

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PLAN DE INTERVENCIÓN EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL
HOGAR EN EL ADULTO MAYOR DEL PROGRAMA DE VISITA
DOMICILIARIA DEL HOSPITAL MILITAR GERIÁTRICO – LIMA,
2020 – 2021**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

SOFIA IVONE FERNÁNDEZ SOLÓRZANO

**Callao - 2022
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA PRESIDENTA
- DRA. VILMA MARÍA ARROYO VIGIL SECRETARIA
- DRA. VANESSA MANCHA ALVAREZ VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 039-2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 16 de Febrero del 2022

Resolución de Consejo Universitario N° 099-2021-CU/FCS, de fecha 30 de Junio del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia; por las horas robadas y sobre todo a mí; por la paciencia y fuerza de voluntad que creí perdida.

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque nunca me dejas.

A mis amados hijos, por ser mi fuerza y apoyo.

A ti, porque no fue la hora de dejarnos, pero serás ejemplo de perseverancia y dedicación que inculcaste en nuestros hijos.

A mis estimados docentes, por ser la guía en este proceso.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao, por alentarnos a continuar.

INDICE

INDICE	1
INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	7
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 ANTECEDENTES	9
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	9
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES	11
2.2 BASES TEÓRICAS	14
2.2.1 Teoría de las Relaciones Interpersonales de Virginia Henderson	14
2.2.1.A Modelos	15
2.2.1.B Nivel de Relación Enfermera paciente	15
2.2.1.C Metaparadigmas	16
2.3 BASES CONCEPTUALES	21
2.3.1 DEFINICIONES	21
2.3.1.a Adulto mayor	21
2.3.1.b Caídas	21
2.3.1.c Independencia	23

2.3.1.d	Fragilidad	24
2.3.1.e	Dependencia	24
2.3.1.f	Seguridad del paciente	25
2.3.2	ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE CAIDAS	25
2.3.2 a	Visita domiciliaria	25
2.3.2.b	Evaluación del riesgo de caídas	27
2.3.2.c	Telesalud	27
2.3.2.d	Telerehabilitación	28
2.3.2.e	Área intramural	28
2.3.2.f	Área extramural	29
CAPÍTULO III. PLAN DE INTERVENCIÓN		30
3.1	EXPERIENCIA LABORAL	30
3.2	JUSTIFICACION	31
3.2.1	Justificación teórica	31
3.2.2	Justificación metodológica	31
3.2.3	Justificación económica	31
3.2.4	Justificación social	31
3.2.5	Justificación profesional	31
3.2.6	Justificación penal	31

3.3	OBJETIVOS	32
	3.3.1 Objetivo General	32
	3.3.2 Objetivo específico	32
3.4	METAS	32
3.5	PROGRAMACION DE ACTIVIDADES	33
3.6	RECURSOS	36
	3.6.1 Recursos materiales	36
	3.6.2 Recursos humanos	36
3.7	EJECUCION	37
3.8	EVALUACION	38
	CONCLUSIONES	40
	RECOMENDACIONES	41
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	42
	ANEXOS	45

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, una caída se define como un evento involuntario que ocurre luego de perder el equilibrio y golpear el cuerpo contra el suelo u otra superficie sólida que lo impida. Otra definición lo expresa como el resultado de cualquier evento, que generalmente hace que un individuo caiga al suelo contra su voluntad, generalmente repentino, involuntario e inesperado, y puede ser confirmado o no por pacientes o testigos. (1)

Caída accidental: una caída accidental causada por motivos distintos a los ancianos, que se origina en un entorno potencialmente peligroso, como la caída de objetos u obstáculos de construcción.

Caída de repetición “irrazonable”: esta es una situación en la que persisten factores predisponentes obvios (como múltiples patologías o múltiples medicamentos). Un ejemplo es la enfermedad de Parkinson y la sobredosis de benzodiazepinas.

Caída de larga duración: situación en la que una persona mayor permanece en el suelo durante más de 15 a 20 minutos y no puede levantarse sin ayuda. Las caídas a largo plazo indican un mal pronóstico de vida y función. (2)

Más de la tercera parte de los adultos mayores de 65 años; se cae cada año y más del 50% de estos va a tener una caída recurrente. Las caídas son causantes del 66% de muertes accidentales, las cuales constituyen la quinta causa de muerte en adultos mayores. (1)

El anciano es una persona vulnerable, es decir, pertenece al grupo de riesgo de padecer múltiples enfermedades por el proceso natural de envejecimiento, afectado por factores internos y externos, se producirán cambios en la integridad física, psicológica y social. Entre los cambios físicos, lo más importante son las caídas; suele estar relacionado con factores internos, como fuerza muscular insuficiente, pérdida de reflejos, cambios en la visión y / o hipoacusia, que en algunos casos pueden afectar

más o menos el equilibrio; y Factores externos tales como; uso incorrecto de dispositivos de asistencia (bastones, andadores, barandillas), suelo irregular, escaleras, alfombras sueltas, calzado inapropiado, etc.

El presente trabajo académico titulado “Plan de Intervención en la Prevención de caídas en el adulto mayor del programa de visita domiciliaria del Hospital Militar Geriátrico”; tiene por finalidad contribuir a la prevención de las caídas causadas en el hogar, asimismo contribuirá a identificar las áreas de mayor riesgo para el adulto mayor, conocer y controlar las barreras y obstáculos dentro y fuera de casa, promover y fortalecer una cultura de seguridad orientada a la reducción de riesgos, promover la participación del paciente y familia, disminuir los casos de caídas y los costos derivados de una hospitalización; educar al paciente adulto mayor y su familia sobre los métodos de prevención de caídas; mejorando así su estilo de vida.

El trabajo se realizó como parte de una experiencia profesional como enfermera del comité de Seguridad del Paciente; aplicado en el programa de Visita domiciliaria del Hospital Militar Geriátrico de Chorrillos, este programa brinda atención domiciliaria a los adultos mayores de nuestra institución (militares en retiro, familiares y civiles), en un esfuerzo conjunto con el equipo multidisciplinario de salud, familiares y cuidadoras de los pacientes.

Para el desarrollo del presente trabajo académico, se realizó un Plan de Intervención para la prevención de caídas, la cual contiene la justificación, objetivos, metas, programación de actividades, recursos, ejecución y evaluación. Cabe mencionar que fue ejecutado durante los años de 2019, 2020 y el primer trimestre 2021; y fue elaborado en su totalidad por la autora y será presentado a la Jefatura del servicio en referencia, a fin de continuar su aplicación y permita ser un punto de referencia para otros centros de la institución militar.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo de las actividades para el Plan de Intervención en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Se considera que las caídas son la segunda causa principal de muerte por accidentes o lesiones no intencionales. Hay 646.000 muertes en todo el mundo, de las cuales más del 80% ocurren en países en desarrollo. Cada año 37,3 millones de ancianos se caen y provocan graves secuelas, situación que requiere más atención y atención médica.

Según la Organización Mundial de la Salud, entre el 4% y el 15% de las personas mayores se caen y causan lesiones graves, y entre el 23% y el 40% de las muertes de personas mayores relacionadas con lesiones son causadas por ellos.

Según datos del INE, en España murieron por caídas accidentales 2.757 personas de 60 y más años (el 49,8% eran mujeres). (3)

En los Estados Unidos, del 30 al 60% de las personas mayores se caen cada año y del 10 al 20% de ellas resultan en lesiones, hospitalización y / o muerte.

La investigación en Perú muestra que existen muchas razones para las caídas, las cuales se pueden dividir en factores internos o intrínsecos (relacionados con el paciente) y factores externos o extrínsecos (relacionados con el medio ambiente). El primero incluye factores fisiológicos: enfermedades cardíacas, enfermedades neurológicas, enfermedades musculoesqueléticas, trastornos sensoriales, iatrogénicos y trastornos de la marcha y el equilibrio. Los factores externos incluyen: uso inadecuado de las barandillas; peligros ambientales (por ejemplo, alfombra suelta), multitarea, calzado inapropiado y comportamiento peligroso. Se encuentra que los factores ambientales o accidentales son los más citados, representando entre el 30 y el 50% en la mayoría de los artículos; mientras que las alteraciones de la marcha y debilidad muscular ocuparon un 10-25%. (1)

El Hospital Militar Geriátrico; ubicado en el distrito de Chorrillos, es un establecimiento II-3 gestionado por el Comando de Salud del Ejército del Perú, es

una Institución prestadora de Servicios de Salud siendo su atención especializada en la atención al Adulto Mayor.

Según el departamento de estadística y el área de archivo del Hospital; contamos con una población de más de 25 mil pacientes adultos mayores (entre 60 y 110 años). De ellos el 46% de pacientes presenta riesgo a caídas; evidenciado en la aplicación de las escalas de evaluación de Downton y Tinetti, por presentar alteración en las pruebas realizadas.

En nuestro Hospital se atiende entre 100 a 120 pacientes diariamente en las diferentes áreas y servicios; quienes no solo residen en este distrito; sino por toda la ciudad capital.

El programa de visita domiciliaria cuenta con 119 pacientes adultos mayores inscritos; brindando atención multidisciplinaria en el hogar; siendo estos vulnerables; deben continuar recibiendo la atención necesaria; tanto la parte médica; como también la parte de sus cuidados; por ello ha sido necesario modificar el tipo de atención y evitar que no pierda la continuidad en sus talleres y terapias; así como la seguridad que debe tener en su hogar, tanto para prevenir las caídas como para evitar la infección por COVID 19.

