

ULCERAS POR PRESION, TRANSFUSION SANGUINEA Y PREVENCION DE CAIDAS

Materia: Práctica clínica de enfermería

Alumno: Edwin Dilbert López Hernández

Universidad del sureste

Úlceras por presión

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial.

Fisiopatología

Las UPP se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un período prolongado. La presión capilar máxima se cifra en torno a los 20mmHg, y la presión tisular media entre los 16-33mm Hg. Presiones superiores ejercidas sobre un área concreta durante un tiempo prolongado desencadenan un proceso isquémico que, si no se revierte a tiempo, origina la muerte celular y su necrosis. En la formación de la UPP parece tener más importancia la continuidad en la presión que la intensidad de la misma, ya que la piel puede soportar presiones elevadas, pero sólo durante cortos períodos de tiempo, por lo que se puede afirmar que la presión y el tiempo son inversamente proporcionales. Los principales factores que contribuyen al desarrollo de las UPP son:

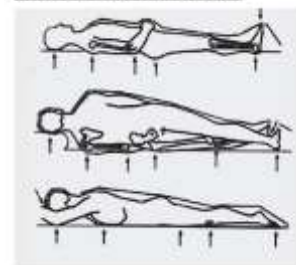
- **Presión:** Es la fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel; debido a la gravedad, provoca aplastamiento tisular que ocluye el flujo sanguíneo con posterior hipoxia de los tejidos y necrosis si continúa.



Representa el factor de riesgo más importante.

- **Fricción:** Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre. La humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel.
- **De pinzamiento vascular:** Combina los efectos de presión y fricción; por ejemplo, la posición de Fowler que provoca presión y fricción en sacro.

Figura 1. Fuerzas de presión



Causas

La causa que desencadena la aparición de estas lesiones es la presión mantenida que pueden verse agravados por diferentes problemas de salud como:

- Lesiones cutáneas: edema, sequedad de piel, falta de elasticidad.
- Trastornos en el transporte de oxígeno: trastornos vasculares periféricos, trastornos cardiopulmonares.
- Deficiencias nutricionales (por defecto o por exceso): delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación.
- Trastornos inmunológicos: cáncer, infecciones.
- Alteración del estado de conciencia: estupor, confusión, coma.
- Deficiencias motoras: paresia, parálisis.
- Deficiencias sensoriales: pérdida de la sensación dolorosa.
- Alteración de la eliminación (urinaria/intestinal).
- Como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos.
- Tratamientos o fármacos inmunosupresores.
- Presencia de sondas y/o drenajes.

Factores de riesgo

a) Fisiopatológicos

- Lesiones cutáneas: envejecimiento y patológicas.
- Trastornos del transporte de oxígeno: Insuficiencia vascular periférica, estasis venosa, trastornos cardiopulmonares.
- Déficits nutricionales: delgadez, obesidad, anemias, hipoproteinemias.
- Trastornos inmunológicos: cáncer, infección.
- Alteraciones del estado de conciencia: fármacos, confusión, coma.
- Déficit motor: ACV (accidente cerebrovascular), fracturas.
- Déficits sensoriales: pérdida de la sensibilidad térmica y dolor.
- Alteraciones de la eliminación: urinaria y fecal.

b) Derivados del tratamiento

- Inmovilidad impuesta por tratamiento.
- Tratamiento inmunosupresor: radioterapia, quimioterapia.
- Sondajes con fines diagnósticos o tratamiento.

c) Situacionales

- Falta de higiene.
- Arrugas en la ropa.
- Objetos de roce.
- Inmovilidad por dolor, fatiga.

