnutrición - Delirium 	<p>Síndrome de fragilidad en el anciano</p>	<p>Patrón Percepción- Manejo de la salud</p> <p>Dominio 1: Promoción de la salud</p> <p>Clase 2: Gestión de la salud</p> <p>Definición: Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de salud (física, funcional, psicológica o social) que produce el aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Cambios morfológicos y fisiológicos del envejecimiento cardiovascular - Hipoxia - Dolor cardíaco - Disnea - Ortopnea - Tos - Arritmias - Palpitaciones - Oliguria - Variaciones en la presión arterial/ hipotensión ortostática - Llenado capilar lento - Fatiga / ansiedad - Ingurgitación yugular 	<p>Disminución del gasto cardíaco</p>	<p>Patrón Actividad-Ejercicio</p> <p>Dominio: 4 Actividad/Reposo</p> <p>Clase: 4 Respuestas cardiovasculares/ pulmonares</p> <p>Definición: Cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Cambios en el estado de salud - Enfermedad crónica - Estrés - Situación económica - Angustia - Preocupación - Temor - Trastornos del sueño - Inquietud - Aumento de la tensión arterial - Vivir solo / aislamiento - Declive de la funcionalidad y autonomía - Prácticas culturales / estilos de vida - Efectos adversos a fármacos - Auto percepción de la salud - Red de apoyo frágil / ausencia/ colapso del cuidador - Trastornos afectivos - Complejidad terapéutica 	<p>Ansiedad</p>	<p>Patrón Auto percepción-Autoconcepto</p> <p>Dominio: 9 Afrontamiento/ Tolerancia al estrés</p> <p>Clase 2: Respuestas de afrontamiento</p> <p>Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido de la persona); sentimiento de apreciación causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medias para afrontar la amenaza.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Aumento de peso en un corto periodo de tiempo - Cambios en el estado mental - Cambios en la densidad de la orina - Cambios en la presión arterial - Cambios en el patrón respiratorio - Disnea - Edema - Ingurgitación yugular - Oliguria - Ortopnea 	<p>Exceso de volumen de líquidos</p>	<p>Patrón Nutricional-Metabólico</p> <p>Dominio 2: Nutrición</p> <p>Clase 5: hidratación</p> <p>Definición: Aumento de la retención de líquidos isotónicos.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Saturación de Oxígeno inadecuada - Inmovilidad prescrita - Arritmias - Palpitaciones - Isquemias - Disnea grado I - Fatiga - Variaciones en la presión arterial - Variaciones en la frecuencia cardiaca - Diaforesis - Mareo / síncope - Debilidad 	Intolerancia a la actividad	<p>Patrón Actividad-Ejercicio</p> <p>Dominio 4: Actividad/Reposo</p> <p>Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares</p> <p>Definición: Falta de energía fisiológica o psicológica suficiente para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Estadio de la enfermedad - Aumento de los requerimientos de descanso - Disminución en la ejecución de las tareas - Cansancio - Incapacidad para mantener las ABVD - Somnolencia - Disnea - Debilidad - Incapacidad para recorrer distancias requeridas - Declive de la funcionalidad y autonomía 	Fatiga	<p>Patrón Actividad-Ejercicio</p> <p>Dominio 4: Actividad/Reposo</p> <p>Clase 3: Equilibrio de la energía</p> <p>Definición: sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Intolerancia a la actividad - Disminución de la resistencia - Limitación de la resistencia cardiovascular - Prescripción de restricción de movimiento - Enlentecimiento del movimiento - Envejecimiento muscular - Comorbilidades (problemas musculo esqueléticos) - Inestabilidad postural - Cambios en la marcha - Disnea / agitación - Incapacidad para mantener las ABVD 	Deterioro de la movilidad física	<p>Patrón Actividad-Ejercicio</p> <p>Dominio 4: Actividad/Reposo</p> <p>Clase 2: Actividad/ejercicio</p> <p>Definición: Limitación del movimiento físico independiente intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Fatiga - Fatiga de músculos respiratorios - Dolor - Disnea - Taquipnea - Hiperventilación - Ortopnea - Saturación de Oxígeno inadecuada - Llenado capilar lento - Agitación - Ansiedad 	<p>Patrón respiratorio ineficaz</p>	<p>Patrón Actividad-Ejercicio</p> <p>Dominio 4: Actividad/Reposo</p> <p>Clase 4: Respuestas Cardiovasculares/ pulmonares</p> <p>Definición: la inspiración o espiración no proporcionan una ventilación adecuada.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Uso de diuréticos - Micción incontrolada - Incapacidad para llegar al inodoro - Reposo prescrito - Incapacidad para mantener las ABVD (uso de inodoro) - Vivir solo - Barreras arquitectónicas 	<p>Incontinencia Urinaria Funcional</p>	<p>Patrón Eliminación</p> <p>Dominio 3: Eliminación/Intercambio</p> <p>Clase 1: función urinaria</p> <p>Definición: incapacidad de una persona, normalmente continente, para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida involuntaria de orina.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Cambios en el patrón de sueño - Aislamiento - Polifarmacia - Efectos adversos a fármacos - Inmovilidad - Micción incontrolada - Edad superior a los 60 años - Dolor - Disminución del flujo sanguíneo cerebral - Saturación de Oxígeno inadecuada - Red de apoyo frágil - Trastornos afectivos 	<p>Confusión aguda</p>	<p>Patrón Cognitivo-Perceptual</p> <p>Dominio 5: Percepción/Cognición</p> <p>Clase 4: Cognición</p> <p>Definición: Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrolla en un corto periodo de tiempo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad para mantener las ABVD - Disnea - Saturación de Oxígeno inadecuada - Red de apoyo frágil/ ausencia – colapso del cuidador - Fatiga - Dolor - Ansiedad - Reposo prescrito 	<p>Déficit de autocuidado: alimentación, baño, uso de inodoro, vestido</p>	<p>Patrón Actividad-Ejercicio</p> <p>Dominio 4: Actividad/Reposo</p> <p>Clase 5: Autocuidado</p> <p>Definición: Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Vivir solo - Incapacidad para recorrer distancias requeridas - Declive de la funcionalidad y autonomía - Barreras arquitectónicas - Inmovilidad prescrita - Intolerancia a la actividad - Debilidad - Disminución en la ejecución de las tareas - Disnea grado I 		<p>las actividades de autoalimentación, baño/higiene, evacuación, vestido y arreglo personal.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad crónica - Intolerancia a la actividad - Enlentecimiento del movimiento - Micción incontrolada - Incapacidad para recorrer distancias requeridas - Declive de la funcionalidad y autonomía - Fatiga - Ansiedad - Vivir solo - Incapacidad para mantener las ABVD - Disnea - Polifarmacia - Barreras arquitectónicas - Disnea grado I - Debilidad - Saturación de Oxígeno inadecuada - Red de apoyo frágil/ ausencia – colapso del cuidado 	<p>Riesgo de caídas</p>	<p>Patrón Percepción-Manejo de salud</p> <p>Dominio 11: Seguridad/Protección Clase 2: Lesión física</p> <p>Definición: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad crónica - Estadio de la enfermedad - Comorbilidad - Fatiga - Temor a nuevas lesiones - Ansiedad - Inquietud - Intolerancia a la actividad - Declive de la funcionalidad y autonomía - Trastornos afectivos - Aislamiento - Debilidad - Incapacidad para mantener las ABVD 	<p>Dolor crónico</p>	<p>Patrón Cognitivo-Perceptual</p> <p>Dominio 12: Confort Clase 1: Confort físico</p> <p>Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a 6 meses.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad para recordar - Poca familiaridad con los recursos para obtener información - Aislamiento - Disminución del flujo sanguíneo cerebral - Red de apoyo frágil/ ausencia/colapso del cuidado - Trastornos afectivos - Enlentecimiento del movimiento - Complejidad terapéutica - Cambios biológicos del envejecimiento - Delirium - Deterioro cognoscitivo 	<p>Conocimientos deficientes</p>	<p>Patrón Cognitivo-Perceptual</p> <p>Dominio 5: Percepción/cognición Clase 4: Cognición</p> <p>Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Falta de aceptación del cambio en el estado de salud - Múltiples agentes estresantes - Fracaso para lograr una óptima sensación de confort - Actitud negativa hacia los cuidados de salud - Falta de acciones que previenen complicaciones del salud - Minimizar el cambio en el estado de salud - Comprensión inadecuada - Red de apoyo frágil/ ausencia – colapso del cuidado - Trastornos afectivos - Delirium - Deterioro cognoscitivo 	<p>Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud</p>	<p>Patrón Afrontamiento-Tolerancia al estrés</p> <p>Dominio 1: Promoción de la salud</p> <p>Clase 2: Gestión de la salud</p> <p>Definición: Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida o las conductas de forma que mejore el estado de salud.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Dolor - Enfermedad crónica/comorbilidad - Estadio de la enfermedad - Abandono / aislamiento / soledad / viudez - Bajos ingresos económicos - Delirium - Deterioro cognoscitivo - Disnea grado I - Fatiga - Red de apoyo frágil/ ausencia – colapso del cuidado - Trastornos afectivos - Declive de la funcionalidad y autonomía - Incapacidad para mantener las ABVD - Inquietud 	<p>Temor</p>	<p>Patrón Auto percepción-Autoconcepto</p> <p>Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés</p> <p>Clase 2: Respuestas de afrontamiento</p> <p>Definición: Respuestas a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Declive de la funcionalidad y autonomía - Decisiones en la etapa final de la vida - Complejidad terapéutica - Decisiones sobre el tratamiento - Ansiedad - Autopercepción de la salud - Red de apoyo frágil/ ausencia – colapso del cuidado - Trastornos afectivos 	Sufrimiento moral	<p>Patrón Cognitivo-Perceptual</p> <p>Dominio 10: Principios vitales</p> <p>Clase 3: Congruencia entre Valores/ Creencias/Acciones</p> <p>Definición: Respuestas a la incapacidad para llevar a cabo las decisiones/acciones éticas/morales elegidas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Discomfort prolongado (físico, psicológico) - Ansiedad - Declive de la funcionalidad y autonomía - Fatiga - Delirium - Incapacidad para concentrarse - Falta de energía - Disnea grado I - Ortopnea - Saturación de Oxígeno inadecuada - Inquietud - Trastornos afectivos - Estadio de la enfermedad 	Deprivación de sueño	<p>Patrón Sueño-Descanso</p> <p>Dominio 4: Actividad/reposo</p> <p>Clase 1: Sueño/Reposo</p> <p>Definición: Periodos de tiempo prolongados sin sueño (suspensión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia).</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Conflicto en el desempeño de roles - El desarrollo del cuidador no es suficiente para desempeñar su rol - Dificultad para acceder a la asistencia y apoyo formal - Fortaleza emocional - Asistencia y apoyo informal inadecuado - Enfermedad crónica/comorbilidad - Estadio de la enfermedad - Complejidad terapéutica - Bajos ingresos económicos - Entorno físico inadecuado para proporcionar los cuidados - Falta de tiempo y de soporte - Antecedentes de disfunción familiar - Deterioro cognoscitivo del paciente - Necesidades de cuidados crecientes - Frustración/Impaciencia - Estado de salud y edad del cuidador 	Cansancio del rol del cuidador	<p>Patrón Rol-Relaciones</p> <p>Dominio 7: Rol/Relaciones</p> <p>Clase 1: Roles de cuidador</p> <p>Definición: Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Síntomas relacionados con la enfermedad - Disnea grado I - Ortopnea - Dolor - Fatiga - Bajos ingresos económicos - Ansiedad - Temor - Síntomas de distrés - Inquietud - Saturación de Oxígeno inadecuada - Estadio de la enfermedad 	<p>Disconfort</p>	<p>Patrón Cognitivo-Perceptual</p> <p>Dominio 12: Confort</p> <p>Clase 1: Confort físico</p> <p>Definición: Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos deficientes sobre respuestas alternativas a transiciones relacionadas con la enfermedad crónica y tratamiento medico - Disnea grado I - Ortopnea - Fatiga - Fatiga de músculos respiratorios - Taquipnea - Hiperventilación - Intolerancia a la actividad - Limitación de la resistencia cardiovascular - Prescripción de restricción de movimiento - Fatiga - Fatiga de los músculos respiratorios - Saturación de oxígeno inadecuada - Ansiedad - Limitaciones en las actividades sexuales - Cambios en la actividad sexual 	<p>Patrón sexual ineficaz</p>	<p>Patrón Sexualidad-Reproducción</p> <p>Dominio 8: Sexualidad</p> <p>Clase 2: Función sexual</p> <p>Definición: Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Prescripción de restricción de movimiento - Intolerancia a la actividad - Fatiga - Dolor - Limitación de la resistencia cardiovascular - Disnea grado I 	<p>Riesgo de síndrome de desuso</p>	<p>Patrón Actividad-Ejercicio</p> <p>Dominio 4: Actividad/Reposo</p> <p>Clase 2: Actividad/Ejercicio</p> <p>Definición: Riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable.</p>