La atención y el cuidado que ofrecemos al paciente adulto mayor es imprescindible para mantener y preservar su salud, los cuidados que recibe tanto el paciente cómo su familia está en coordinación con diferentes comités y programas que se ofrece en esta institución de salud; (comité de seguridad del paciente, programa de visita domiciliaria, taller de cuidados, taller de prevención de caídas, grupos de buen trato, taller de cuidados cardiovascular, etc.); para que pueda recibir el máximo apoyo en pro de su bienestar físico, mental y social, a través de telellamadas, teleconsulta, telemonitoreo y video llamadas, vía telefónica en tiempos de pandemia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

SILVA J., et al. (México, 2019). En el estudio “Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor.” **Objetivo:** Determinar la prevalencia, las características, las causas (intrínsecas y extrínsecas) y los factores asociados a las caídas del adulto mayor. **Metodología:** Estudio transversal y descriptivo con 183 adultos mayores atendidos en un consultorio de geriatría de un hospital público. **Resultados:** La prevalencia de caídas fue del 24%. Los lugares más frecuentes de estas fueron en la sala, el dormitorio y la calle. Entre las consecuencias de las caídas se identificaron la dificultad para caminar, miedo a sufrir una nueva caída y cambio de domicilio. Los factores asociados con las caídas accidentales fueron tener una edad ≥ 80 años, no estar jubilado y presentar síntomas depresivos. **Conclusiones:** Las caídas pueden estar asociadas a diferentes factores y el profesional de la salud debe estar capacitado para identificarlos, a fin de crear planes de atención individualizada para evitar eventos adversos. (3)

Este trabajo nos da una visión clara que el trabajo que realizaremos con el paciente y familia en su domicilio; debe ser individualizado, ya que cada paciente tiene características propias.

SUAREZ G., et al. (México, 2020). En el estudio “Caídas en el adulto mayor y factores de riesgo.” **Objetivo:** determinar las variables frecuentes que se asocian con caídas en el adulto mayor. **Método:** Es un estudio transversal en población abierta, se incluyeron a adultos mayores de 60 años de edad. Se realizó una entrevista, previo consentimiento informado para indagar datos sociodemográficos,

antecedentes médicos, se aplicaron instrumentos para medir factores de riesgo; escala de factores predictivos de caídas, y dependencia, (KATZ). **Resultados:** se encontró como factores predisponentes más frecuentes; edad avanzada, tener alguna enfermedad, diabetes o hipertensión, dificultad para su cuidado, utilizar aditamentos de apoyo para moverse, y la polifarmacia. **Conclusiones:** existen diferentes variables que determinan de manera significativa caídas en el adulto mayor. los factores de riesgo que se asocian a una caída en el adulto mayor son múltiples y generalmente existen más de uno, que tienen que ver con el estado de salud, funcionalidad y las condiciones del medio ambiente, así como a la interacción entre los distintos factores, particularmente; hipertensión, traumatismo, edad, y uso de bastón, riesgos que de consumarse condicionan categóricamente la autonomía, e independencia del adulto mayor, en la operatividad funcional de las actividades básica e instrumentales de la vida diaria, disminuyendo su calidad de vida y consecuentemente un envejecimiento saludable y exitoso. (5)

La importancia de este trabajo radica en poder determinar cuáles son los factores de riesgo que van a predisponer al paciente a presentar una caída para poder direccionarlo a un taller individualizado que le ayude a mejorar en su autonomía e independencia.

OTERO C., et al. (Cuba, 2019) En el estudio “Las caídas gigantes de la Geriátrica un reto a los sistemas de salud del mundo.” **Objetivo:** identificar las principales causas, instrumentos de valoración del riesgo de caídas y estrategias de prevención por el incremento alarmante de caídas en los ancianos, así como la incidencia de problemas de salud relacionados con ellas. **Método:** Se realiza una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos online. **Resultados:** Se identificaron como principales factores de riesgo: los antecedentes de caídas, las alteraciones visuales, los trastornos de la marcha, la polifarmacia y el incorrecto uso de medicamentos, además como los más frecuentes riesgos potenciales en el hogar: la presencia de pisos deslizantes e irregulares, baños peligrosos e insuficiente iluminación. **Conclusiones:** Las caídas pueden ser prevenidas con el uso de protocolos de actuación, los factores de riesgos identificados a través de

herramientas de cálculo de riesgo y estrategias de prevención multifactoriales puestas en prácticas con la participación de todo el equipo de salud. (2)

Este trabajo es de gran importancia ya que nos da estrategias fáciles de aplicar en el hogar y puede ser asistido por todo el equipo multidisciplinario en bien del paciente para prevenir las caídas.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

HERRERA, L. et al. (Lima, 2020). En el estudio “Evaluación de factores asociados a caídas en adultos mayores en un Servicio de Geriátrica de un hospital III-I Lima – Perú: estudio de casos y controles 2020” Perú. **Objetivo:** determinar los factores asociados a caídas en adultos mayores que acuden a un servicio de Geriátrica de un hospital general en Lima-Perú. **Método:** Se diseñó un estudio caso-control retrospectivo en el consultorio externo de Geriátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú entre el 29 febrero del 2020 y el 10 de marzo del año 2020. **Resultados:** En este estudio se incluyó a 58 casos y 116 controles. Se observó una predominancia del género femenino en ambos grupos. La zona donde más se produjeron las caídas fue al interior de la casa del paciente, como factores asociados; suelo resbaladizo y la iluminación. **Conclusiones:** Se demostró que los factores asociados a protección de caídas fueron la mejor marcha y equilibrio. Se recomienda implementar intervenciones específicas que se orienten a mejorar las condiciones físicas de esta población. (1)

Este trabajo es de suma importancia porque estudia población peruana y nos indica que los factores de caídas fueron en la marcha y equilibrio, gracias a este trabajo se pone en énfasis en nuestros talleres y aseverar que reduciremos el porcentaje de caídas en nuestra población adulta mayor.

MALLMA, J. (Lima, 2019). En el estudio “Factores de riesgo de caídas en adultos mayores que asisten a un centro del adulto mayor. Villa María del Triunfo. Lima. 2018” **Objetivo:** Determina los factores de riesgo de caídas en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor Tayta Wasi de Villa María del triunfo, 2018.

Método: Estudio de tipo cuantitativo, nivel aplicativo y método descriptivo de corte transversal. **Resultado:** La población estuvo conformada por 96 adultos mayores que asisten al CAM Tayta Wasi; setiembre 2018, Con respecto a los factores de riesgo extrínsecos de caídas, el 81.23% tienen el baño y/o ducha sin barandas de apoyo, el 74.47% presentan las escaleras de sus viviendas sin barandas, el 65.63% presentan calles con pisos desnivelados y con grietas, el 48.96% presentan objetos tirados en el piso y el 47.92% presentan una iluminación insuficiente. En relación con los factores de riesgo intrínsecos de caídas el 95.83% padecen de alguna enfermedad y consumo de algún tipo medicamento, el 90.63% desconocen los efectos secundarios de los medicamentos, el 89.58% presentan problemas en la visión y el 84.38% presentan dificultad para caminar. **Conclusiones:** los factores de riesgo de caídas en su mayoría son de naturaleza intrínsecos siendo los más predominantes el padecimiento de una enfermedad, consumo de algún tipo medicamento, desconocimiento de los efectos secundarios de los medicamentos, problemas en la visión y dificultad para caminar. (6)

Este trabajo nos muestra otra realidad; el riesgo a caídas por presentar alguna enfermedad; en los programas que ofrecemos podemos disminuir considerablemente esta casuística; ya que los pacientes están en mayor control y gracias a los talleres; además mejoraran su condición física.

BEJAR, C., et al. (Lima, 2019) En el estudio: “Relación entre el riesgo de caídas y deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” 2010-2015.” **Objetivo:** Determinar la relación entre el riesgo de caídas y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” 2010-2015. **Método:** Estudio observacional, analítico, retrospectivo, que consistió en el análisis secundario de una base de datos. **Resultados:** Se evaluó el riesgo de caídas mediante los resultados de la prueba de alcance funcional (AF), mientras que para determinar el deterioro cognitivo se utilizó el cuestionario de Pfeiffer. Adicionalmente, se estudiaron factores socio-demográficos como la edad, sexo, nivel educativo; y

clínicos como la presencia de comorbilidades, polifarmacia o antecedentes de caídas. **Resultados:** La muestra estuvo conformada por 1786 adultos mayores. El 45,1% tenían entre 71 y 80 años, de sexo masculino (58,9%), con nivel educativo técnico/ superior (70,9%), tenían 2 o más comorbilidades (48,9%). Se encontró asociación estadística entre AF alterado y la edad, el nivel educativo, la presencia de comorbilidades, y el deterioro cognitivo. **Conclusión:** Se encontró que el deterioro cognitivo estuvo asociado a un riesgo tres veces mayor de caídas en adultos mayores del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” durante los años 2010-2015. (7)

Este estudio nos muestra el gran riesgo al que está expuesto el adulto mayor con deterioro cognitivo; es por ello que nuestro taller de cognitivo conductual ayudará a detener el deterioro que presente el paciente; así mismo el taller de actividades diarias; fortalecerá el aspecto funcional del mismo.