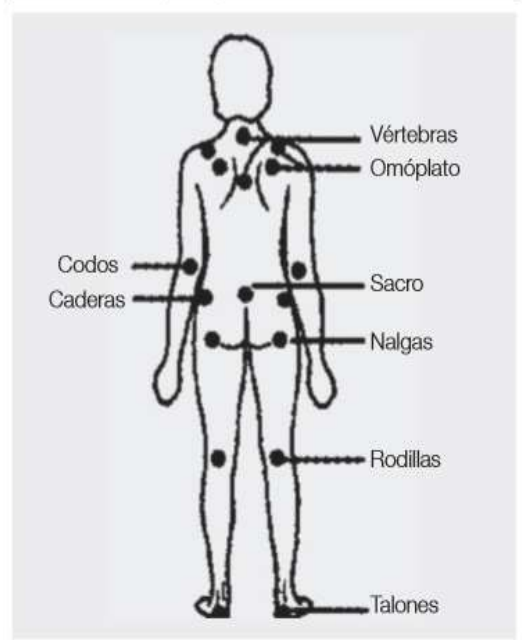
d) Del entorno

- Falta o mala utilización del material de prevención.
- Desmotivación profesional por falta de formación y/o información específica.
- Sobrecarga de trabajo.
- Falta de criterios unificados en la planificación de las curas.
- Falta de educación sanitaria de cuidadores y pacientes.
- Deterioro de la propia imagen de la enfermedad.

Localización

Los trocánteres, el sacro, glúteos y talones son las localizaciones más frecuentes.

Figura 4. Localización de las úlceras por presión



Estadio

Figura 5. Estadio I de las UPP



- **Estadio I:** eritema cutáneo que no palidece. En paciente de piel oscura observar edema, induración, decoloración, calor local.

Figura 6. Estadio II de UPP



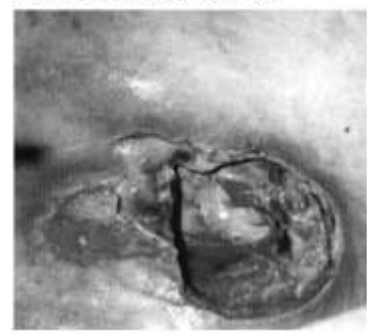
- **Estadio II:** úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial. Pérdida de piel de espesor parcial que involucra la epidermis, dermis o ambas.

Figura 7. Estadio III de UPP



- **Estadio III:** pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.

Figura 8. Estadio IV de UPP



- **Estadio IV:** pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén. En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con caverna, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

Prevención

El objetivo inicial en la lucha contra las UPP es evitar su aparición.

1. **Cuidados de la piel:** El objetivo consiste en mantener y mejorar la tolerancia tisular a la presión para prevenir una lesión. Se debe realizar:
 - Inspección sistemática de la piel una vez al día por lo menos.

- Limpiar la piel con agua tibia y jabones neutros para minimizar la irritación y resequedad de la piel.
- Minimizar los factores ambientales que producen sequedad de la piel (baja humedad < 40% y exposición al frío).
- Tratar la piel seca con agentes hidratantes.
- Evitar el masaje sobre las prominencias óseas.
- Evitar la exposición de la piel a la orina, materia fecal, transpiración y drenaje de la herida mediante el uso de pañales desechables que se cambiarán con frecuencia, hidratantes y barreras para la humedad.
- Reducir al mínimo la fricción y rozamiento mediante técnicas adecuadas de posición, transferencia y cambios de posición.
- Tratar la desnutrición y mejorar la movilidad.
- Ejercicios pasivos y activos que incluyen desplazamiento para disminuir la presión sobre prominencias óseas.

2. **Cargas mecánicas:**

- La cabecera de la cama debe encontrarse en el grado más bajo de elevación posible compatible con los problemas médicos.
- El uso de ropa de cama para mover al paciente disminuye las fuerzas de fricción y rozamiento.
- Deben realizarse cambios posturales cada dos horas evitando el contacto directo entre las prominencias óseas con almohadas o cualquier otra superficie blanda.
- Los pacientes sentados deben cambiar el lado que soporta el peso cada 15 minutos si lo pueden realizar por sí mismos. Si no fuera así, se debe hacer sistemáticamente cada hora.
- El uso de flotadores o similares para sentarse está contraindicado.