6.3 Planes de cuidado de enfermería

Se presentan los planes de cuidado de enfermería priorizados que dan respuesta a las áreas biopsicosociales.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
 FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
 UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
 ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA
 CON ÉNFASIS EN CUIDADO GERONTOGERIÁTRICO



Nivel: Segundo	Especialidad: Geronto- Geriatría	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA			
Diagnóstico de enfermería		RESULTADOS ESPERADOS			
Patrón: Percepción-Manejo de la salud Dominio 1: Promoción de la salud Clase 2: Gestión de la salud 00257 Síndrome de fragilidad del anciano r/c enfermedad crónica m/p disminución del gasto cardiaco, fatiga, déficit de autocuidado en el baño, uso del inodoro, intolerancia a la actividad y deterioro de la movilidad física. ⁶²		Resultado	Indicadores	Escala de medición	Puntuación DIANA
		Dominio: Conocimiento y conducta de salud. Clase S: Conocimiento sobre salud. 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad ⁶³	180302 Características de la enfermedad. 180305 Efectos fisiológicos de la enfermedad. 180306 Signos y síntomas de la enfermedad. 180307 Curso habitual de la enfermedad. 180313 Efecto psicosocial de la enfermedad sobre uno mismo. 180317 Fuentes acreditadas de información sobre la enfermedad específica.	1 Ningún conocimiento 2 Conocimiento escaso 3 Conocimiento moderado 4 Conocimiento sustancial 5 Conocimiento extenso	Se realizará una valoración inicial previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en los resultados obtenidos con las intervenciones realizadas. Mantener_____ Aumentar_____

	<p>Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud. Clase Q: Conducta de salud.</p> <p>1617 Autocontrol: enfermedad cardíaca⁶³</p>	<p>161705 Participa en el programa de rehabilitación cardíaca prescrito</p> <p>161706 Controla el inicio de los síntomas.</p> <p>161707 Controla la persistencia de los síntomas.</p> <p>161710 Informa de los síntomas de empeoramiento de la enfermedad.</p> <p>161713 Utiliza las medidas preventivas para reducir el riesgo de complicaciones.</p> <p>161731 Realiza la rutina de vida habitual.</p> <p>161734 Utiliza la medicación según prescripción.</p> <p>161741 Informa la necesidad de ayuda económica.</p> <p>161742 Mantiene la cita con el profesional sanitario.</p> <p>161744 Obtiene asistencia sanitaria cuando aparecen signos de alerta.</p> <p>161745 Ajusta la rutina de vida para una salud óptima.</p>	<p>1 Nunca demostrado</p> <p>2 Raramente demostrado</p> <p>3 A veces demostrado</p> <p>4 Frecuentemente demostrado</p> <p>5 Siempre demostrado</p>	<p>Se realizará una valoración inicial previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en los resultados obtenidos con las intervenciones realizadas.</p> <p>Mantener_____</p> <p>Aumentar_____</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	
<p>INTERVENCIÓN: Campo 3: Conductual Case S: Educación de los pacientes</p> <p>5602 Enseñanza: Proceso de enfermedad⁶⁴</p>	<p>INTERVENCIÓN: Campo 2: Fisiológico: Complejo Clase N: Control de la perfusión tisular</p> <p>4040 Cuidados cardiacos⁶⁴</p>
<p>Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.</p> <p>Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y fisiología, según cada caso.</p> <p>Revisar el conocimiento del paciente sobre su afección.</p> <p>Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda.</p> <p>Explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas.</p> <p>Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda.</p> <p>Identificar las etiologías posibles, si procede.</p> <p>Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, según corresponda.</p> <p>Identificar cambios en el estado físico del paciente.</p> <p>Evitar las promesas tranquilizadoras vacías.</p> <p>Dar seguridad sobre el estado del paciente, según corresponda.</p> <p>Proporcionar información a la familia / allegados acerca de los progresos del paciente, según proceda.</p> <p>Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.</p>	<p>Evaluar el dolor torácico (intensidad, radiación, duración y factores precipitantes y de alivio).</p> <p>Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulso periférico, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades).</p> <p>Documentar arritmias cardíacas.</p> <p>Observar los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco.</p> <p>Monitorizar los signos vitales con frecuencia.</p> <p>Monitorizar el estado cardiovascular.</p> <p>Monitorizar la aparición de arritmias cardíacas, incluyendo trastornos tanto del ritmo como de conducción.</p> <p>Monitorizar el estado respiratorio por si aparecen síntomas de insuficiencia cardíaca. Vigilar el abdomen para ver si hay indicios de disminución de la perfusión.</p> <p>Reconocer los efectos psicológicos que subyacen en la afección.</p> <p>Instruir al paciente y a la familia sobre las modalidades de tratamiento, la limitación de las actividades y los progresos.</p> <p>Organizar los periodos de ejercicios y descanso para evitar la fatiga.</p>

<p>Discutir las opciones de terapia / tratamiento.</p> <p>Describir el fundamento de las recomendaciones de control/ terapia/ tratamiento.</p> <p>Describir las posibles complicaciones crónicas, según corresponda.</p> <p>Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, según corresponda.</p> <p>Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas, según corresponda.</p> <p>Explorar recursos/apoyo posibles, según cada caso.</p> <p>Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador, según corresponda.</p> <p>Proporcionar el número de teléfono al que llamar si surgen complicaciones.</p> <p>Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.</p>	<p>Monitorizar la tolerancia del paciente a la actividad.</p> <p>Monitorizar la aparición de disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.</p> <p>Promover la disminución del estrés.</p> <p>Establecer una relación de apoyo con el paciente y la familia.</p> <p>Instruir al paciente sobre la importancia del informe inmediato de cualquier molestia torácica.</p> <p>Ofrecer apoyo espiritual al paciente y/o a la familia (contactar con un clérigo), si procede.</p> <p>Monitorizar el equilibrio hídrico (entradas/salidas y peso diario).</p> <p>Evaluar las alteraciones de la presión arterial.</p> <p>Garantizar un nivel de actividad que no comprometa el gasto cardíaco y que no provoque crisis cardíacas.</p> <p>Evaluar a los pacientes para detectar la presencia de ansiedad, depresión y la instauración de tratamiento según indicación.</p> <p>Comentar las modificaciones de la actividad sexual con el paciente y su pareja, si es adecuado.</p> <p>Instruir al paciente y a la familia sobre la finalidad del cuidado y el modo en que se medirán los progresos.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Justificación de intervención	Justificación de intervención
<p>Los cambios necesitan tiempo para ser integrados, lo que requiere una información y orientación correcta que refuerza la necesidad de seguir los tratamientos prescritos (dieta, actividad y medicamentos) lo que ayudará a familiarizarse con las cosas, reducir la ansiedad y el miedo asociado ante lo desconocido, así como sobrellevar la situación del paciente con su participación en la toma de decisiones que aumenta la sensación de control y reduce el sentimiento de dependencia; debiendo evaluar el nivel de conocimientos, la negación de la enfermedad, la falta de recursos económicos, los trastornos afectivos, limitaciones físicas, cambios cognitivos, la alteración de la actividad mental que puede estar dada por hipoperfusión cerebral como parte de la enfermedad y las alteraciones en la audición y visión que puedan generar la incapacidad para aprender o las barreras de la comunicación en un paciente con este tipo de problemas o algo semejante, requiriendo técnicas alternativas de aprendizaje individualizado.⁶⁵</p>	<p>Los mecanismos fisiológicos que gobiernan la función cardiovascular son muy sensibles a cualquier cambio en las funciones del organismo, y por ello los cambios son indicadores clínicos de relevancia.</p> <p>La isquemia de miocardio está provocado por una reducción de oxígeno, siendo eléctricamente inestable, lo que causa arritmias que pueden estar provocadas por una revascularización del tejido isquémico, aunado a una disminución del ritmo cardiaco lo que hace que la sangre no esté lo suficientemente oxigenada para cubrir las necesidades metabólicas de los tejidos, provocando hipoperfusión hística como respuesta compensatoria de disminución de la circulación a las extremidades y aumento de la frecuencia respiratoria y de pulso.</p> <p>La detección temprana e inmediata intervención puede reducir el riesgo de efectos secundarios graves del medicamento o empeoramiento de la cardiopatía.⁶⁵</p>



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
 FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
 UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
 ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA
 CON ÉNFASIS EN CUIDADO GERONTOGERIÁTRICO



Nivel: Segundo	Especialidad: Geronto- Geriatría	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA			
Diagnóstico de enfermería		RESULTADOS ESPERADOS			
Patrón 4: Actividad-Ejercicio Dominio 1: Actividad/Reposo Clase 2: Respuestas cardiovasculares/pulmonares 00029 Disminución del gasto cardiaco r/c alteración de la contractibilidad, alteración del ritmo cardiaco, alteración del volumen de eyección m/p arritmias, fatiga, disnea, prolongación del llenado capilar, ansiedad, ortopnea. ⁶²	Resultado	Indicadores	Escala de medición	Puntuación DIANA	
	Dominio 2: Salud fisiológica. Clase E: Cardiopulmonar 0414 Estado cardiopulmonar ⁶³	41401 Presión arterial sistólica.	1 Desviación grave del rango normal	Se realizará una valoración inicial previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en los resultados obtenidos con las intervenciones realizadas. Mantener_____	
		41402 Presión arterial diastólica.	2 Desviación sustancial del rango normal		
		41403 Pulsos periféricos.	3 Desviación moderada del rango normal		
		41404 Frecuencia cardiaca apical.	4 Desviación leve del rango normal		
		41405 Ritmo cardiaco.	5 Sin desviación del rango normal		
		41406 Frecuencia respiratoria.			
		41410 Eliminación urinaria.			
		41412 Saturación de oxígeno.			
		41415 Deterioro cognitivo.			
41422 Edema periférico.					
41424 Disnea en reposo		Aumentar_____			
183515 Estrategias para controlar la ansiedad.					