JULCA, P., (Lima, 2021) En el estudio: “Efectividad de la Intervención de enfermería en la prevención de la declinación funcional del adulto mayor” **Objetivo:** Sistematizar la efectividad de la intervención de enfermería en la prevención de la declinación funcional del adulto mayor. **Método:** Revisión sistemática y retrospectiva, los artículos seleccionados se sometieron a una lectura crítica, utilizando el sistema grade para asignar la fuerza de recomendación. **Resultados:** se eligieron 10 artículos científicos sobre la efectividad de la intervención de enfermería en la prevención de la declinación funcional del adulto mayor, todos ellos corresponden al tipo y diseño de estudios revisión sistemática, ensayos clínicos aleatorizados y cohorte. El 70% de los estudios demuestran que brindar una intervención de enfermería a la persona adulto mayor mediante las actividades preventivas promocionales disminuye la declinación funcional; el 30% genera el mismo resultado con las visitas domiciliarias en él se realiza una labor compleja que aborda en forma holística al adulto mayor, en las áreas mental o física y social. **Conclusiones:** para prevenir la declinación del adulto mayor, son efectivas la prevención y promoción de la salud y las visitas domiciliarias. (8)

En este trabajo Julca llega a la conclusión que es efectiva la prevención, promoción y también la educación y seguimiento que se pueda brindar en el domicilio ya que es donde nos enfocamos más en el paciente como un ente holístico y educamos a la familia para que sea un apoyo y genere una mejora en el paciente.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Teoría de las Relaciones interpersonales de Virginia Henderson:

Virginia Henderson en su teoría de las relaciones interpersonales; considera al paciente como un individuo que necesita ayuda para lograr la independencia. Creía que la práctica de enfermería era independiente de la práctica médica reconociendo la función de la enfermera como un ser de muchas influencias. Su filosofía se basó en el estudio de la interdependencia para el paciente de Thorndike; y su experiencia en la enfermería en rehabilitación. Identifico 14 necesidades humanas básicas en las que aplico su atención de enfermería.

Virginia Henderson logro grandes contribuciones en la enfermería a lo largo de más de 60 años; como enfermera, como profesora, como escritora e investigadora. Dijo:

La función específica de la enfermera es ayudar a la persona enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación; que realizaría sin ayuda; si tuviera fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios y hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible. (9)

2.2.1.A Modelos

A. Modelo de cuidados

Virginia Henderson identificó las 14 necesidades, las que trata de cubrir en el paciente; para lograr su independencia lo más rápido posible, es decir; cubriendo la necesidad antes que aparezca el problema.

B. Modelo para la práctica

Virginia Henderson pone en práctica estas 14 necesidades haciéndolas el pilar de su atención. Para ello atravesó por un proceso continuo donde tomó en cuenta los aspectos cambiantes del paciente y construyó una fuerte relación enfermera - paciente para lograr objetivos comunes llevados a resolver el problema juntos de manera productiva.

Dichos modelos se unen con un objetivo primordial “el cuidado humanizado al paciente” y con ello su pronta recuperación e independencia. Estos dos modelos de Henderson; se originan de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como pilar central para la práctica de la enfermería. Para que el paciente desarrolle su independencia, es importante la influencia de la enfermera y la familia; y para la dependencia del paciente influyen las catorce necesidades básicas; que están integradas en los aspectos físicos, sociales, espirituales y psicológicos.

2.2.1.B. Nivel de relación enfermera – paciente

B.1 Sustituta del paciente:

Ser la sustituta del paciente significa ayudarlo y controlar las actividades que él no pueda o no deba realizar por sí solo; complementando lo que le haga falta para ayudarlo a satisfacer sus necesidades básicas y posteriormente lograr su independencia.

B.2 Colaboradora del paciente:

La enfermera será colaboradora y sobre todo educadora ya que ofrecerá sus conocimientos aplicados a pautas de cuidado; de manera

individual y repetitiva para obtener el mejor resultado en bienestar del paciente.

B.3 Compañera del paciente

Ser la compañera facilitara realizar el seguimiento del proceso de independencia del paciente, caso contrario ayudara a la retroalimentación y al aprendizaje de los errores para evitar la dependencia del paciente.

2.2.1.C. Metaparadigmas:

Virginia Henderson centró su trabajo teórico en enfermería articulando los cuatro conceptos; persona, entorno, salud y enfermería, aplicándolas a las 14 necesidades básicas que identifico.

C.1 Respirar normalmente

La necesidad de respirar es primordial en el ser humano y estará condicionada por las limitaciones orgánicas propias del proceso de envejecimiento o algún tipo de enfermedad preexistente. Se tendrá en cuenta los hábitos del paciente; el tipo de vestido, el calzado que usa. Además del tipo de dieta que este consumiendo, ya que la hidratación y el peso serán de influencia en el correcto funcionamiento del cuerpo. Las emociones, ansiedad, estrés, etc., que pueda ser producido por la familia o el entorno también se verá afectado en el patrón respiratorio del paciente. El ejercicio físico en ese caso ayudara al paciente a:

- Mantener al paciente relajado.
- Mantener y/o mejorar la respiración y frecuencia cardiaca dentro parámetros normales,
- Mejorar la capacidad de expectoración y mantener las vías aéreas libres.
- Mejorar la postura corporal y favorecer la capacidad de expansión torácica.

C.2 Comer y beber de forma adecuada

La necesidad de alimentación es vital para el mantenimiento y preservación de la vida, mantiene el correcto funcionamiento del cuerpo, debemos tener en cuenta:

- La capacidad de masticar y digerir los alimentos.
- Correcto estado de la boca y dentadura.
- Apetito y tipo de dieta que se ingiere (beneficia o perjudica su salud).
- Conocimientos sobre nutrición, costumbres y tradiciones.
- Estado emocional, situación social, situación económica.
- Hábitos nocivos (alcohol, cigarrillos, drogas, obesidad,)

C.3 Eliminar los desechos corporales

La eliminación de las sustancias de desecho del organismo es vital para el funcionamiento del cuerpo humano y mantenerlo sano, debemos tener en cuenta:

- La frecuencia y características de la función urinaria y fecal.
- Hábitos de higiene para prevenir infecciones.
- Control de esfínteres, coordinación motora.
- Estrés, creencias, costumbres, dolor, lesiones, hemorroides, etc.

C.4 Moverse y mantener una postura adecuada

El movimiento del cuerpo ayuda al mantenimiento de una buena postura, da agilidad, ayuda al desplazamiento autónomo para realizar sus actividades normales de la vida diaria. Tener en cuenta:

- La estabilidad emocional, la motivación que presente.
- Funcionamiento musculo esquelético, sistema nervioso, fuerza muscular, dolor.
- Creencias, valores, costumbres, cultura.
- Condición de vivienda, clima y entorno familiar.

C.5 Dormir y descansar

La necesidad el reposo y sueño es tan importante como respirar o comer; el dormir de manera regular y tener un sueño reparador, mejora el metabolismo y el sistema inmunológico, además ayuda a mantenerse activo durante el día. Debemos tener en cuenta:

- El tipo de dieta (el exceso de grasa influye en el sueño), Incontinencia, disnea.
- Depresión, ansiedad, pérdidas, situación social.
- Lugar de residencia, cama, vestimenta, tratamiento médico.

C.6 Elegir la ropa adecuada

La necesidad de elegir ropa y del arreglo personal, ayudara al mantenimiento de la piel, cabello y uñas. Tener en cuenta:

- Dependencia para elegir su vestimenta, vestirse y realizarse el aseo.
- Estado de ánimo y motivación.
- Situación social, situación económica; para poder adquirir ropa y calzado.
- Características de la vivienda, habitación, privacidad.

C.7 Mantener la temperatura adecuada

La necesidad de mantener la temperatura adecuada en el adulto mayor ya que su centro regulador es menos eficaz al paso de los años. Tener en cuenta:

- Piel y mucosas rosadas y húmedas.
- Ejercicio físico, transpiración.
- Ingesta de alimentos ricos en proteínas que estimule el metabolismo.
- Tipo de vestimenta, abrigo, vivienda, calefacción, ventanas, puertas.
- Costumbres, cultura.
- Problemas circulatorios, tumoraciones, hidratación, edad, estado emocional.

C.8 Mantener la higiene corporal

La necesidad de higiene y arreglo personal, ayudara al mantenimiento de la piel y anexos. Tener en cuenta:

- Dependencia para realizarse el baño y aseo.
- Estado de ánimo y motivación.
- Situación social, situación económica; para poder adquirir útiles de aseo y de limpieza
- Características de la vivienda, agua, desagüe.
- Presencia de mascotas, lesiones, dermatitis, etc.

C.9 Evitar los peligros del entorno

La necesidad de evitar peligros para tomar medidas de autoprotección, controlando las emociones y moviéndose de manera segura dentro de su entorno. Tener en cuenta:

- Uso de dispositivos de apoyo (bastón, andador, silla de ruedas, etc.)
- Funcionamiento del sistema nervioso, los sentidos y capacidad motora.
- Equilibrio emocional, estrés, ansiedad, dolor.
- Situación social, entorno familiar, vivienda.
- Hábitos, cultura, costumbres.

C.10 Comunicarse con los otros

La necesidad de comunicarse y relacionarse con su entorno, ayudara a expresar sus deseos y necesidades, dar opiniones, pertenecer a un grupo y presentar una imagen que corresponda con la realidad. Tener en cuenta:

- Capacidad sensorial, sistema nervioso, estado cognitivo.
- Estrés, ansiedad, estado emocional, depresión, soledad, dolor.
- Hábitos, cultura, costumbres, sexo.
- Situación social, situación económica, características del entorno, familia y comunidad.
- Medios de comunicación, redes sociales.

- Uso de fármacos.

C.11 Actuar de arreglo a la propia fe

La necesidad de elegir la fe según sus valores y creencias, mantener la convicción frente a lo bueno o lo malo según su cultura, ser capaz de elegir y opinar de la religión, ideología de la vida o la muerte. Tener en cuenta:

- Forma de pensar sobre la vida y la muerte.
- Asistencia y participación a grupos de oración, iglesia, templo, etc.
- Exteriorizar emociones, búsqueda o esencia de su propia vida.
- Situación social, situación económica, factores culturales.
- Duelo, crisis, estrés, conflicto de autoestima, falta de motivación, frustración, sentimientos de culpabilidad, ansiedad.