3. **Superficies de apoyo:** A los pacientes con riesgo de desarrollar UPP debe colocársele un dispositivo de apoyo que disminuya la presión. Existen dos tipos:

- **Estáticas:** hule espuma, aire estático, gel o agua o su combinación.
- **Dinámicas:** aire alternante, pérdida limitada de aire, aire fluidificado. Los dispositivos estáticos son menos costosos y se consideran apropiados

para la prevención de las UPP. Se tomaría en consideración una superficie dinámica ante dos situaciones:

- **Tocar fondo:** cuando la superficie estática comprimida mide menos de 2,5 cm.
- **Paciente con alto riesgo de UPP y con hiperemia reactiva en una prominencia ósea,** a pesar del uso de una superficie estática de apoyo.

Tratamiento

1. **Valoración general del enfermo:** La evolución de las heridas cutáneas está a menudo más influenciada por el estado general del enfermo que el de la úlcera por sí. También influyen la inmovilidad y el soporte informal.
 - **Prevención:** Todas las medidas encaminadas a evitar que aparezcan las escaras siguen siendo iguales o más importantes durante el tratamiento, van a contribuir a la cura y prevendrán la aparición de nuevas lesiones.
 - **Estado nutricional:** Un buen estado nutricional es fundamental tanto para la curación y cicatrización de las heridas crónicas, como para disminuir el riesgo de infección. La úlcera es una situación de alto gasto energético y proteico, requiere además buena hidratación y aportes más elevados de determinados nutrientes como: Zn, Cu, Fe, arginina, vitaminas A, C y complejo B, etc. Conviene mantener un buen estado nutricional (habitualmente difícil en estos pacientes, muchas veces hay que recurrir al uso de complementos nutricionales) y se recomienda controles analíticos mensuales.
 - **Enfermedades concomitantes:** Las múltiples enfermedades que acompañan a menudo a estos enfermos van a dificultar seriamente la cura de las úlceras, por lo que, un buen control sobre éstas, en la medida de lo posible, nos va a ayudar siempre a su curación.
2. **Curas:** Dependen del estadio de la lesión, la presencia o no de infección o de cavitación. Hay una gran variedad de productos en el mercado, y muchas veces es más decisiva y curativa la experiencia y conocimientos del personal que la realiza que el producto en sí. Hay que revisarla cada vez, aunque conviene mantener el

mismo tipo de cura una o dos semanas antes de ver si ésta es efectiva o no, y valorar situaciones concomitantes que retrasen la buena evolución de la úlcera.

- **Estadio 1:** Limpieza de la lesión. Ácidos grasos hiperoxigenados Mepentol. Evitar la presión. También están indicadas las barreras líquidas o los apósitos semipermeables, si alto riesgo de ulceración poner hidrocoloides.
- **Estadio II:** Si flictena perforar con seda. Algunos autores sugieren que la irrigación con fenitoína podría mejorar la evolución de la úlcera.
- **Estadios III y IV:**
 - **Desbridamiento:** El tejido necrótico en las úlceras favorece la infección e impide la curación, por lo que retirarlo es primordial. Hay distintos métodos no excluyentes entre sí, que se pueden usar concomitantemente.
 - **Cortante o quirúrgico:** requiere técnica estéril. Deberá realizarse por planos y en diferentes sesiones (salvo el desbridamiento radical en quirófano), siempre comenzando por el área central, procurando lograr tempranamente la liberación de tejido desvitalizado en uno de los lados de la lesión. Si sospecha de infección y ante el riesgo de bacteriemia usar antiséptico tópico antes y después del desbridamiento. Dejándolo actuar al menos durante tres minutos, pueden disminuir la acción de la lidocaína. Prevenir el dolor con analgésico tópico, p. ej., gel de lidocaína, EMLA (1). Hay alto riesgo de sangrado local, hacer hemostasia con compresión o epinefrina al 1:1.000. Tras el desbridamiento, realizar cura seca de 8 a 24 horas.
 - **Químico o enzimático:** en pacientes que no toleren el anterior. Agentes proteolíticos y/o fibrinolíticos como la colagenasa, que favorece el desbridamiento y coagulación. Se recomienda proteger la piel perilesional y cura húmeda sobre el agente desbridante.
 - **Autolítico:** se realiza con cualquier apósito de cura húmeda y en especial los hidrogeles. Factores que favorecen la actuación de fibrinolíticos y colagenasas sobre los tejidos

desvitalizados. Representa un desbridamiento más lento y menos molesto al paciente y no requiere personal especializado.