	<p>Dominio 2: Salud fisiológica</p> <p>Clase I: Regulación metabólica</p> <p>0802 Signos vitales⁶³</p>	<p>80201 Temperatura corporal</p> <p>80210 Ritmo respiratorio.</p> <p>80211 Profundidad de la inspiración.</p>	<p>1 Desviación grave del rango normal</p> <p>2 Desviación sustancial del rango normal</p> <p>3 Desviación moderada del rango normal</p> <p>4 Desviación leve del rango normal</p> <p>5 Sin desviación del rango normal</p>	<p>Se hará una valoración inicial previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en los resultados obtenidos con las intervenciones realizadas.</p> <p>Mantener_____</p> <p>Aumentar_____</p>
	<p>Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud</p> <p>Clase S: Conocimientos sobre salud</p> <p>1835 Conocimiento: manejo de la insuficiencia cardiaca congestiva⁶³</p>	<p>183518 Importancia del reposo en el control de la enfermedad.</p> <p>183523 Estrategias para controlar el edema en partes declives.</p> <p>080202 Frecuencia del pulso apical.</p> <p>080203 Frecuencia del pulso radial.</p>	<p>1 Ningún conocimiento</p> <p>2 Conocimiento escaso</p> <p>3 Conocimiento moderado</p> <p>4 Conocimiento sustancial</p> <p>5 Conocimiento extenso</p>	<p>Se hará una valoración inicial previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en los resultados obtenidos con las intervenciones realizadas.</p> <p>Mantener_____</p> <p>Aumentar_____</p>

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	
<p>INTERVENCIÓN: Campo 4: Seguridad Clase V: Control de riesgos</p> <p>6680 Monitorización de los signos vitales⁶⁴</p> <p>Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio.</p> <p>Observar las fluctuaciones de la presión arterial.</p> <p>Monitorizar la presión arterial mientras el paciente esté acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición.</p> <p>Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar.</p> <p>Monitorizar la presión arterial, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad.</p> <p>Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.</p> <p>Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos.</p> <p>Palpar los pulsos apicales y radiales al mismo tiempo y anotar las diferencias.</p> <p>Observar si hay pulso alternante.</p> <p>Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.</p> <p>Monitorizar los tonos cardíacos.</p> <p>Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría).</p> <p>Monitorizar los sonidos pulmonares.</p> <p>Monitorizar la oximetría del pulso.</p>	<p>INTERVENCIÓN: Campo 2: Fisiológico: Complejo Clase K: Control respiratorio</p> <p>3350 Monitorización respiratoria⁶⁴</p> <p>Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</p> <p>Evaluar el movimiento torácico, mirando simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.</p> <p>Observar si se producen respiraciones ruidosas, como cacareos o ronquidos.</p> <p>Monitorizar los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación.</p> <p>Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual.</p> <p>Realizar percusión en tórax anterior y posterior desde los vértices hasta las bases de forma bilateral.</p> <p>Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico).</p> <p>Auscultar los sonidos respiratorios anotando las áreas de disminución / ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.</p> <p>Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.</p> <p>Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente.</p> <p>Valorar la aparición, características y duración de la tos.</p> <p>Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran o empeoran.</p>

<p>Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.</p> <p>Monitorizar si hay cianosis central y periférica.</p> <p>Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.</p> <p>Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.</p>	<p>Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador), cuando sea necesario.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------

Justificación de intervención	Justificación de intervención
<p>Los signos vitales son parámetros clínicos que reflejan el estado fisiológico del organismo humano, y esencialmente proporcionan los datos (cifras) que nos darán las pautas para evaluar el estado homeostático del paciente, indicando su estado de salud presente, así como los cambios o su evolución, ya sea positiva o negativamente. La vasoconstricción y congestión venosa en partes declives del cuerpo provoca cambios en la piel y en el pulso, por lo que su control genera datos para detectar arritmias cardíacas, cambios del volumen sanguíneo y deterioro circulatorio, mientras que el control del pulso apical en comparación con los periféricos nos brindará información sobre la irregularidad, debilidad o rapidez de los mismos. En cuanto a la tensión arterial nos representará la fuerza que se ejerce la sangre contra las paredes arteriales, donde si existe hipotensión se puede atribuir a una disminución significativa del gasto cardíaco.</p> <p>La evaluación de la piel ofrece información para evaluar la circulación, temperatura corporal y grado de hidratación.⁶⁵</p>	<p>La evaluación respiratoria ofrece datos clave para valorar la eficacia de la respiración y detectar ruidos adventicios o anormales que puedan indicar problemas del aporte de oxígeno, siendo la disnea la consecuencia del estrechamiento de los conductos y a la dificultad de inhalación, además que la disminución del oxígeno al tejido del miocardio da como resultado dolor torácico, situación que puede comprometer la vida.</p> <p>La terapia de oxígeno adicional aumenta el oxígeno en circulación disponible para el tejido de miocardio, tratando la disnea y la cianosis central, siendo las lecturas del pulsioxímetro igual o mayores a 95% las más idóneas, aunque se debe de tomar en cuenta los cambios propios del envejecimiento y las características muy particulares del adulto mayor. El descanso adecuado suministra al cuerpo intervalos de bajo gasto de energía, evitando que las necesidades de oxígeno sobrepasen un nivel que el corazón no pueda asumir, reduciendo así el riesgo de hipoxia.⁶⁵</p>



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
 FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
 UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
 ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA
 CON ÉNFASIS EN CUIDADO GERONTOGERIÁTRICO



Nivel: Segundo	Especialidad: Geronto- Geriatría	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA			
Diagnóstico de enfermería		RESULTADOS ESPERADOS			
Patrón 4: Actividad-Ejercicio Dominio 1: Actividad/Reposo Clase 2: Respuestas cardiovasculares/pulmonares 00146 Ansiedad r/c cambio en el estado de salud, amenaza de muerte m/p conciencia de los síntomas fisiológicos, temor. ⁶²	Resultado	Indicadores	Escala de medición	Puntuación DIANA	
	Dominio 3: Salud psicosocial Clase N: Adaptación psicosocial 1300 Aceptación del estado de salud ⁶³	130002 Renuncia al concepto previo de salud 130008 Reconoce la realidad de la situación de salud. 130010 Afrontamiento de la situación de salud. 130011 Toma de decisiones relacionadas con la salud. 130014 Realiza las tareas de autocuidados. 130016 Mantiene las relaciones. 130017 Se adapta al cambio en el estado de salud. 130018 Muestra resistencia. 130019 Clarifica las prioridades	1 Nunca demostrado 2 Raramente demostrado 3 A veces demostrado 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado	Se realizará una valoración inicial previa a la intervención de enfermería y una segunda valoración basada en los resultados obtenidos con las intervenciones realizadas. Mantener_____ Aumentar_____	

		vitales. 130020 Expresa autoestima positiva.		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA				
INTERVENCIÓN: Campo 3: Conductual Clase T: Fomento de la comodidad psicológica		INTERVENCIÓN: Campo 3: Conductual Clase R: Ayuda para el afrontamiento		
5820 Disminución de la ansiedad ⁶⁴		5230 Mejorar el afrontamiento ⁶⁴		
<p>Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.</p> <p>Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</p> <p>Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</p> <p>Animar a la familia a permanecer con el paciente.</p> <p>Administrar masajes en la espalda / cuello.</p> <p>Escuchar con atención.</p> <p>Crear un ambiente que facilite la confianza.</p> <p>Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</p> <p>Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</p> <p>Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la</p>		<p>Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.</p> <p>Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.</p> <p>Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.</p> <p>Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.</p> <p>Utilizar un enfoque sereno y tranquilizador.</p> <p>Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados.</p> <p>Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.</p> <p>Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre la situación estresante.</p> <p>Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.</p> <p>Reconocer la experiencia espiritual/cultural del paciente.</p>		

<p>ansiedad.</p> <p>Controlar los estímulos de las necesidades del paciente.</p> <p>Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.</p> <p>Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.</p> <p>Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</p> <p>Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.</p> <p>Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.</p>	<p>Alentar el uso de fuentes espirituales.</p> <p>Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente.</p> <p>Facilitar salidas constructivas a la ira y la hostilidad.</p> <p>Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.</p> <p>Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.</p> <p>Estimular la implicación familiar.</p> <p>Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.</p> <p>Ayudar al paciente a afrontar el duelo y superar las pérdidas causadas por la enfermedad crónica.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<u>Justificación de intervención</u>	<u>Justificación de intervención</u>
<p>El dolor, la fatiga, la disnea u otros síntomas emocionales negativos pueden interferir o incrementar la ansiedad del paciente y dificultar su motivación, concentración, adquisición y retención de información relevante para la adecuación de pautas para la vida diaria, por lo que ofrecer apoyo emocional y fomentar el hecho de compartir sentimientos que puedan ayudar a que el paciente aclare y exprese sus miedos, lo que permite que el profesional de enfermería obtenga una información real y mayor confianza, para ello se pueden emplear los primeros auxilios psicológicos donde se puede realizar contacto con la persona ante previa autorización, donde se promueve el hablar del hecho, manteniendo el contacto visual y físico que propicie la apertura de los sentimientos ante la ansiedad, continuando con el análisis del problema esencial y las posibles alternativas, así como la ejecución de las mismas, mantener las redes de apoyo disponibles y ofrecer información sobre los recursos disponibles en la comunidad como fuente de enlace y apoyo. (primeros auxilios psicológicos) ⁶⁶</p>	<p>Todo paciente experimenta algún tipo de reacción a la enfermedad, siendo la forma y el grado de reacción lo que definirá la percepción del paciente ante su situación y los efectos (físicos, psicológicos, económicos, sociales, profesionales y espirituales), debiendo implicar a la familia y amigos ya que son un sistema que se basa en la interdependencia de los miembros como una fuente de apoyo que pueden proporcionar tranquilidad y ayuda a mantener su autoestima ante el proceso de enfermedad que exige cambios en los roles, colocando a la familia en una situación de alto riesgo de mala adaptación y que ante un apoyo de baja calidad se puede aumentar el estrés del paciente y dificultar su adaptación al proceso de la enfermedad, teniendo repercusiones en el estilo y calidad de vida del paciente, además de fomentar las creencias y prácticas religiosas que puedan ser una fuente de fuerza, consuelo y confort. ⁶⁵</p>