C.12 Trabajar para sentirse realizado

La necesidad de la autorrealización es importante para aumentar la autoestima del paciente, mejorar la dependencia cumpliendo actividades recreativas, educativas, etc. y sentirse satisfecho por la contribución que pueda ofrecer a la sociedad. Tener en cuenta:

- Estado físico, estado cognitivo, motivación o desinterés.
- Situación social, situación económica.
- Depresión, estrés, soledad, aislamiento, duelo, dolor.

C.13 Participar en diversas formas de entrenamiento

La necesidad de entretenimiento, ayuda a mantener la mente ocupada, relajación, descanso físico y psicológico. Tener en cuenta:

- Ejercicio a realizar, tipo, duración y periodo.
- Hábitos, costumbres, rutinas, aburrimiento, ocio.
- Sugerir dinámicas grupales, mejorar estado de ánimo.

C.14 Aprender, descubrir o satisfacer necesidades

La necesidad de aprender nunca termina, el adquirir conocimientos y habilidades nuevas, ayuda a la modificación de su comportamiento y beneficia la salud. Tener en cuenta:

- Capacidades y limitaciones de aprendizaje.
- Nivel de instrucción, estado cognitivo conductual.
- Motivación de nuevos aprendizajes, cursos virtuales, talleres, etc.
- Hábito de lectura, costumbres, rutinas diarias.

Es importante que la enfermera brinde un acompañamiento en todo el proceso, brindando la educación continua, para recuperar la parte espiritual y psicológica dando un nuevo sentido a la vida del paciente y hacerlo sentirse útil nuevamente. (10)

2.3 BASES CONCEPTUALES

2.3.1 DEFINICIONES

2.3.1.a Adulto mayor.

Definición: es aquella persona mayor de 60 años, que presenta diversas enfermedades (pluripatología) y que generalmente consume varios medicamentos (polifarmacia). Frecuentemente presenta alteraciones cognitivas y un grado variable de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria. (11)

2.3.1.b Caídas.

Definición: La OMS define a las caídas como acontecimientos involuntarios que ocurren tras perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detiene. (1)

A. **Causas:** El proceso de envejecimiento trae muchos factores de riesgo que pueden causar caídas, entre ellos la declinación del estado de salud, deterioro funcional, inestabilidad, deterioro intelectual, mal uso de instrumentos de apoyo, piso desnivel o resbaladizo, alfombras sueltas, etc.

B. **Consecuencias:**

B.1. Consecuencias físicas: fracturas, daño en tejido blando, dolor, incapacidad de realizar sus actividades, inmovilidad, inestabilidad, reducción de la calidad de vida, muerte.

B.2. Consecuencias externas: miedo, ansiedad, frustración, disminución de la autoestima, sentimiento de culpa, soledad, gastos hospitalarios, terapias de rehabilitación, etc.

C. **Factores:**

C.1. Factores intrínsecos; son los propios de la enfermedad que padece el paciente; hipertensión, alteración en el equilibrio de la marcha, deterioro visual o cognitivo, uso incorrecto del medicamento, edad mayor de 80 años, sexo femenino, polifarmacia, antecedentes de caídas anteriores, etc.

C.2. Factores extrínsecos; son los factores ambientales o de riesgo propios de la vivienda, exteriores o en los medios de transporte.

C.2.1 En la vivienda:

a) Suelos: irregulares, deslizantes, muy pulidos, con desniveles, sin contraste de colores.

b) Iluminación: luces muy brillantes o insuficiente.

c) Escaleras: sin pasamanos, mala iluminación, escalones irregulares, sin descanso.

d) Cocina: muebles demasiados altos, suelos resbaladizos.

e) Baño: lavamanos e inodoros muy bajos para la altura de la persona, ausencia de barra en ducha; y frente o al costado del wáter.

- f) Dormitorio: cama muy alta, baja y/o estrecha para la altura de la persona, cables sueltos, objetos en el suelo (al momento de bajar de la cama).
- g) Inadecuada distribución del mobiliario, muebles u objetos en desorden.
- h) No utilizar ayudas técnicas indicadas (bastón, andadores, lentes).
- i) Mascotas
- j) Otros: calzado inadecuado, puertas de vidrio, paredes con grandes espejos, vestimenta inadecuada, ingestión de bebidas alcohólicas,

C.2.2 En calles, plazas, jardines, etc.:

- a) Aceras estrechas, con desniveles y obstáculos.
- b) Pavimento o pistas en mal estado.
- c) Semáforo de breve duración para cruzar la pista.
- d) Bancas de los jardines y parques muy altos o bajos para el adulto mayor.
- e) Pozos de agua, buzones, etc.

C.2.3 En los medios de transporte:

- a) Escalones de buses, metro, autos, tren o avión muy altos.
- b) Movimientos rápidos o bruscos del vehículo.
- c) Tiempos cortos para subir o bajar de los vehículos. (2)

2.3.1.c Independencia.

Definición: Nivel óptimo de desarrollo del potencial físico de la persona adulta mayor; para satisfacer sus necesidades básicas. La independencia está determinada por las características de la persona.

(12)

2.3.1.d Fragilidad.

Definición: la OMS la define como un deterioro progresivo de los sistemas fisiológicos, relacionados a la edad y a enfermedades crónicas previas. Existe una predisposición a desarrollar la fragilidad; mas no es un estado previo para la discapacidad. Según estudios las mujeres tienen menos masa corporal y fuerza muscular por lo que son más frágiles.

A. Categorías:

A.1 Fisiológicos: Sarcopenia, alteración del sistema endocrino, alteración del sistema inmunitario y musculoesquelético, etc.

A.2 Médicos: Hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías, deterioro cognitivo, sedentarismo, etc.

A.3 Sociodemográficos: Edad, sexo, estado nutricional, nivel educativo, situación económica, etc.

A.4 Psicológicos: Depresión. (13)

2.3.1.e Dependencia.

Definición: es el desarrollo insuficiente del potencial total del adulto mayor, debido a una falta de conocimientos o voluntad, que dificulta la realización de las actividades, normales y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

A. Manifestaciones: variación de la conducta; inadecuada o insuficiente para satisfacer sus necesidades básicas, causadas por una falta de fuerza o conocimiento.

B. Tipos:

- Incorrecta: resulta perjudicial para la salud de cualquier persona.
- Inadecuada: perjudicial en el caso que nos ocupa, pero que puede no serlo en otras ocasiones.
- Insuficiente: siendo adecuada, no alcanza el grado deseado

C Fuente de dificultad:

Son los obstáculos o limitaciones que hacen que la persona no pueda satisfacer sus necesidades básicas, es decir el inicio de la dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad:

- Falta de fuerza (física o psíquica)
- Falta de conocimiento
- Falta de voluntad. (12)

2.3.1.f Seguridad del paciente.

Definición: La OMS define a la seguridad del paciente como la reducción, a un mínimo aceptable, del riesgo de daño innecesario asociado al cuidado de salud. Originado por actos no intencionales o intencionales. Cuando ocurre el daño, estos incidentes son caracterizados Eventos Adversos. Los eventos adversos pueden ocasionar daño irreversible a los pacientes, trastornos a los familiares y prolongar el tiempo de estancia hospitalaria, lo que generaría mayores costos. (14)

2.3.2 ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

2.3.2.a Visita domiciliaria.

Definición: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención domiciliaria es aquella modalidad de asistencia programada que lleva la atención multidisciplinaria, cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales; al domicilio del paciente.

a.1 Tipos:

- Visita a demanda y/o urgencia: Solicitada por el paciente o familia, ante la imposibilidad de transportarse, en la actualidad por pandemia.
- Rehabilitación: a los pacientes que requieran acompañamiento periódico; semanal quincenal o mensual, generalmente los pacientes crónicos o en riesgo.
- Interacción domiciliaria: aplicado a pacientes terminales generalmente, que reciben cuidados en casa, se educa a la familia y/o cuidador para los cuidados al paciente.
- Búsqueda activa: es la búsqueda del paciente y familia al no haber acudido a su cita o control.
- Diagnóstico: se evidencia zonas de riesgo para evitar accidentes en casa como caídas y se hará el seguimiento de los casos.
- Consejería: cuando existe algún cambio de terapéutica, uso de medicamentos nuevos, cambios en la dieta, cambio de hábitos, cuidado personal, mejorar la higiene, etc.
- Educación: se desarrolla el plan de actividades para la educación y promoción de la salud, es individualizada en cada caso.

a.2 Equipo multidisciplinario:

Definición: es el equipo formado por un grupo de profesionales de diferentes disciplinas; para cubrir todas las necesidades del paciente adulto mayor.

- Médico Geriatra
- Enfermera especialista
- Técnica de enfermería
- Trabajador social
- Terapeuta de rehabilitación.
- Odontólogo
- Psicólogo
- Nutricionista. (15)

2.3.2.b Evaluación del riesgo de caídas.

Definición: Es el uso de los instrumentos de evaluación en nuestra actividad diaria; utilizados para medir el riesgo de caídas que presenta el adulto mayor, en este caso utilizamos la escala de riesgo de caídas de DOWNTON; donde mide el riesgo según 6 criterios de evaluación, que son: caídas previas, uso de medicamentos, existencia de déficit sensorial, estado mental y la deambulación; dando como resultado en riesgo a caídas; un valor >2 . El otro instrumento utilizado es la escala de TINETTI que mide el equilibrio y la marcha. En el equilibrio evalúa al paciente (sentado, al levantarse de una silla, tras levantarse, de pie, con los ojos cerrados y girando) donde su máxima puntuación es 16; y en la marcha lo evalúa (al inicio, longitud y altura del paso) donde su máxima puntuación es 12. (VER ANEXO 1).

2.3.2.c Telesalud.

Definición: Es el uso de los sistemas de telecomunicaciones y tecnología virtual para poder prestar servicios de atención de salud fuera de los centros de salud. En el contexto actual los servicios de salud se han adaptado y reinventado para continuar la atención de manera segura y directa con el paciente y su familia; con el desarrollo de la demanda y la tecnología, es dinámico y está en constante evolución.

b.1 Teleconsulta: es la consulta que hace el paciente o familia al personal de salud desde casa, generalmente esta teleconsulta es con programación previa.

b.2 Telemonitoreo: es seguimiento que se hace periódicamente al paciente, para verificar la asistencia a los talleres y la realización de las terapias en casa.

b.3 Teleorientación: se brinda consejería al paciente adulto mayor y su familia, resolviendo sus dudas desde casa, puede darse vía teléfono, WhatsApp o video llamada.

2.3.2.d Telerehabilitación.

Definición: La telerehabilitación es un sistema de control o monitoreo de la rehabilitación a distancia utilizando tecnologías de telecomunicación, identificado las condiciones o circunstancias en las que el paciente adulto mayor pueda terapia física digital, educación sobre la condición de salud, promoción de la independencia, prescripción de ejercicio terapéutico, asesoría sobre actividad física o plan de ejercicios, y el seguimiento y monitorización del progreso de los pacientes tratados previamente de manera presencial. (16)

2.3.2.e Área intramural:

- Coordinación con el comité de Seguridad del Paciente.
- Capacitar al personal sobre la cultura de seguridad del paciente.
- Realizar un diagnóstico situacional valorando las áreas de peligro o riesgo de caídas para el paciente, en el interior del hospital, consultorios, áreas comunes, etc.
- Promover la participación de los usuarios internos y externos estableciendo lazos de confianza con el paciente y su familia.
- Incentivar al paciente y familia que adopte una cultura de seguridad.
- Incentivar al paciente y familia a la inscripción y adaptación al programa de visita domiciliaria, para la realización de los diferentes talleres.
- Educar a los pacientes y sus familias sobre los factores que pueden producir caídas en el adulto mayor y las estrategias para prevenirlas.
- Educar al paciente y familia sobre contenidos educativos de la prevención de caídas en el adulto mayor.

2.3.2.f Área extramural:

- Coordinar con el personal del programa de Visita domiciliaria.
- Realizar un diagnóstico situacional identificando los posibles riesgos en el hogar y exteriores; durante la primera visita.
- Promover la participación de la familia estableciendo lazos de confianza.
- Educar al paciente y familia en su domicilio; sobre los factores que pueden producir caídas en el adulto mayor y las estrategias para prevenirlas.
- Realizar el seguimiento de las medidas de seguridad adoptadas en el domicilio.

CAPÍTULO III

PLAN DE INTERVENCIÓN EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL HOGAR EN EL ADULTO MAYOR DEL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA DEL HOSPITAL MILITAR GERIÁTRICO - LIMA, 2020 – 2021

3.1 EXPERIENCIA LABORAL

Mi experiencia laboral data de hace 21 años, donde inicie mi labor profesional en el Hospital Militar Central área de hospitalización C-4-1 medicina interna, brindando atención asistencial directa a pacientes adultos mayores ex combatientes de la Campaña Militar del Alto Cenepa en 1941.

Nació en mi un interés muy particular en la atención directa al paciente adulto mayor por ser tal frágiles y tener toda un área de cuidados muy diferente al del adulto joven en la promoción y prevención de sus cuidados; para retrasar el proceso de envejecimiento.

Es así como me traslade a laboral al Hospital Militar Geriátrico; donde laboro actualmente. Cursé la especialidad de Enfermería Geriátrica y Gerontológica; donde aprendí todo es aspecto teórico de la carrera. En la parte asistencial aprendí los cuidados institucionales que se aplican en el paciente adulto mayor. Pero en la parte primaria se puede explayar todos los conocimientos adquiridos por la parte teórica que mi especialidad exige y la experiencia que adquiriré a través de los años. Es aquí donde puedo aportar la base de unos buenos cuidados, del control de riesgo, de la prevención y ser bien aceptado por la familia y el paciente que se atiende con mucho esmero, paciencia y sobre todo afecto recíproco.

3.2 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo académico se inicia como una iniciativa en la prevención de caídas en el hogar del adulto mayor, se sabe de las caídas que; más de un tercio de los adultos mayores se cae cada año, y el 50% de estos presenta caídas recurrentes o continuas, entre el 4% y el 15% producen lesiones significativas. Además; son las causantes del 66% de muertes accidentales, las que constituyen la quinta causa de muerte en adultos mayores. (1)

- 3.2.1 Justificación teórico:** con este trabajo académico podremos obtener datos estadísticos para poder evaluar la efectividad del programa.
- 3.2.2 Justificación metodológico:** podremos obtener nuevos datos y registros sobre causas o factores que determinan las caídas para identificarlas y transformarlas en bien del paciente.
- 3.2.3 Justificación económica:** con la prevención de las caídas podremos disminuir los gastos familiares en hospitalizaciones o institucionalizar al paciente; así como los gastos que cubre el hospital militar a los pacientes adultos mayores.
- 3.2.4 Justificación social:** permitir que el paciente adulto mayor persona frágil y de riesgo, realice sus talleres y actividades en un ambiente seguro desde su hogar durante este periodo de pandemia.
- 3.2.5 Justificación profesional:** fortalecer la imagen profesional de la enfermera en su función educadora, investigadora e inventiva; a fin de mejorar el estilo de vida de los pacientes adultos mayores con la prevención de las caídas en su hogar.
- 3.2.6 Justificación penal:** se presentan y remiten informes mensuales sobre las actividades realizadas en el programa de visita domiciliaria a la Dirección General del Hospital Militar Geriátrico; para su aprobación y posterior envío a la Dirección de Salud del Ejército.

Por tal motivo se busca la realización de este plan de Intervención en la prevención de caídas en el hogar del adulto mayor del programa de visita domiciliaria del Hospital Militar Geriátrico; para que sea continuado y llegue a ser un punto de referencia para otros centros de la Institución Militar y civil de salud.

3.3 OBJETIVOS

3.1.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la prevención de las caídas del adulto mayor en su hogar.

3.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las áreas de mayor riesgo en el hogar que puedan producir caídas en el adulto mayor.
- Conocer y controlar las barreras y obstáculos al interior del domicilio y fuera de este que puedan generar caídas en el adulto mayor.
- Promover y fortalecer una cultura de seguridad orientada a la reducción de riesgos de caídas en el adulto mayor.
- Promover la participación del paciente y familia.
- Educar al paciente y familia sobre los métodos de prevención de caídas.

3.4 METAS

Lograr la captación total de 100% de las atenciones a los pacientes adultos mayores de nuestra población; mediante trípticos informativos, redes sociales, y socialización de nuestro programa, para prevenir las caídas en el hogar, disminuyendo la institucionalización y otras consecuencias que estas pudieran traer.

3.5 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

ESTRATEGIAS		ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	RESPONSABLE
Estrategia 1. Detección precoz de los factores de riesgo.																
1	Gestión de los recursos	Gestión documentaria de los recursos a utilizarse en el programa	Documento, solicitudes y hojas de pedido.	X												Enfermera a cargo del programa
2	Realizar un diagnóstico situacional	Coordinar con el comité de seguridad del paciente.	Documento solicitando apoyo.	X												Enfermera a cargo del programa
3	Identificar posibles riesgos en el centro de salud y exteriores	Valorar áreas de peligro o riesgo para el adulto mayor	Informe observacion al al dpto. de logística.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Enfermera a cargo del programa
4	Capacitar al personal sobre la cultura de seguridad del paciente.	Colaborar con la seguridad del paciente.	Detección de riesgo		X			X			X			X		Enfermera a cargo del programa
5	Identificar posibles riesgos en el domicilio y exteriores durante la primera visita.	Coordinar con el personal del programa de visita domiciliaria.	Documento solicitando apoyo.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo multidisciplinario

Estrategia 2. Educación para la salud y promoción de hábitos saludables.																
1	Promover la participación de los usuarios internos y externos.	Establecer lazos de confianza con el paciente y familia	Participación masiva		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo multidisciplinario
2	Adoptar una cultura de seguridad	Incentivar al paciente y familia	Acepta su seguridad		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo multidisciplinario
3	Promover y difundir la adopción de hábitos saludables	Confección y entrega de trípticos	Trípticos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo multidisciplinario
4	Establecer hábitos saludables	Educación al paciente y familia	Mejora sus hábitos saludables		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo multidisciplinario
Estrategia 3. Disminución y corrección de los riesgos																
1	Identificar factores de riesgo de caídas	Educación al paciente y familia	Informes de Charlas educativas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Enfermera a cargo del programa
2	Estrategias de prevención de caídas	Educación al paciente y familia	Informe de Charlas educativas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Enfermera a cargo del programa

Estrategia 4. Implementación del taller virtual																
1	Educación al paciente y familia	Taller de Ejercicios físicos	Aprende los ejercicios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Terapia física y rehabilitación
2	Educación al paciente y familia en el domicilio	Taller de Ejercicios físicos	Realiza los ejercicios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Enfermera a cargo del programa
Estrategia 5. Control y seguimiento de los riesgos.																
1	Seguimiento de las medidas adoptadas en el centro de salud	Observación y reconocimiento	Informe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Enfermera a cargo del programa
2	Seguimiento de las medidas adoptadas en el domicilio	Observación y reconocimiento	Informe		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Enfermera a cargo del programa

3.6 RECURSOS:

3.6.1 MATERIALES

- Ambiente físico.
- Escritorio con cajones.
- Sillas.
- Computadora con conexión a internet.
- Impresora.
- Tinta para impresora.
- Papel A4 para impresión de trípticos, fichas, encuestas, formatos e informes.
- Lapiceros negro, rojo, lápiz.
- Borrador, tajador.
- Tijera, goma, regla de 30 cm.
- Alfileres, chinchas de colores.
- Archivadores.
- Movilidad (auto)
- Combustible.
- Mapa o plano de lima para ubicar los domicilios.
- Maletín.
- Tensiómetro.
- Estetoscopio.
- Termómetro.
- Pulsioxímetro.
- Recetarios.
- Bajalenguas.
- Guantes descartables y quirúrgicos

3.6.2 HUMANOS

- Medico Geriatra.
- Enfermera especialista.
- Técnica de enfermería.