VII. CONCLUSIONES

El trabajo realizado permite identificar el Plan de Cuidados de Enfermería para el adulto mayor con diagnóstico enfermero de “síndrome de fragilidad del anciano” relacionado con cardiopatía isquémica en un ámbito ambulatorio posterior a un evento agudo, desde un contexto biopsicosocial. Con base en un marco teórico que sustenta el plan de cuidados, a través de la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon con los componentes de la valoración básica geriátrica, determinando los criterios de resultado relacionados con el diagnóstico de enfermería de síndrome de fragilidad del anciano y sugiriendo intervenciones con base al razonamiento científico para la atención integral, brindando información organizada y sistematizada que engloba las intervenciones y acciones de importancia para los adultos mayores, sin dejar de lado las particularidades y manifestaciones atípicas de este grupo etario que comprometen su estado de salud pero por encima de ello su funcionalidad, para ello cobró relevancia la valoración de enfermería por patrones funcionales para la obtención y clasificación de datos que nos lleva a un razonamiento diagnóstico, como es el caso del “síndrome de fragilidad del anciano” relacionado con cardiopatía isquémica, viéndose alterada su dimensión biológica-física, psicoafectiva, mental-cognitiva, sociocultural y sociodemográfica, que implica grandes retos para el enfermero especialista en cuidado geronto-geriátrico, necesitando de una revisión exhaustiva de bibliografía para la obtención de información y fundamentación del quehacer de enfermería en especial de esta área, debido a la incipiente información en materia de este tema y los problemas presentes en el adulto mayor.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS) (Internet). Suiza: 2012 (citado Ago. 16). Disponible en: www.who.int/topics/ageing/es/

² Palacios MC. Mecanismos de envejecimiento cardiovascular. Instituto de Geriátría (Internet) (citado 2016 Ago. 20); 148-160. Disponible en: [\[PDF\] inger.gob.mx](#)

³ Boxer Rebecca, et al. The 6-Minute Walk Is Associated With Frailty and Predicts Mortality in Older Adults With Heart Failure. Congestive Heart Failure (Internet) 2010 (citado 2016 Ago 20); 16 (5): 208-213. Disponible en: [\[HTML\] wiley.com](#)

⁴ Romero Cabrera AJ. Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. Rev. Panam. Salud Pública (Internet) 2008 (citado 2016 Ago. 20); 24(4): 288–94. Disponible en: [\[PDF\] scielosp.org](#)

⁵ Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007: Volumen I, Regional. Washington, DC: OPS; 2007.

⁶ Guía de práctica clínica (internet). Diagnóstico y tratamiento del síndrome de fragilidad en el adulto mayor. México: Centro nacional de excelencia tecnológica en salud; 2014 (citado 2016 Dic 07). Disponible en: Guía de práctica clínica (internet). Diagnóstico y tratamiento del síndrome de fragilidad en el adulto mayor. México: Centro nacional de excelencia tecnológica en salud; 2014 (citado 2016 Dic 07). Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/479_GPC_SxndromeFragilidad/GER_sindrome_de_fragilidad.pdf.

⁷ Sánchez-Barriga JJ. Comportamiento de la mortalidad por cardiopatía isquémica en México en el periodo 2000-2007. Gaceta Médica (Internet) 2009 (citado 2016 Ago. 20); 145 (5): 375-382. Disponible en: [\[PDF\] medigraphic.com](#)

⁸ Secretaria de salud (sede web). México: SSA; Septiembre 2012 (Acceso: 28 de octubre de 2016). Información Epidemiológica de Morbilidad [96]. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/er_ejecutiva_2011.pdf

⁹ Trejo-Nava CA. Consideraciones para el manejo de la enfermedad arterial coronaria de adultos mayores. Revista mexicana de cardiología (Internet) 2016 (citado 2016 Ago. 25). 25(2), 86-108.

¹⁰ Vigil MCM. La comunicación: herramienta para la educación del paciente con afección cardiovascular. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica (Internet) 2013 (citado 2016 Oct 17). 21(1), 39-40.

¹¹ Noguez, DT. Valoración del dolor en el paciente adulto con afección cardiovascular. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica (Internet) 2011 (citado 2016 Oct 16). 19(1), 34-40.

¹² Bates MLP, et al. Diagnósticos de enfermería más frecuentes por necesidad en la persona con afección cardiovascular. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica (Internet) 2012 (citado 2016 Oct 17). 20(1), 12-16.

¹³ Aguilar MR, Alonso Rivera CE, González Castro S, Juárez Nieto MA, Ponce Moreno V, Landeros-López M. Calidad de vida en el adulto mayor con enfermedades crónicas en el grupo "un día más". Bioética e investigación en salud (internet) 2014 (citado 2016 Ago. 12): 2-6.

¹⁴ Romero Cabrera AJ. Fragilidad y enfermedades crónicas en los adultos mayores. Medicina Interna de México (internet) 2011 (citado 2016 Ago. 20); 455-462. Disponible en: [\[PDF\] ebscohost.com](#)

¹⁵ Eliopoulos C. Enfermería gerontológica. 8va ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2014.

¹⁶ González-Castillo MG, Monroy-Rojas A. Proceso enfermero de tercera generación. Enfermería Universitaria (Internet) 2016 (citado 2016 Ago. 20). 13(2): 124-129. Disponible en: [\[HTML\] sciencedirect.com](#).

¹⁷ Hernández-Silva, J., Cárdenas-Oscoy, S., Maya-Morales, A., Gabriel-Reyes, J., Negrete-Hurtado, M., & Cervantes-Conde, E. E. (2009). Evaluación de competencias en proceso enfermero durante el servicio social. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc, 17(1), 3-9.

¹⁸ Reyes CA. Envejecimiento Normal. Rev. Estom. 2011; 3(1): 12-15.

¹⁹ D' Hyver C. Proceso de envejecimiento. En: d' Hyver C, Gutiérrez Robledo LM, directores. Geriatria. México: El manual moderno; 2014.

²⁰ Brocklehurst JC. The geriatric service and the day hospital. En: Brocklehurst JC, editor. Textbook of geriatric medicine and gerontology. 3.^a ed. Edinburg: Churchill Livingstone; 1985. p. 982-95

²¹ Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. Clin Geriatr Med 1992; 8: 1-7.

²² Salech MF, Jara LR, Michea AL. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Revista Médica Clínica Las Condes (Internet) 2012 (citado 2016 Oct 19). 23(1), 19-29.

²³ Wang M, Monticone RE, Lakatta EG. Arterial aging: a journey into subclinical arterial disease. Curr Opin Nephrol Hypertens. 2010; 19:201–7.

²⁴ Maruyama Y. Aging and arterial-cardiac interactions in the elderly. Int J Cardiol. 2011 Feb 11 [Epub ahead of print].

²⁵ Mendes LA, Davidoff R, Cupples LA et al. Congestive heart failure in patients with coronary artery disease: the gender paradox. Am Heart J. 1997; 134:207-12. / Rich MW, Kitzman DW. Heart failure in octogenarians: a fundamentally different disease. Am J Geriatr Cardiol. 2000; 9 (Suppl 5): 97-104.

²⁶ Pepe S, Lakatta EG. Aging hearts and vessels: masters of adaptation and survival. Cardiovasc Res. 2005; 66:190–3.

²⁷ Kass DA. Ventricular arterial stiffening: integrating the pathophysiology. Hypertension. 2005; 46:185–93.

²⁸ Pugh KG, Wei JY. Clinical implications of physiological changes in the aging heart. *Drugs Aging*. 2001;18:263–76.

²⁹ Craft N, Schwartz JB. Effects of age on intrinsic heart rate, heart rate variability, and AV conduction in healthy humans. *AmJ Physiol*. 1995;268(4 Pt 2):H1441–52.

³⁰ Kelly J, Kelleher K. The electrocardiogram in heart failure. Age and ageing 2000; 29: 203-206.

³¹ Fox K, Garcia MA, Ardissino D, Buszman P, Camici PG, Crea F, et al. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2006; 27:1341-81.

³² Crea F. Chronic ischaemic heart disease. En: *ESC textbook of cardiology*. Oxford: Oxford University Press; 2010.

³³ Greenland P, Alpert JS, Beller GA, Benjamin EJ, Budoff MJ, Fayad ZA, et al. 2010 ACCF/ AHA guideline for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2010; 56:e50-e103.

³⁴ Lockie TP, Rolandi MC, Guilcher A, Perera D, De Silva K, Williams R, et al. Synergistic adaptations to exercise in the systemic and coronary circulations that underlie the warm-up angina phenomenon. *Circulation*. 2012; 126:2565-74.

³⁵ The platelet receptor inhibition in ischemic syndrome management (PRISM) study investigators. A comparison of aspirin plus tirofiban with aspirin plus heparin for unstable angina. *N Engl J Med* 1998; 338:1498-1505.

³⁶ Setoguchi S, Glynn RJ et al.: Improvements in long-term mortality after myocardial infarction and increased use of cardiovascular drugs after discharge. *J Am Coll Cardiol* 2008; 51:1247-1254.

³⁷ Virmani R, Burke AP et al.: Understanding atherosclerotic coronary artery disease: what makes the plaque unstable? *Euro PCR* 2004:10-31.

³⁸ Maroto JM, de Pablo C. Actividad física y rehabilitación en la prevención primaria y secundaria en el mayor. En: Ribera Casado JM, ed. *Prevención de la Insuficiencia Cardíaca en las Personas Mayores. Monografías en Geriátrica*. Barcelona: Glosa; 2005. p. 65-77.

³⁹ O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S, Goldhaber SZ, Olmstead EM, Paffenbarger RS, et al. An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation*. 1989; 80: 234-44.

⁴⁰ Gibbons RJ, Balady GJ, Bricker JT, Chaitman BR, Fletcher GF, Froelicher VF, Mark DB, McCallister BD, Mooss AN, O'Reilly MG, Winters WL Jr. ACC/AHA. 2002 guideline update for exercise testing: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Exercise Testing). 2002. American College of Cardiology Web site. Available at: www.acc.org/clinical/guidelines/exercise/dirIndex.htm.