- Trabajador social.
- Terapeuta de rehabilitación.
- Odontólogo.
- Psicólogo.
- Nutricionista.
- Chofer

3.7 EJECUCIÓN

La ejecución de las actividades del plan de Intervención se realiza anualmente, y para este año pese a la pandemia se ha ejecutado de una manera distinta; pero sin dejar de cumplir con los objetivos planteados previamente.

El apoyo y la participación profesional de las enfermeras que trabajan en el Hospital Militar Geriátrico; fue de gran ayuda ya que se pudieron lograr las actividades propuestas en el plan de la visita domiciliaria.

Asimismo, se logró identificar las zonas inseguras tanto de nuestra IPREES; como en los domicilios de los pacientes a los que se les realizó la visita domiciliaria.

Por último, se realizaron las actividades administrativas, logrando actualizar nuestra base de datos, registro de pacientes, inscritos nuevos, actualización diaria de las actividades realizadas, para el mejor seguimiento del paciente en su domicilio; afirmando sin lugar a duda que se pudo concientizar al paciente y familia en la prevención de caídas en el hogar del adulto mayor.

TABLA 1: NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS Y NUEVOS AÑO 2019

2019	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
ATENDIDOS	37	39	38	24	28	38	38	31	31	34	22	6	362
NUEVOS	3	2	4	7	8	2	7	2	6	3	4	6	54
TOTAL	40	37	42	31	36	40	45	33	37	37	26	12	416

TABLA 2: NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS Y NUEVOS AÑO 2020

2020	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	OBS
ATENDIDOS	37	38	12	40	69	42	37	35	48	24	22	6	410
NUEVOS	4	3	8	9	4	4	5	2	4	5	4	6	58
TOTAL	41	41	20	49	73	46	42	37	52	29	26	12	468

TABLA 3: NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS Y NUEVOS AÑO 2021

2021	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	OBS
ATENDIDOS	25	32	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71
NUEVOS	7	7	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18
TOTAL	32	39	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89

3.8 EVALUACIÓN

La intervención del plan se realizó en un 90%. Dentro de las dificultades encontradas se observó la resistencia del paciente adulto mayor a solicitar ayuda, a aceptar que necesita ayuda total o parcial para satisfacer sus necesidades básicas de la vida diaria. A la falta de conectividad al internet, o algún dispositivo para lograr la atención virtual.

Se logro sensibilizar a la familia y al paciente posteriormente; y se obtuvo un 100% de participación en los talleres de prevención de caídas, gracias también al espíritu de grupo de los demás compañeros que brindaron su incentivo y fuerza en las reuniones grupales.

Se logro sensibilizar a las familias a identificar las zonas de riesgo dentro de casa y en los exteriores: y mejor aún a mejorar las zonas de riesgo con refracciones o cambios en casa.

El aspecto administrativo de los informes se logró en un 70% ya que no se contaba con personal permanente en el programa; posteriormente se logró la coordinación del personal en trabajo remoto y se pudo superar esa dificultad.

CONCLUSIONES

1. Las caídas se producen por factores intrínsecos y extrínsecos; los factores intrínsecos son los relacionados por causas internas del paciente, es decir alguna patología que presente; deterioro funcional, enfermedades orgánicas, polifarmacia, etc., y los factores extrínsecos o ambientales, como pisos resbalosos, mala iluminación, baños peligrosos, etc.,
2. El riesgo a una caída es mayor; mientras mayor sean los factores de riesgo que ya existen, no necesariamente se presentan los mismos factores para producir una caída. Pero lo que debemos tener en cuenta es el daño que va a producir; tanto externa como internamente al paciente adulto mayor.
3. Todas las acciones que tomemos en cuenta serán básicas para la prevención de las caídas y mejorar la calidad de vida en esta etapa, logrando una vejez digna con independencia y funcionalidad total.
4. La participación comprometida del profesional de enfermería especialista en geriatría y gerontología; será fundamental para la promoción de la salud del adulto mayor y la prevención de las caídas.

RECOMENDACIONES

1. A la dirección del Hospital Militar Geriátrico, que continúe brindándonos el apoyo necesario de los recursos materiales, para continuar con nuestra labor en la visita domiciliaria; para que pueda efectuarse con mayor frecuencia.
2. Al equipo multidisciplinario, que continúen con su ardua labor con eficacia y eficiencia, como lo han ido haciendo desde que inició este programa.
3. Al personal de enfermería, que continúen con la misma vocación de servicio con que iniciaron su labor, demostrando su capacidad de organización y liderazgo, cumpliendo sus funciones con habilidad, destreza y competencias ganadas únicamente con la experiencia y con toda la paciencia y humildad que presentan ante el paciente adulto mayor.
4. Como profesionales de enfermería debemos tener en cuenta que con la realización de este trabajo podremos ser guía para otros centros de salud militar, y a su vez evitar que el adulto mayor se deteriore en forma negativa en la esfera psicosocial y de salud; y pueda entonces seguir participando activamente en la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrera I, Bringas Z. Evaluación de factores asociados a caídas en adultos mayores en un servicio de Geriatria de un Hospital III-I Lima-Perú: estudio de casos y controles 2020. Lima – Perú. URL: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/7841>
2. Cordero C, Rodríguez O, Campos N. Las caídas “Gigantes de la Geriatria” un reto a los sistemas de salud del mundo. La Habana – Cuba. GerolInfo Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria RNPS 2110 ISSN 1816-8450 Vol.14. No.2. 2019.
3. Silva J, Partezani R, Miyamura K, Fuentes W. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. México. *Versión On-line* ISSN 2395-8421 *versión impresa* ISSN 1665-7063. 2019. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000100031&lng=es.
4. Abellan A, Aceituno N, Pérez J, Ramiro D, Ayala A, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red núm. 22, 38 p. Madrid - España. 2019. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>
5. Suarez G, Velasco V, Limones M, Reyes H, Delgado V. Caídas en el adulto mayor y factores de riesgo. ISSN-e 2530-0776, ISSN 2340-924X, Vol. 8, N. 1, 2020. México. 2020. págs.47-56 Disponible en: Caídas en el adulto mayor y factores de riesgo - Dialnet (unirioja.es)
6. Mallma J. Factores de riesgo de caídas en adultos mayores que asisten a un centro del adulto mayor. Villa María del Triunfo. Lima. 2018. OAI:[cybertesis.unmsm.edu.pe:20.500.12672/10262](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/20.500.12672/10262). Lima - Perú.

- Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/10262>
7. Bejar A, Runzer F, Parodi J. Relación entre el riesgo de caídas y deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távora” 2010-2015. Revistas Colegio Médico del Perú. oai:oj.s.pkp.sfu.ca:article/811. 2019. Disponible en: <https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/811>
 8. Julca P. Efectividad de la intervención de enfermería en la prevención de la declinación funcional del adulto mayor. Universidad Norbert Wiener, 2021, disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/4757>
 9. Marriner A., Raile M., Modelos y Teorías de Enfermería. 6ta edición. Editorial Elsevier. 850 páginas. Disponible en: books.google.es
 10. Lopez I, Múnica M, Restrepo N, Vargas M. Necesidades del adulto mayor según el modelo de Virginia Henderson envidado. Colombia. 2018. Disponible en: https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/4509/6/Necesidades%20del%20adulto%20mayor%20seg%C3%BAAn%20el%20mdelo%20de%20Virginia%20Henderson%2C%20Envidado2018_2020.pdf
 11. Matrapa Y, Lamadrid M, Espinosa A. Modelos y teorías para la atención de enfermería al adulto mayor desde una dimensión de relación enfermera-paciente-cuidador. Revista Cubana de Enfermería vol.36 no.4. Versión impresa ISSN 0864-0319 versión On-line ISSN 1561-2961. La Habana - Cuba. 2020. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192020000400003&script=sci_arttext&tlng=pt
 12. Material complementario. Enfermería comunitaria. Disponible en: <http://mira.ired.unam.mx/enfermeria/wp-content/uploads/2013/05/virginia.pdf>

13. Rivelli R, Gabetta J, Amarilla A, Lopez O, Denis M, Duarte L, et al. Fragilidad del adulto mayor en tres unidades de Salud Familiar del Paraguay en 2019. Doi:10.18004/rvspmi/2312-3893/2020.07.02.11-22. Paraguay. 2020. Disponible en: <https://www.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/171/178>
14. Barbosa M, Melo J, Faria K, Gonçalves K, Felix M, Barichello E. Seguridad del paciente: percepción de enfermeros brasileños. Rev. cuba. enferm. Cuba. 2018. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1561>
15. Revelo L. La visita domiciliaria, una estrategia para garantizar la continuidad de la atención - percepción de los usuarios de Imbaya 2019. Ecuador. 2020 Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/10392>
16. Serón P, Oliveros M, Fuentes R, Gutiérrez R. Efectividad de la telerehabilitación en terapia física: protocolo de una revisión global en tiempos que exigen respuestas rápidas. Chile. Medwave 2020; 20(7):e7970 doi: 10.5867/medwave.2020.07.7970. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Protocolos/7970.act?ver=sindisenio>

ANEXOS

ANEXO 1: ESCALAS DE EVALUACION DE RIESGO DE CAIDAS

ESCALA DE DOWNTON

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS		ALTO RIESGO > 2
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes, sedantes, Diuréticos, antidepresivos otros	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales, auditivas	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda, insegura	1

ESCALA DE TINETTI

ESCALA DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO:

Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos.