⁴¹ Puntunet Bates ML. Principales cuidados de enfermería en la persona con cardiopatía isquémica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Vol. 16, Núm. 2 Mayo-Agosto 2008 pp 55-61.

⁴² Rodríguez Ponce C, Bonilla de las Nieves C. Valoración de las necesidades en la persona anciana. En: García López MV, Rodríguez Ponce C, Toronjo Gómez AM. Enfermería del anciano. España: Difusión Avances de Enfermería; 2009.

⁴³ Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ma ed. España: Elsevier; 2003.

⁴⁴ García López MV, Rodríguez Ponce C, Toronjo Gómez AM. Enfermería geriátrica. 3ra ed. Barcelona: DAE; 2012.

⁴⁵ Sanjoaquín AC, Fernández E, Mesa MP, García-Arilla E. Valoración geriátrica integral. En: Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2008. 59-68. Consulta: 20 de octubre 2016.

⁴⁶ Croswaithe Beltrán OJ. FUJNC. Valoración geriátrica e historia clínica geriátrica. 2008. Disponible en: <http://cursos.-juanncorpas.edu.-co/-mod/-resource/view.php?id=5068>.

⁴⁷ Cortés Núñez AR, Villarreal R E, Galicia R L, Martínez G L, Vargas D ER. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. Rev. méd. Chile. 2011; 139(6):725-31.

⁴⁸ Rodríguez Rodríguez JR, Zas Tabares V, Leyva Salermo B, Hierrezuelo S. Valoración geriátrica integral como componente básico en la aplicación del método clínico en adultos mayores. GEROINFO. 2011; 6(2). Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/>

⁴⁹ Rodríguez Gutiérrez DR, Fraga Martínez A, Gómez Leysa M, Pardillo Rodríguez C. Longevidad Satisfactoria. Etapa de reto actual. Revista Salud.com. 2009; 5(17). Disponible en: <http://www.revistaesalud.com>

⁵⁰ Cascudo Barral N. Instrumentos de evaluación en geriatría. GEROINFO. 2007. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/>

⁵¹ Villamil C. Psicología del adulto mayor. Buenos Aires: Fundación Gerontológica Argentina. 2007. Disponible en: <http://www.fundGerontol.ar/sistemadesalud/2007/metodológica//PDF/S35/HML>.

⁵² Kurlowicz L. La escala de depresión geriátrica (GDS). Hartford Institute for Geriatric Nursing, College of Nursing, New York University. 2007;Número 4. Disponible en: <http://www.-hartfordign.org>

⁵³ Montenegro Saldava L, Salazar Roque C, De la Puente Olortegui C, Gómez Sarapura A, Ramírez Aranda E. Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. Acta Med Peruana 2009; 26(3). Disponible en: http://www.cmp.org.pe/www3/index.php?option=com_content&view=article&id=85

⁵⁴ Rodríguez Rodríguez JR. Evaluación geriátrica. Primer seminario colombo-cubano. Dignificando la salud del adulto mayor. Universidad de Cartagena de Indias, Colombia. Mayo 2006. Disponible en: <http://www.elveedor.com>

⁵⁵ Rodríguez M. Evaluación funcional del anciano. Primer curso anual de geriatría a distancia: La salud en la tercera edad. Disponible en: <http://www.clinica-unr.org/-cursogeriatría/02%20%20Evaluacion-%20Funcional.Pdf>. / Llanes Betancourt C. Evaluación funcional y anciano frágil. Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/> Valoración Funcional del Anciano.

⁵⁶ Stevens LA, Levey AS. Chronic kidney disease in the elderly —how to assessrisk. N Engl J Med. 2005; 352:2122–4.

⁵⁷ Abizanda P, Romero L, Sánchez-Jurado P, et al. Frailty and mortality, disability and mobility loss in a Spanish cohort of older adults: The FRADEA Study. Maturitas 2013; 74:54-60.

⁵⁸ American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults. Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians. J Am Geriatr Soc 2012;60:E1-25.

⁵⁹ Healthier, T. Kamitsuru S. Nanda internacional: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017: Pag 151.

⁶⁰ Romero Rizo L, Abizanda Soler P, Luengo Márquez C. El proceso de enfermar en el anciano: fundamentos de la necesidad de una atención sanitaria especializada. Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, editores. Tratado de medicina geriátrica. España: Elsevier; 2015.

⁶¹ Medina Beltrán GR. Fragilidad. En: Rodríguez García R, Lazcano Botello GA, Medina Chávez H, Hernández Martínez MG. Práctica de la geriatría. México: McGRAWHILL; 2011.

⁶² Heardman TH, editor. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.

⁶³ Moorhead S, Johnson M, Mass ML, Swason E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ta ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

⁶⁴ Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ta. ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

⁶⁵ Carpenito-Moyet LJ. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. 4ta ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 2005.

⁶⁶ Martín L. Muñoz M. Primeros auxilios psicológicos. Madrid: Síntesis, 2009.

IX. ANEXOS

A)

Criterios de fragilidad de Fried

Pérdida de peso no intencionada

5kg o bien mayor al 5% del peso corporal en el último año

Debilidad muscular

Fuerza prensora mayor del 20% del límite de la normalidad ajustado por sexo y por índice de masa corporal

Baja resistencia-cansancio

Autoreferido por la misma persona o identificado por dos preguntas de la escala CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)

Lentitud de la marcha

Velocidad de la marcha para recorrer una distancia de 4.5m mayor del 20% de límite de la normalidad ajustado por sexo y altura

Nivel bajo de actividad física

Calculo de consumo de calorías semanales por debajo del quintil inferior ajustado por sexo

La presencia de 3 o más criterios indican fragilidad.

Tomado de Medina Beltrán GR. Fragilidad. En: Rodríguez García R, Lazcano Botello GA, Medina Chávez H, Hernández Martínez MG. Práctica de la geriatría. México: McGRAWHILL; 2011.

B)

Propuesta de Ensrud en México

Perdida de al menos 5% de peso independiente de si fue intencionado o no en los últimos tres años.

Inhabilidad para levantarse de una silla cinco veces sin utilizar los brazos.

Nivel de energía reducida utilizándose la pregunta ¿Se siente usted lleno de energía? Considerándose un NO como respuesta

Anciano frágil dos o tres criterios

Anciano prefrágil presenta un criterio

Anciano robusto no presenta criterios

Estos criterios presentaron eficacia similar para predecir caídas, fracturas, discapacidad y muerte tanto en hombres como en mujeres.

Tomado de Medina Beltrán GR. Fragilidad. En: Rodríguez García R, Lazcano Botello GA, Medina Chávez H, Hernández Martínez MG. Práctica de la geriatría. México: McGRAWHILL; 2011.

C)

Escala de Norton modificada

Estado físico general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
<p>Bueno</p> <p>•Nutrición: persona que realiza cuatro comidas diarias. Toma todo el Menú.</p> <p>•Hidratación: peso mantenido con relleno capilar rápido, mucosas húmedas, rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo por pinzamiento</p> <p>•Temperatura corporal: 36 a 37 °C</p> <p>•Ingesta de líquidos: 1.500 a 2.000 ml/día (8-10 vasos).</p>	<p>Alerta</p> <p>•Paciente orientado en tiempo, lugar y persona.</p> <p>•Responde adecuadamente a estímulos visuales, auditivos y táctiles</p> <p>• Comprende la información.</p>	<p>Ambulante</p> <p>•Independiente total. No necesita depender de otra persona.</p> <p>•Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo o lleve prótesis.</p>	<p>Total</p> <p>•Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla.</p>	<p>Ninguna</p> <p>•Control de ambos esfínteres</p> <p>•Implantación de una sonda vesical y control de esfínter anal.</p>	4

<p>Mediano</p> <ul style="list-style-type: none"> •Nutrición: persona que realiza tres comidas diarias. Toma más de la mitad del menú. •Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. •Temperatura corporal: 37 a 37,5 °C. •Ingesta de líquidos: 1.000 a 1.500 ml/día (5-7 vasos). 	<p>Apático</p> <ul style="list-style-type: none"> •Aletargado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso. •Ante un estímulo despierta sin dificultad y permanece orientado. •Obedece órdenes sencillas. Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante. 	<p>Camina con ayuda</p> <ul style="list-style-type: none"> •La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo (bastones de 3 puntos de apoyo, bastón cuádruple, andador o muletas). 	<p>Disminuida</p> <ul style="list-style-type: none"> •Inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos. 	<p>Ocasional</p> <ul style="list-style-type: none"> •No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24hr. 	3
<p>Pobre</p> <ul style="list-style-type: none"> •Nutrición: persona que realiza dos comidas diarias. Toma la mitad del menú. •Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. •Temperatura corporal: 37,5 a 38 °C •Ingesta de líquidos: 500 a 1.000 ml/día (3-4 vasos) 	<p>Confuso</p> <ul style="list-style-type: none"> •Inquieto, agresivo, irritable, dormido. •Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos. •Cuando despierta responde verbalmente pero con discursos breves e inconexos. •Si no hay estímulos fuertes vuelve a dormirse. •Intermitente desorientación en tiempo, lugar y persona. 	<p>Sentado</p> <ul style="list-style-type: none"> •La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón. •La persona precisa de ayuda humana y/o mecánica 	<p>Muy limitada</p> <ul style="list-style-type: none"> •Sólo inicia movilización es voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para finalizar todos los movimientos . 	<p>Urinaria o fecal</p> <ul style="list-style-type: none"> •No controla uno de sus esfínteres permanentemente. 	2

Muy malo	Estuporoso y/o comatoso	Encamado	Inmóvil	Urinaria y fecal	1
<p>•Nutrición: persona que realiza una comida diaria. Toma un tercio del menú.</p> <p>•Hidratación: edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia de pliegues cutáneos por pinzamiento.</p> <p>•Temperatura corporal: > 38,5 y < 35,5 °C • Ingesta de líquidos: < 500 a ml/día (< 3 vasos).</p>	<p>•Desorientación en tiempo, lugar y persona</p> <p>•Despierta sólo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal. Nunca está totalmente despierto.</p> <p>•Comatoso, ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja.</p>	<p>•Dependiente para todos sus movimientos (dependencia total).</p> <p>•Precisa de ayuda humana para conseguir cualquier objetivo (comer, asearse, etc.).</p>	<p>•Es incapaz de cambiar de postura por sí mismo, mantener la posición corporal o sustentarla.</p>	<p>No controla ninguno de sus esfínteres.</p>	

Valoración del riesgo:

- De 5 a 11: riesgo alto
- De 12 a 14: riesgo evidente
- Puntuación mayor de 14: sin riesgo

La escala de Norton mide el riesgo que tiene un paciente de padecer úlceras por presión. Fue realizada por Doreen Norton en el año 1962, modificada por INSALUD en Madrid en 1998, añadiendo una definición operativa para cada uno de los parámetros. Valora cinco apartados con una escala de gravedad de 1 a 4, cuyos valores son sumados para obtener una puntuación total que estará comprendida entre 5 y 20.

D)

Mini Valoración Nutricional (MNA) Modificado

Nombre _____ Sexo ____ Fecha _____ Edad _____
Peso(kg) _____ Estatura(cm) _____ Evaluador(a) _____ Supervisor(a) _____

A ¿Ha disminuido su ingesta de alimentos en los últimos tres meses debido a la pérdida de apetito, problemas digestivos, dificultades para masticar o tragar?

0 = pérdida severa de apetito
1 = pérdida moderada de apetito
2 = no ha perdido el apetito

B Pérdida de peso durante los últimos 3 meses

0 = peso perdido mayor de 3kg
1 = no sabe
2 = peso perdido entre 1 y 3kg
3 = no ha perdido peso

C Movilidad

0 = limitado a una silla o cama
1 = se mueve de la cama/silla pero no sale
2 = puede salir

D En los pasados tres meses ¿ha sufrido de angustia, nerviosismo o alguna enfermedad aguda?

0 = si 2 = no

E Problemas neuropsicológicos

0 = demencia o depresión severa
1 = demencia moderada
2 = sin problemas psicológicos

F IMC (peso/[estatura]² en kg/m²)

0 = IMC menor de 19
1 = IMC de 19 a 20
2 = IMC 21 a 22
3 = IMC de 23 y más

G ¿Tiene vida independiente?

0 = no 1 = si

H ¿Toma más de tres medicamentos (por día)

0 = si 1 = no

I Ulceras en la piel por presión

0 = si 1 = no

J ¿Cuántas comidas hace completas al día?

0 = 1 comida
1 = 2 comidas
2 = 3 comidas

K ¿Qué consume?

-Al menos una porción de leche, queso, yogurt por día

Sí No

-Dos o más porciones de frijoles o huevos por semana

Sí No

-Carne, pescado o pollo todos los días

Sí No

0.0 = si hay 0 o 1 si

0.5 = si hay 2 si

1.0 = si hay 3 si

L ¿Consume dos o más porciones de vegetales o frutas por día?

0 = no 1 = si

M ¿Cuántas tazas/vasos de bebidas (agua, jugo, té, café, leche, vino, cerveza, etc.) consume por día?

0.0 = menos de tres vasos

0.5 = 3 a 5 vasos

1.0 = más de 5 vasos

N Modo de alimentación

0 = requiere de asistencia para hacerlo

1 = se alimenta solo con alguna dificultad

2 = se alimenta solo sin ningún problema

O ¿Cómo cataloga su estado de nutrición?

0 = se percibe desnutrido

1 = dudoso o moderadamente desnutrido

2 = no tiene problema nutricional

P En comparación con otras personas de su misma edad, ¿cómo considera que es su estado de salud?

0.0 = no tan bien como ellos

0.5 = no sabe

1.0 = igual de bien como ellos

2.0 = mejor que ellos

Q Circunferencia media del brazo (CMB en cm)

0.0 = CMB menor de 21

0.5 = CMB de 21 a 22

1.0 = CMB mayor de 22

R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)

0 = CP menor de 31

1 = CP mayor o igual a 31

Marque con una X el diagnóstico probable:

24 puntos o más = Normal

17-23 puntos = riesgo nutricional

16 (o menos puntos) = Desnutrición calórico proteica

Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006; 10: 456-465.

Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNASF).

J. Geront 2001; 56A: M366-377.

Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature – What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.

E)

Índice de Katz

Lavarse		
■ No recibe ayuda (entra y sale de la bañera por sí mismo) si está en su forma habitual de bañarse) ()	■ Recibe ayuda en la limpieza de solo una parte del cuerpo (espalda, etc...) ()	▲ Recibe ayuda en más de una parte del cuerpo o ayuda el entrar y salir de la bañera o no se baña ()
Vestirse		
■ Coge la ropa y se viste completamente sin ayuda ()	■ Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos ()	▲ Recibe ayuda para coger la ropa o vestirse, o permanece parcial o completamente desnudo ()
Ir al retrete		
■ Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o silla de ruedas). Puede usar orinal o bacinilla por la noche, vaciándolo por la mañana ()	▲ Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse o ajustarse la ropa o para el uso del orinal por la noche ()	▲ No va solo al retrete ()
Movilizarse		
■ Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla sin ayuda (puede ayudarse de objetos como bastón y andador) ()	▲ Entra y sale de la cama se sienta y se levanta con ayuda ()	▲ No se levanta de la cama ()
Continencia		
■ Controla completamente ambos esfínteres ()	▲ Incontinencia ocasional ()	▲ Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente ()
Alimentarse		
■ Sin ayuda ()	■ Ayuda solo para cortar la carne o untar el pan ()	▲ Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente con sondas o fluidos intravenosos ()

Valoración	Resultado
A. Independiente en todas las funciones B. Independiente en todas salvo una de ellas C. Independiente en todas salvo lavarse y otra más. D. Independiente en todas salvo lavarse, vestirse y otra más. E. Dependiente en todas salvo lavarse, vestirse, ir al retrete y otra más. F. Dependiente en todas salvo lavarse, vestirse, ir al retrete, movilizarse y otra más. G. Dependiente en las seis funciones	Independiente ■ Dependiente ▲

Evalúa actividades básicas de la vida diaria, necesarias para la independencia en el autocuidado, su deterioro implica la necesidad de ayuda de otra persona. Cada actividad es evaluada de forma dicotómica (es decir, la persona hace la actividad o no la hace), no permite evaluar de forma detallada la capacidad intermedia para efectuar la actividad.

Atención Primaria 1992; 10: 812-6. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963; 185: 914-9. Cruz AJ. El índice de Katz. Rev Esp Geriatr Gerontol 1991, 26: 338-48.

F)

Escala de Lawton y Brody	Mujer	Varón
Capacidad para usar el teléfono		
Utilizar el teléfono por iniciativa propia	1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
Es capaz de contestar el teléfono pero no marcar	1	1
No utiliza el teléfono	0	0
Hacer compras		
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
Totalmente incapaz de comprar	0	0
Preparación de la comida		
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente	1	1
Prepara, adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0	0
Prepara, calienta y sirve las comidas pero no siguen una dieta adecuada	0	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	0
Cuidado de la casa		
Mantiene la casa solo con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	1
Realiza tareas ligeras , como lavar los platos o hacer las camas	1	1

Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	1
No participa en ninguna labor de la casa	0	0
Lavado de la ropa		
Lava por si solo toda su ropa	1	1
Lava por si solo pequeñas prendas	1	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0	0
Uso de medios de transporte		
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1	0
Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros	0	0
No viaja en absoluto	0	0
Responsabilidad respecto a su medicación		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0	0
No es capaz de administrarse su medicación	0	0
Manejo de sus asuntos económicos		
Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1	1

Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y en los bancos	1	1
Incapaz de manejar dinero	0	0

Calificación:

0 = Dependiente

6 = Semiindependiente

8 = Independiente

El deterioro de las actividades instrumentales, medido con el índice de Lawton, es predictivo de deterioro de las actividades básicas, durante un ingreso hospitalario (Sager et al. J Am Geriatr Soc 1996; 44: 251-7); por ello, algunos autores han sugerido que este índice puede ser un indicador de fragilidad (Nourhashémi F, et al. J Gerontol Med Sci 2001; 56A: M448-M53).

Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179-86.

G)

Escala de Tinetti

Equilibrio

1. Balance sentado	
Se va de lado o resbala	0
Firme y seguro	1
2. Levantarse	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz en más de un intento	1
Capaz a la primera	2
3. Intentos para levantarse	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz en más de un intento	1
Capaz a la primera	2
4. Balance inmediato al levantarse	
Inestable vacila, mueve los pies	0
Estable pero usa apoyo físico	1
Estable sin apoyo	2
5. Balance del pie	
Inestable	0
Estable pero con amplia base de sustentación	1
Estable con base menor de 10 cm.	2
6. Empujón (de pie, pies juntos, en esternón 3 empujes)	
Comienza a caer	0

Se tambalea pero se recupera	1
Está firme	2
7. Ojos cerrados misma posición y empuje.	
Inestable	0
Estable	1
8. Giro de 360 grados	
Pasos irregulares	0
Pasos uniformes	1
9. Al sentarse	
Inseguro (se deja caer)	0
Usa los brazos o está seguro	1
Seguro baja con suavidad	2

Marcha

1. Balance sentado	
Se va de lado o resbala	0
Firme y seguro	1
2. Levantarse	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz en más de un intento	1
Capaz a la primera	2
3. Intentos para levantarse	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz en más de un intento	1
Capaz a la primera	2
4. Balance inmediato al levantarse	
Inestable vacila, mueve los pies	0
Estable pero usa apoyo físico	1
Estable sin apoyo	2
5. Balance del pie	
Inestable	0
Estable pero con amplia base de sustentación	1
Estable con base menor de 10 cm.	2
6. Empujón (de pie, pies juntos, en esternón 3 empujes)	
Comienza a caer	0
Se tambalea pero se recupera	1
Está firme	2

7. Ojos cerrados misma posición y empuje.		
Inestable	0	
Estable	1	
8. Giro de 360 grados		
Pasos irregulares	0	
Pasos uniformes	1	
9. Al sentarse		
Inseguro (se deja caer)	0	
Usa los brazos o está seguro	1	
Seguro baja con suavidad	2	
EQUILIBRIO _____ /16	MARCHA _____ /12	TOTAL _____ /28

25-28 puntos = Riesgo bajo

19-24 puntos = Riesgo moderado

Menos de 18 puntos = Alto riesgo de caídas

Rubenstein LZ. Instrumentos de evaluación. En: Abrams WB, Berkow R. El Manual Merck de Geriátría (Ed Esp). Barcelona: Ed Doyma; 1992. p. 1251-63 (en dicho libro se hace constar que esta versión es una modificación adaptada de Tinetti et al, en: J Am Geriatr Soc 1986; 34: 119). También es la misma versión recomendada por el Grupo de Trabajo de Caídas de la SEGG (Navarro C, Lázaro M, Cuesta F, Vilorria A, Roiz H. Métodos clínicos de evaluación de los trastornos del equilibrio y la marcha. En: Grupo de trabajo de caídas de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. 2da ed. Eds. Fundación Mapfre Medicina; 2001. p. 101-22).

H)

Escala de JH DOWTON (Riesgo de caídas)

Caídas previas	No
	Si
	Ninguno
Medicamentos	Tranquilizantes-sedantes
	Diuréticos
	Hipotensores (no diuréticos)
	Antiparkinsonianos
	antidepresivos
	Otros medicamentos
Déficit sensoriales	Ninguno
	Alteraciones visuales
	Alteraciones auditivas
	Extremidades (ictus, neuropatías)
Estado mental	Orientado
	Confuso
Marcha	Normal
	Segura con ayudas
	Insegura con ayudas y sin ayudas
	imposible

Este es el caso de la escala de Downton, que se utiliza para evaluar el riesgo que presenta una persona de sufrir una caída con el fin de, en caso necesario, poder implementar medidas preventivas encaminadas a evitar nuevas caídas.