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

PUNTUACIÓN TOTAL DEL EQUILIBRIO (máx. 16 puntos).

ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA:

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

1. Inicio de la marcha	Cualquier vacilación o varios intentos por empezar	0
	Sin vacilación	1
2. Longitud y altura del paso	A) Balanceo del pie derecho	
	No sobrepasa el pie izquierdo	0
	Sobrepasa el pie izquierdo	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1
	B) Balanceo del pie izquierdo	
	No sobrepasa el pie derecho	0
	Sobrepasa el pie derecho	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1

ANEXO 2: FORMATOS UTILIZADOS EN LA EVALUACION DEL ADULTO MAYOR



HOSPITAL MILITAR GERIÁTRICO

FICHA DE EVALUACIÓN GERIÁTRICA

I. FILIACIÓN:

PACIENTE:
 NOMBRE: _____ N.A.: _____ GRADO: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ GRADO DE INSTRUCCIÓN: _____
 LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____
 GRUPO SANGUÍNEO: _____ RH: _____ RELIGIÓN: _____
 DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____
 RESPONSABLE DEL PACIENTE: _____ TELÉFONO: _____
 TIPO DE ANAMNESIS: DIRECTA INDIRECTA DIRECTA-INDIRECTA

TITULAR:
 NOMBRE: _____ N.A.: _____ GRADO: _____
 DOMICILIO: _____ TELÉFONO: _____

II. COMORBILIDAD: () RAM:

() HTA I10.X	() INCONTINENCIA URIN R32.X	() TRANST. SUEÑO G47.0
() DM INSULINODEP E10.9	() INCONTIN. FECAL R15.X	() TRANST. COGNITIVO F06.7
() DM NO INSULINODEP E11.9	() ERC N18.9	() ANEMIA POR DEF. VIT B12 D51
() DEMENCIA NO ESPECIF F03.9	() HBP N40	() ANEMIA POR DEF. HIERRO D50
() DEM VASCULAR F01.9	() ITU RECURRENTE N39.X	() HIPERLIPIDEMIA MIXTA E78.2
() DEM PARKINSON F02.3	() FIBROSIS PULMONAR J84.1	() HIPERCOLESTEROLEMIA PURA E078.0
() DEM ALZHEIMER F00.2	() BRONQUITIS CRÓNICA J42	() HIPERTRIGLICERIDEMIA PURA E078.1
() ENF. PARKINSON G20	() EPOC J44.9	() HIPOTIROIDISMO E01
() ENF. ALZHEIMER G30.9	() EPID J84.9	() HIPERTIROIDISMO E05
() SECUELA DE ACV I69.4	() IVP I87.2	() PORTADOR DE MARCAPASO Z95.0
() POSTRADO M62.3	() VENAS VARICOSAS C/ÚLCERA I83.2	() PORTADOR DE SNG
() SARCOPENIA M62.8	() OSTEOARTROSIS M15.0	() PORTADOR DE S. FOLEY
() FRAGILIDAD M73.6	() OSTEOPOROSIS M81.9	() NEOPLASIA (especificar)
() UPP L89	() GASTRITIS K29.0	
() ESTREÑIMIENTO K59.0	() ONICOMICOSIS B35.1	

III. PROBLEMAS GERIÁTRICOS ACTUALES:

PROBLEMAS	FECHA											
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1. Confusión Aguda												
2. Deprivación Sensorial	Visual											
	Auditiva											
3. Síncope												
4. Caídas												
5. Insomnio												
6. Inmovilización												
7. Incontinencia	Urinaria											
	Fecal											
8. Constipación												
9. Úlceras por decúbito												
10. Ortostatismo												
11. Mareos												
12. Prostatismo												



HOSPITAL MILITAR GERIÁTRICO

FICHA DE EVALUACIÓN GERIÁTRICA

IV. EVALUACIÓN FUNCIONAL:

INDICE DE EVALUACIÓN										
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
KATZ (ABVD)										
Bañarse										
Vestirse										
Comer										
Ir al servicio higiénico										
Levantarse										
Continencia										
LAWTON (AIVD)										
Usar el telefono										
Ir de compras										
Preparar los alimentos										
Manejo de la casa										
Lavado de prendas										
Transportarse										
Uso de medicación										
Manejo de finanzas										
CRUZ ROJA (GF°)										

V. RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN:

ESCALA DE NORTON										
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
CONDICIÓN FÍSICA										
Buena 4, Débil 3										
Malo 2, Muy malo 1										
ESTADO MENTAL										
Alerta 4, Apático 3										
Confuso 2, Estupor o Coma 1										
ACTIVIDAD										
Deambula solo 4, Con ayuda 3										
Se sienta 2, Postrado 1										
INCONTINENCIA										
Ninguna 4, Ocasional 3										
Urinaria o fecal, Doble 1										
MOVILIDAD										
Plena 4, Disminuida/con ayuda 3										
Muy limitada 2, Inmóvil 1										
BR = 15-20, MR = 12-14										
AR = 5-11										

SUGERENCIAS Y/O SOLICITUD DE ANÁLISIS: _____



EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL CUESTIONARIO ABREVIADO DE PFEIFFER

PREGUNTAS	FECHA									
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1 ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)										
2 ¿Qué día de la semana es?										
3 ¿En qué lugar estamos?										
4 ¿Cuál es su número telefónico? (Si no tiene) ¿Cuál es su dirección completa?										
5 ¿Cuántos años tiene?										
6 ¿Dónde nació?										
7 ¿Cuál es el nombre del presidente del gobierno?										
8 ¿Cuál es el nombre del anterior presidente del gobierno?										
9 Dígame el primer apellido de su madre.										
10 Restar de 3 en 3 desde 20										
TOTAL										

RESULTADO:

0-2 Errores: NORMAL

3-4 Errores: DETERIORO LEVE

5-7 Errores: DETERIORO MODERADO

8-10 Errores: DETERIORO SEVERO

DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO: _____

SUGERENCIAS: _____

TRIAJE DE ENFERMERÍA:

SÍGNOS VITALES	FECHA									
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PRESIÓN ARTERIAL (mmHg)										
FRECUENCIA CARDÍACA (x')										
FRECUENCIA RESPIRATORIA (x')										
SAT O2 (%)										
TEMPERATURA CORPORAL (° C)										
EDAD ACTUALIZADA										



EVALUACIÓN SOCIAL

DIAGNÓSTICO	FECHA									
	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///
1. Abandono familiar										
2. Pobreza coyuntural										
3. Indigencia										
4. Conflicto familiar										
5. Desempleo										
6. Hacinamiento										
7. Promiscuidad										
8. Otros										
9. Sin problema										

DIAGNÓSTICO SOCIAL: _____

SUGERENCIAS: _____

EVALUACIÓN NUTRICIONAL

PARÁMETROS	FECHA									
	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///
1. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)										
2. PESO										
3. TALLA										

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: _____

SUGERENCIAS: _____



EVALUACIÓN PSICOLÓGICA ESCALA DE DEPRESIÓN DE "YESAVAGE"

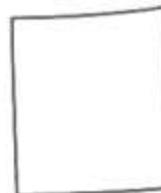
PREGUNTAS	FECHA													
	//		//		//		//		//		//		//	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1. ¿Está ensatisfecho con su vida?														
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?														
3. ¿Siente que su vida está vacía?														
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?														
5. ¿Se encuentra a menudo en buen ánimo?														
6. ¿Teme que algo malo le pase?														
7. ¿Se siente feliz muchas veces?														
8. ¿Se encuentra a menudo abandonado(a)?														
9. ¿Prefiere quedarse en casa o salir?														
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?														
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?														
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?														
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?														
14. ¿Siente que su situación es desesperada?														
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?														
TOTAL														

PUNTAJE TOTAL:

INTERPRETACIÓN: 0-5 PUNTOS NORMAL
 6-9 PUNTOS : RIESGO DE DEPRESIÓN
 >10 PUNTOS: DEPRESIÓN ESTABLECIDA



HOSPITAL MILITAR GERIÁTRICO
PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA REQUERIDA
EN EL EJÉRCITO (PADRE)



FICHA DE INSCRIPCIÓN

N° _____

FECHA: _____

MÉDICO QUE DERIVA: _____

DATOS DEL PACIENTE

GRADO : _____ **NA:** _____ **DNI:** _____

APELLIDOS Y NOMBRES : _____

EDAD : _____

DOMICILIO : _____

REFERENCIA : _____

TELÉFONOS : _____

DIAGNÓSTICOS DE INGRESO A PADRE: _____

G° F: _____

DATOS DEL GARANTE

GRADO : _____ **NA:** _____ **DNI:** _____

APELLIDOS Y NOMBRES : _____

TELÉFONO : _____

DATOS DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE

APELLIDOS Y NOMBRES : _____

GRADO DE PARENTESCO: _____

TELÉFONOS : _____

CORREO ELECTRÓNICO : _____

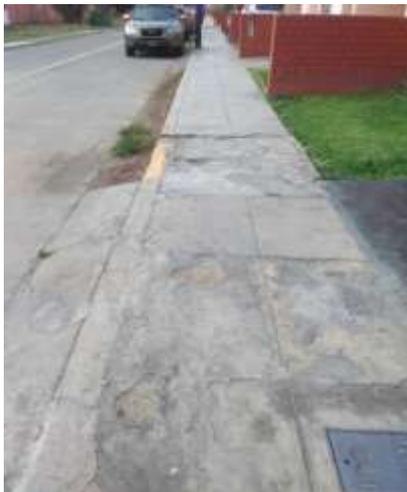
CROQUIS DOMICILIARIO POR GOOGLE MAPS

Empty rectangular box for the home sketch (CROQUIS DOMICILIARIO).