Esta escala tiene en cuenta si ha habido o no caídas previas, las causas que la han producido o los factores de riesgo que presenta en este sentido cada paciente y la edad, asignando a cada punto un valor de 0 ó 1. Cuando el resultado de la escala es de tres o más puntos se considera que el paciente tiene un alto riesgo de sufrir una caída.

I)

Test del dibujo del reloj de Shulman

I	Ligera asimetría en los números. Pone los números fuera del círculo. Vuelve la hoja del revés y de los números aparecen cabeza abajo. Dibuja rayas para orientarse.
II	Omite una manecilla. Une con una raya las 12 y las 3. Dibuja un círculo alrededor de las 3.
III	No señala correctamente las 3. Dibuja un doble círculo sobre el anterior Perseveración: pone 12, 13, 14, etc. Inversión derecha-izquierda. Incapaz de escribir bien los números.
IV	Distribución espacial muy desorganizada. Confunde la hora con días, meses, etc. Pinta una cara en el círculo. Escribe la palabra <<reloj>>
V	Incapaz de dar una respuesta coherente

RESPUESTA NORMAL: GRADO I Y II.

DÉFICIT COGNITIVO: GRADOS III, IV, V.

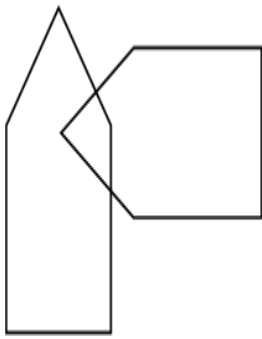
Es un test de cribaje para examinar el deterioro cognitivo, aunque también se utiliza para seguir la evolución de los cuadros confusionales.

Se trata de un test sencillo que valora el funcionamiento cognitivo global, principalmente la apraxia constructiva, la ejecución motora, la atención, la comprensión y el conocimiento numérico, mediante la orden de dibujar un reloj (un círculo, las 12 horas del reloj) y marcar una hora concreta.

J)

Mini Examen del Estado Mental de Folstein

(Años de escolarización: no sabe leer ni escribir)	Puntos
Orientación en el tiempo y espacio.	
"Dígame el día de la semana, fecha, estación del año y año en el que estamos". (En marzo, junio, septiembre y diciembre se dan validas cualquiera de las dos estaciones del mes)	0 - 5
"Dígame el nombre del centro, el piso, la ciudad, la provincia y el país en el que estamos"	0 - 5
Fijación	
"Repita estas palabras: caballo, peso, manzana". (Anote un punto cada vez que la diferencia sea correcta aunque la anterior fuera incorrecta máx. 5 puntos.)	0 - 3
Concentración y cálculo	
"Si tiene 30 pesos y me las va dando de tres en tres, ¿cuántas le van quedando?"	0 - 5
"Repita 5-9-2 hasta que se lo aprenda. Ahora dígalo al revés empezando por la última cifra, luego la penúltima y finalmente la primera".	0 - 3
Memoria.	
"¿Recuerda usted las tres palabras que le dije antes? Dígalas"	0 - 3
Lenguaje y construcción.	
"¿Qué es esto? (Mostrar un reloj) ¿y esto? (Mostrar un bolígrafo)".	0 - 2
"Repita la siguiente frase: en un trigal había cinco perros".	0 - 1

"Si una manzana y una pera son frutas, el rojo y el verde ¿qué son?; ¿Y un perro y un gato?"	0 - 2
"Coja el papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo"	0 - 3
"Lea esto y haga lo que dice" "cierre los ojos"	0 - 1
"Escriba una frase como si estuviera contando algo en una carta"	0 - 1
"Copie este dibujo"(0-1 puntos).	
 <p>(Cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices y la intersección forma un diamante)</p> <p>Nota tanto la frase como los pentágonos conviene tenerlos en tamaño suficiente para poder ser leídos con facilidad. El paciente deberá utilizar gafas si las precisa habitualmente.</p> <p>Total.....</p> <p>(Nivel de conciencia: 1= alerta, 2 = obnubilado)</p>	

Punto de corte: 23/24

Grado de deterioro cognitivo: 19-23 = leve 14 – 18 = moderado >14 = grave

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-Mental State». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-98 (versión en castellano validada en: Bermejo F, Morales JM, Valerga C, Del Ser T, Artolazábal J, Gabriel R. Comparación entre dos versiones españolas abreviadas de evaluación del estado mental en el diagnóstico de demencia. Datos de un estudio en ancianos residentes en la comunidad. Med Clin [Barc] 1999; 112: 330-4).

Es un test de screening, una puntuación baja indica que existe deterioro cognitivo, el cual puede ser una manifestación de diversas enfermedades o síndromes (delirium, depresión, demencia, etc.). Los puntos de corte mostrados han sido tomados de un documento de consenso del grupo de demencias de la SEGG (García-García FJ et al. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37 [S4]: 10-25).

K)

Confusion Assessment Method (CAM)

Criterio 1 Comienzo agudo y fluctuante

Hay evidencia de un cambio agudo o reciente en el estado mental del paciente, o bien la conducta o el estado mental fluctúan durante el día.

Criterio 2 Desatención

El paciente tiene dificultad para concentrarse, se distrae fácilmente.

Criterio 3 Pensamiento desorganizado

Pensamiento desorganizado El paciente tiene una conversación vaga, incoherente, ilógica, flujo de ideas o cambios no justificados de un tema a otro.

Criterio 4 Nivel de conciencia disminuido

La respuesta a preguntas es lenta, o bien está somnoliento.

Interpretación:

Para establecer la sospecha de síndrome confusional (delirium) se requieren los criterios 1 y 2 de forma obligada y uno cualquiera de los criterios 3 y 4.

Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Howitz, RI. Claryfing confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med 1990; 113, 941-8.

El CAM es un instrumento muy útil de screening y detección rápida de la sospecha de delirium. Sin embargo, para establecer el diagnóstico definitivo debe valorarse el contexto clínico del paciente y los criterios de DSM IV de delirium.

L)

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

		Si	No
*1.	¿Está básicamente satisfecho con la vida?	0	1
*2.	¿Ha renunciado a muchas actividades y aficiones?	1	0
*3.	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
*4.	¿Se siente a menudo aburrido?	1	0
5.	¿Contempla el futuro con esperanza?	0	1
6.	¿Se agobia por ideas que no puede quitarse de la cabeza?	1	0
*7.	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
*8.	¿Tiene miedo de que le ocurra algo malo?	1	0
*9.	¿Se siente contento la mayor parte del tiempo?	0	1
*10.	¿Se siente a menudo indefenso?	1	0
11.	¿Se siente a menudo inquieto y nervioso?	1	0
*12.	¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
13.	¿Se encuentra a menudo preocupado por el futuro?	1	0
*14.	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas de su edad?	1	0
*15.	¿Cree que es maravilloso estar vivo?	0	1
16.	¿Se siente a menudo desanimado y triste?	1	0
*17.	¿Se siente bastante inútil tal y como está ahora?	1	0
18.	¿Se preocupa mucho del pasado?	1	0
19.	¿Encuentra la vida muy emocionante?	0	1
20.	¿Es difícil para usted comenzar nuevos proyectos?	1	0
*21.	¿Se siente lleno de energía?	0	1
*22.	¿Piensa que su situación es desesperada?	1	0
*23.	¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	1	0
24.	¿Se siente a menudo contrariado por cosas pequeñas?	1	0
25.	¿Siente a menudo ganas de llorar?	1	0
26.	¿Tiene dificultad para concentrarse?	1	0
27.	¿Le apetece levantarse por las mañanas?	0	1
28.	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	1	0
29.	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	0	1
30.	¿Está su mente tan despejada como antes?	0	1

Intrepretación:

0 – 10 puntos = Normal

11 puntos o más = Probable depresión

Brink TL, et al. Clin Gerontol. 1962; 1: 37-43. Traducción de la unidad de investigación en Gerontología.

Esta evaluación se aplica a pacientes ancianos y se enfoca, antes que en malestares físicos, al estado de ánimo. En su versión abreviada consta de 15 preguntas (en la completa 30) que se responden de manera afirmativa o negativa y se puede realizar en 5 minutos. Hay que tomar en cuenta que es un instrumento de apoyo, ya que si se realiza solo podría dar resultados positivos cuando no hay depresión, por lo que se recomienda utilizarlo en conjunción con otros datos.

M)

Escala de recursos sociales de la OARS (Older Americans Resource and Services Group)

1. Recursos sociales excelentes
Relaciones sociales muy satisfactorias, al menos una persona le cuidaría indefinidamente.
2. Buenos recursos sociales
Relaciones sociales satisfactorias y adecuadas, al menos una persona le cuidaría, pero sólo durante un tiempo definido.
3. Levemente incapacitado socialmente
Relaciones sociales insatisfactorias e inadecuadas, al menos una persona cuidaría de él indefinidamente.
4. Moderadamente incapacitado socialmente
Relaciones sociales insatisfactorias y escasas, al menos una persona le cuidaría, pero sólo durante un tiempo definido.
5. Gravemente incapacitado socialmente
Relaciones sociales insatisfactorias, escasas y de mala calidad, sólo se conseguiría ayuda de otra persona de cuando en cuando.
6. Totalmente incapacitado socialmente
Relaciones sociales insatisfactorias, escasas y de mala calidad, no se conseguiría ayuda de otra persona nunca.

Interpretación:

- 1 y 2 Tiene cuidador, entorno muy satisfactorio
- 3 y 4 Tiene cuidador, entorno poco satisfactorio
- 5 y 6 No tiene cuidador, entorno no satisfactorio

Kane RA, Kane RL. Mediciones de funcionamiento social en la asistencia a largo plazo. En: Kane RA & Kane RL. Evaluación de las necesidades en los ancianos: Guía práctica sobre instrumentos de medición en ancianos (Ed Esp). Barcelona: SG Editores, S.A. Fundación Caja Madrid; 1993. p. 133-209. Comentarios: Requiere experiencia, entrenamiento y entrevista estructurada, ya que para clasificar a un paciente en una categoría u otra se requiere haber obtenido la información de una manera fiable y estructurada, por ello debe ser utilizada, en general, por profesionales del trabajo social.