GALERIA DE FOTOS

ZONAS DE PELIGRO EN EXTERIORES DE LOS DOMICILIOS

ANTES



DESPUÉS



MEJORAS EN EL HOGAR

Antes



Después



ZONAS DE RIESGO EN EL INTERIOR DEL HOGAR

ALFOMBRA MAL COLOCADA



CORDONES SUELTOS



LIMPIAPIES SUELTO



MEJORAS PARA EL PACIENTE ADULTO MAYOR

Antes



Después



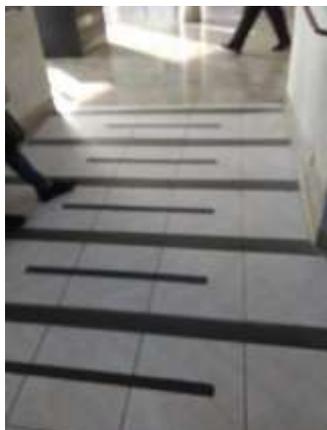
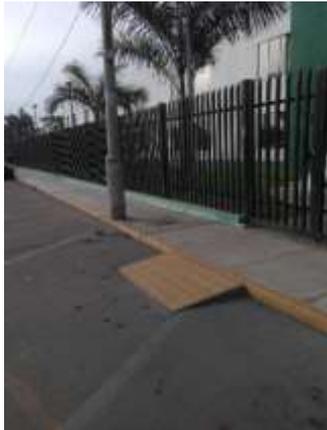
VISITA DOMICILIARIA
EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO



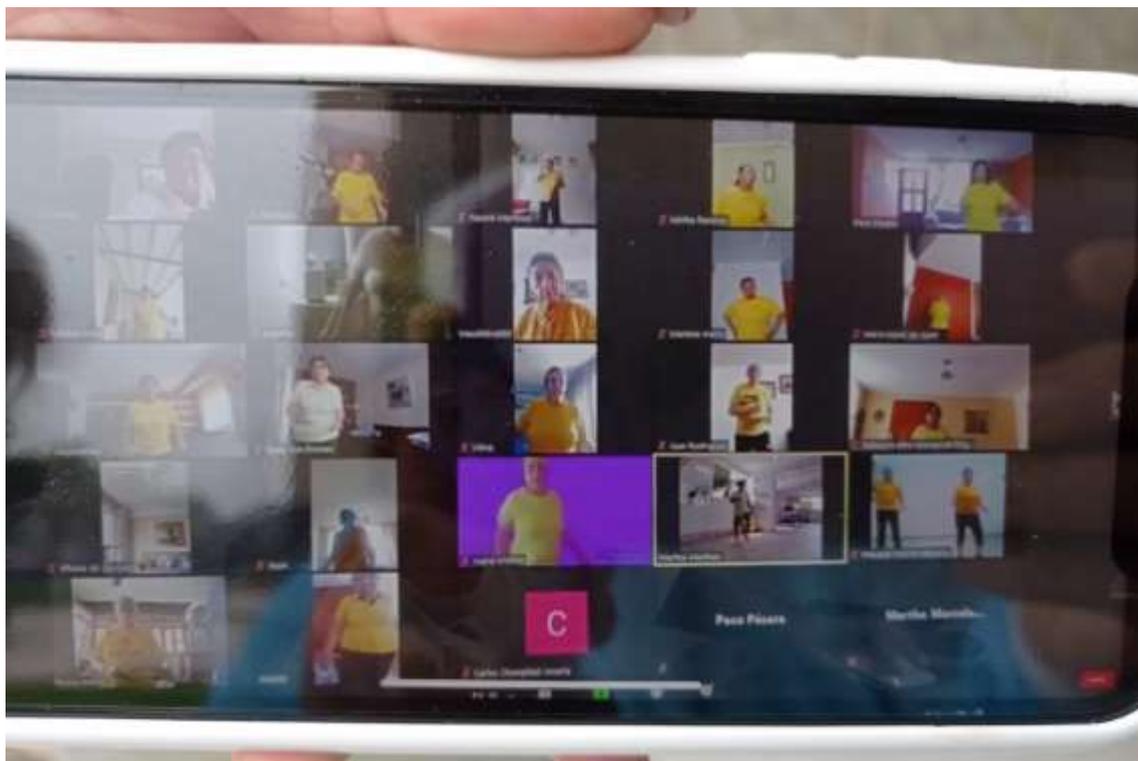
MEJORAS EN EL EXTERIOR DEL HOSPITAL



MEJORAS EN EL INTERIOR DEL HOSPITAL



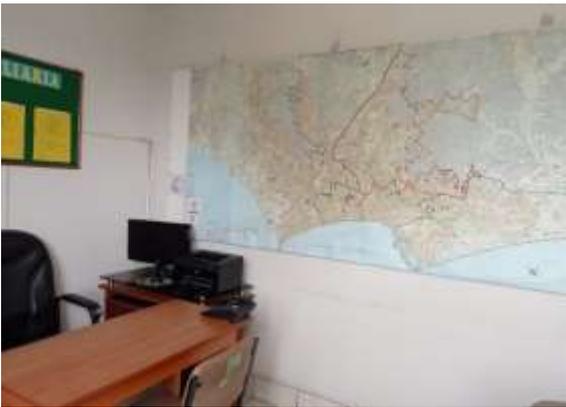
GRUPO TALLER VIRTUAL LUNES MIERCOLES Y VIERNES



GRUPO TALLER VIRTUAL MARTES JUEVES Y SABADO



CONSULTORIO DE VISITA DOMICILIARIA



REGISTROS DEL PROGRAMA

REGISTRO DE INSCRIPCION DE PACIENTE NUEVOS PARA EL PROGRAMA



Fecha		N°	N°	Apellido	E	D	Edad	Estado Civil	Estado Matrimonial	Cond. Pacie.	Gr. Depend.
19/02/2011		1041	10457610	Tomás Durán Eugenio Iribar	M	F	80	X	X	X	X
19/02/2011	1062	11707630		Laura Vargas Fernando	M <td>F</td> <td>78</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td>	F	78	X	X	X	X
19/02/2011	1063	10617920		Pinto Lazo Susana	M <td>F</td> <td>82</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td>	F	82	X	X	X	X
20/02/2011	1064	10066350		Aguilar Obledo Luis	M <td>F</td> <td>96</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td>	F	96	X	X	X	X
21/02/2011	1065	10011670		Gonzales Paraya Clara	M <td>F</td> <td>90</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td>	F	90	X	X	X	X
21/02/2011	1066	11968390		Soto Salome Sofía	M <td>F</td> <td>71</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td>	F	71	X	X	X	X
23/02/2011	1067	10063200		Velarde Borzani German	M <td>F</td> <td>99</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td>	F	99	X	X	X	X
29/02/2011	1068	10285370		Valdivia Colson Cristina	M <td>F</td> <td>84</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td>	F	84	X	X	X	X
21/02/2011	1069	01943400		Parlante Rojas Susana	M <td>F</td> <td>100</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td>	F	100	X	X	X	X

Dirección Paciente	Teléfono Paciente	Dx. Médico	Gr. Depend.
Dv. Pacifico 349 Cib. S. Juan Calles	980 3525 980 422147	Bl. 2-441	X
Sr 3 de Mayo 996 La Parla - Calles	4204610 98493877	DM - HTA Upp II	X
Calle Francisco de Orellana 103 Dep. del Surco	2733070 993005365	Fac. HTA	
Calle Eduardo Azevedo 433 Surco	272 4503 9897 1069	HTA, anemia	
Calle Eduardo Azevedo 133 Surco	272 1003 987710629	HTA, Constip.	
Jr. Col. Valera 142 V. B. Mich. Caste. Lima	3659365 990092584	HTA, depn	
Calle 11 rios U. de las Magdalena	4453235 991351012	HTA, Fr	
Dv. U. de las Antio 274 San Borja	4369215 999 655308	DM, HTA	
Sr. Antonio de la Guerra 207 U. S. B. C. de las U. de las	989 771016 986647709	Constip.	

REGISTRO DE PROGRAMACION DE PACIENTES PARA ATENCION EN DOMICILIO



PROGRAMACIÓN DIARIA DE PACIENTES DE PADRE

DÍA: Lunes ZONA: 3
 FECHA: 01/03/2020 DISTRITO: La Molina

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

MÉDICO: Dr. La Torre
 ENFERMERA: Ms. Gacete
 MÉDICO ODONTÓLOGO: _____
 PSICÓLOGA: _____
 NUTRICIONISTA: _____
 ASISTENTE SOCIAL: _____

N°	NÚMERO ADMINISTRATIVO	APELLIDOS Y NOMBRES DE PACIENTES	FICHA N°
1	101326300	Rios Vallesjo Rodrigo	458
2	101316520	Serra Casanova Mercedes	259
3	100914120	Casano Patr. Dom	565
4	106338321	Suando Suberriaga Iris	230
5			
6			

FIRMA DE ENF. RESPONSABLE