N)

Test de Sobrecarga del Cuidador Zarit y Zarit

Preguntas		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
		0	1	2	3	4
1	¿Piensa que la persona que cuida le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido a las horas que le dedica a la persona que cuida no tiene suficiente tiempo para usted?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de la persona que atiende con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de la persona que cuida?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de la persona que cuida?					
6	¿Piensa que el cuidar a la persona que usted atiende, afecta negativamente la relación que tiene con otros miembros de la familia de la persona que cuida?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de la persona que cuida?					
8	¿Piensa que la persona que cuida depende de usted?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de la persona que cuida?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a la tarea o trabajo de cuidador?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría, debido a la tarea o trabajo de cuidador?					
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que fungir como cuidador?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades por ser cuidador?					
14	¿Piensa que la persona que atiende considera que solo usted la puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos por fungir como cuidador?					
16	¿Piensa que no será capaz de fungir como cuidador por mucho tiempo más?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó a fungir como cuidador?					

18	¿Desearía dejar de fungir como cuidador?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con la persona que cuida?					
20	¿Piensa que debería hacer más por la persona que cuida?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a la persona que atiende?					
22	Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de ser cuidador?					

Puntuación:

Sin sobrecarga (menos de 47)

Sobrecarga leve (48-55)

Sobrecarga intensa (más de 55)

Zarit SH. Predictors of outcome among day care participants. Long Term Care Health Serv Adm Q. 1978; 2(2): 150-162.

Adaptada al castellano por Montorio et al, en cuidadores de personas mayores dependientes. Es un instrumento de autoinforme que evalúa la carga de los cuidadores primarios a partir de identificar los sentimientos habituales que experimentan quienes cuidan a otra persona. Está compuesta por 22 ítems tipo Likert con cinco niveles de respuesta: 1=nunca, 2=rara vez, 3=algunas veces, 4=bastantes veces y 5=siempre.

Ñ)

Escala de Ansiedad de Hamilton

Definición operativa de los ítems		Puntos				
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 Ausente	1 Leve	2 Moderado	3 Grave	4 Incapacitante

Ansiedad psíquica =

Ansiedad somática =

Se suman ambas puntuaciones y si es igual o mayor a 18 es aconsejable solicitar atención por un especialista.

Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. Brit J Med Psychol 1959; 32:50-55.

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. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

O) Propuesta de hoja de valoración por patrones funcionales vinculado con valoración básica geriátrica para el adulto mayor con diagnóstico enfermero de "Síndrome de fragilidad en el anciano"

VALORACIÓN GERONTOLÓGICA

Fecha aplicación: _____

Datos Generales

Nombre:	Edad:
	Sexo F () M ()
Estado civil:	Teléfono:
Escolaridad:	
Domicilio:	Colonia:
Diagnóstico médico:	Derechohabencia:
Gpo Sanguíneo: Ocupación:	Transfusiones Si () No ()

Patrón percepción manejo de la salud

¿Cómo considera su salud? Buena/ Regula/ Mala	¿Ha modificado algunos hábitos que repercutían en su salud? Si () No ()
¿Por qué? _____	¿Cuáles? _____
Acude regularmente a sus citas Si () No ()	¿Ha implementado medidas para mejorar su salud? Si () No ()
¿Por qué? _____	¿Cuáles? _____

Antecedentes heredofamiliares

Cardiovasculares () Hipertensión arterial () Diabetes Mellitus () Dislipidemias ()
Convulsiones () Neoplásicos () Psiquiátricos ()
Madre:
Padre:

Antecedentes personales patológicos

Diabetes Mellitus ()
HTA ()
Cardiopatías: Si () No () Especifique: _____
Dislipidemias ()
Otros:
Polifarmacia Si () No ()

Medicamento/ Dosis / Frecuencia

1.
2.
3.

Alergias: Si () No ()
Medicamento () Alimentos ()
Otros:

Cirugías recientes Si () No () Especifique: _____

Ultima hospitalización: _____
Esquema de vacunación: Completo () Incompleto ()

Toxicomanías Si () No ()
Alcohol () Tabaco ()
Otros: _____ Frecuencia: _____

Nutricional metabólico	
Peso: _____ Talla: _____ IMC : _____ T°: _____	
Glucosa: _____ Cintura: _____ Ganancia o pérdida de peso Si () No ()	
N° de comidas al día: _____ Consumo de agua al día _____	
¿Quién prepara sus alimentos? _____	
Síntomas relacionados a la ingesta de alimentos Si () No ()	
Nauseas () Vomito () Pirosis () Distensión () Eructos () Dispepsia () Anorexia () Polifagia () Polidipsia ()	
Cavidad bucal: Edentulia parcial () Edentulia total () Uso de prótesis Si () No () Último ajuste de prótesis : _____ Xerostomía () Halitosis ()	
Coloración de la mucosa: _____ Encías (características): _____	
Amígdalas: Hiperemicas () Hipertróficas () Eutróficas ()	
Conjuntivas: Rosada () Pálidas () Esclerótica: Blanca () Amarilla ()	
Uñas: Color: _____ Textura: _____ Forma: _____ Alteraciones: _____	
Características de la piel: Textura : _____ Color: _____ Turgencia: _____	
Hidratación: _____ Edema: Si () No () Localización _____ Otros: _____	
Abdomen: Blando () Depresible () Globoso () Masas () Cicatrices ()	
Insuficiencia Venosa Si () No () Especifique zona: _____	
Presencia de lesiones en la piel Si () No () Cicatrices Si () No ()	
Localización y características _____	
Eliminación	
Diaforesis () Hiperhidrosis ()	
Urinaria	
F. urinaria: _____ Disuria () Poliuria () Nicturia () Tenesmo () Características: _____	
Incontinencia Si () No () Tipo _____	
Uso de pañal Si () No ()	

Intestinal
Ruidos Peristálticos: _____
Patrón de defecación diaria Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
Presencia de: Diarrea (<input type="checkbox"/>) Estreñimiento (<input type="checkbox"/>)
Uso de laxantes Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) Especifique: _____
Incontinencia Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
Uso de pañal Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
<u>Actividad ejercicio</u>
FC: _____ FR: _____ TA: _____ SpO ₂ : _____ Llenado capilar: _____
Pulsos: Regular (<input type="checkbox"/>) Irregular (<input type="checkbox"/>) Fuerte (<input type="checkbox"/>) Débil (<input type="checkbox"/>)
Ha presentado alguna condición médica que lo mantenga en cama Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) ¿Cuál? _____
Presencia de disnea Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) Grado de Disnea _____
Ortopnea Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
Presencia de cianosis Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
Ruidos adventicios Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) Especifique: _____
Tórax: Normal (<input type="checkbox"/>) Tonel (<input type="checkbox"/>) En quilla (<input type="checkbox"/>) En embudo (<input type="checkbox"/>)
Campos pulmonares: Ventilados (<input type="checkbox"/>) Hipoventilados (<input type="checkbox"/>)
Ruidos cardíacos: Normal Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) Especifique: _____
Tipo de respiración Kussmaul (<input type="checkbox"/>) Cheyne-stoke (<input type="checkbox"/>)
Se siente con fuerza para realizar las actividades de la vida diaria Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
Tipo de ejercicio que realiza: _____
Frecuencia: _____
Caídas en 6 meses Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) ¿Cuánta caídas ha presentado? _____ Causas de caídas _____
Uso de algún aditamento Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) ¿Cuál?: _____ Fracturas: Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) Especifique: _____ Cifosis (<input type="checkbox"/>) Escoliosis (<input type="checkbox"/>) Lordosis (<input type="checkbox"/>)
Daniels: _____ Hemiparesia: _____ Hemiplejía: _____
Katz: _____ LB: _____ / _____ 8 Tineti: _____ / _____ 28
<u>Sueño descanso</u>
Horas de sueño diario: _____ Amanece descansado Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>)
Alteraciones del sueño: Insomnio (<input type="checkbox"/>) Hipersomnía (<input type="checkbox"/>) Narcolepsia (<input type="checkbox"/>) Terrores nocturnos (<input type="checkbox"/>)
Siestas durante el día: Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) ¿Cuánto tiempo? _____
Uso de medicamentos para dormir: Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) Especifique: _____
Nº almohadas: _____
<u>Cognitivo perceptual</u>
Orientación: Persona (<input type="checkbox"/>) Tiempo (<input type="checkbox"/>) Espacio (<input type="checkbox"/>) Lenguaje: Congruente (<input type="checkbox"/>) Fluido (<input type="checkbox"/>) Disartria (<input type="checkbox"/>) Dislalia (<input type="checkbox"/>)
Delirium Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) Demencia Si (<input type="checkbox"/>) No (<input type="checkbox"/>) Hipoactiva (<input type="checkbox"/>) Hiperactiva (<input type="checkbox"/>) Mixta (<input type="checkbox"/>)

Anosmia () Agnosia () Disgeusia () Apraxia () Afasia () Uso de lentes Si () No () Tiempo de utilizarlos: _____
Visión periférica: _____ Aparato auditivo Si () No () Hipoacusia () Presbiacusia () Oído afectado: Derecho () Izquierdo () Ambos () Tics Si () No () Dolor Si () No () Eva: _____ Localización: _____
Problemas de la memoria Si () No () Corto plazo () Largo plazo ()
Folstein: _____ Shulman: _____ CAM _____
<u>Autopercepción autoconcepto</u>
Como se ve a sí mismo: _____
¿Está a gusto consigo mismo? Si () No () Postura libremente elegida Si () No () Presencia de ansiedad Si () No () Irritabilidad Si () No () Temores Si () No () Especifique: _____
GDS: _____
<u>Rol relaciones</u>
Vive solo Si () No () ¿Con quién vive? _____ ¿Quién es su principal cuidador? _____ Edad del cuidador: _____
Grupo social al que pertenece: Si () No () ¿Cómo es su relación con su familia, amigos y compañeros?: Buena () Regular () Mala ()
Jubilado Si () No () Recibe pensión Si () No () Cuanto \$ _____
Dependencia económica Si () No () Cuanto \$ _____
OARS: _____ Zaritt: _____
<u>Sexualidad reproducción</u>
Menopausia Si () No () Uso de terapia hormonal Si () No () ¿Cuál? _____ Última revisión médica (hombres): _____ Andropausia: _____ ¿Se han presentado cambios o problemas en sus relaciones sexuales? Si () No () Disfunción eréctil Uso de medicamento Si () No () ¿Las relaciones sexuales son satisfactorias? Si () No ()
<u>Tolerancia adaptación al estrés</u>
Cambios importantes en su vida Si () No () ¿Cuáles? _____ Fobias Si () No () ¿Cuáles? _____ Miedos Si () No () ¿Cuáles? _____ Falta de actividad productiva () Pérdida del trabajo () Enfermedad () ¿Cómo afronta los problemas?: _____ Escala de ansiedad de Hamilton _____ ¿A quién cuenta sus asuntos personales con confianza?: _____

<u>Valores y creencias</u>
Religión: _____
Es importante la religión en su vida Si () No ()
¿Qué es importante para usted en la vida? _____
¿Qué opina de la muerte? _____
Ha tomado alguna decisión al analizar esto Si () No ()
¿Cuál? _____
Direcciones avanzadas: Si () No () ¿Cuáles? _____
Nombre y firma del aplicador