- **Mecánico:** en desuso por ser traumático y poco selectivo. Se trata de curas secas con arrancamiento del tejido al retirarlas, fricción, irrigación, etc.
- **Limpieza de la herida:** Siempre con suero salino isotónico. No usar nunca antisépticos tópicos; son productos citotóxicos para el nuevo tejido y su uso continuado puede provocar problemas sistémicos por su absorción. Evitar la fricción en la limpieza y el secado. Presión de lavado entre 1 y 4 kg/cm².
- **Prevención y abordaje de la infección:** Aunque todas las úlceras están en principio contaminadas, en la mayoría de los casos, una buena limpieza y el desbridamiento pueden prevenir la infección. Si a pesar de éstos persiste más de dos-cuatro semanas, se recomienda iniciar cura con antibiótico tópico [sulfadiazina argéntica, AC fusídico, metronidazol] o con apósito de plata con malla de carbón activado. De persistir sobreinfección más de dos semanas, se recomienda realizar cultivos bacterianos con aspirado con aguja fina o biopsia cutánea y valorar tratamiento específico según el paciente, su estado y el de la lesión. Estaría indicado el tratamiento sistémico si hay bacteriemia, sepsis, celulitis avanzada u osteomielitis.
- **Cura húmeda:** Las evidencias científicas disponibles muestran mayor efectividad clínica y relación coste-beneficio de la cura en ambiente húmedo, frente a la cura tradicional. El ambiente húmedo previene la deshidratación tisular y la muerte celular; promueve la angiogénesis, estimula la eliminación de fibrina y tejido muerto y permite la interacción celular y de factores de crecimiento para la cicatrización. De nuevo, para elegir el apósito, hay que valorar el paciente y la úlcera, sobre todo la presencia de infección (no están indicados las curas oclusivas impermeables al gas), cavitación y/o tunelización y cantidad de exudado. La frecuencia del cambio de apósito dependerá de sus características, recursos al alcance y

exudado de la úlcera. Algunos productos pueden combinarse entre sí. No existe el producto ideal. Tipos de apósitos:

- **Alginatos:** placa o cinta. Absorben hasta 20 veces su peso en exudado. Rellenan cavidades. Duran hasta cuatro días.
- **Poliuretanos:** en film, espumas poliméricas en placa, para cavidades o con silicona. Repelen contaminantes, heridas con ligero o moderado exudado. Ojo, se puede pegar a la herida y lesionar la piel adyacente. Son semipermeables. Cambio cada 1-5 días.
- **Hidrocoloides:** contienen una matriz de celulosa y otros agentes formadores de gel como gelatina o pepsina; los hay en placa, en gránulos, en pasta, en fibra y en malla o tul con diversos grosores. Capacidad desbridante y favorecedora de la granulación. Absorción ligera a moderada. Impermeables a gases. Se pueden cambiar a la semana. Producen un gel de mal olor y al principio la úlcera parecerá mayor.
- **Hidrogel:** primeros de almidón con alto contenido en agua. Rellenan cavidades e hidratan. En placa, en estructura amorfa, salinos y en malla o tul. Propiedades analgésicas. Desbridan y favorecen la cicatrización. No recogen mucho exudado. Cambio incluso una o dos veces por semana.
- **Silicona:** son hidrofóbicas, para heridas en granulación, mantienen la humedad.
- **Carbón activado:** absorbe olores, puede combinarse con plata o alginatos.
- **Plata:** los hay de liberación lenta. Es un buen antiséptico para mantener la cura en heridas infectadas.
- **Apósitos no adherentes impregnados:** tul grasoso.
- **Apósitos de colágeno:** en heridas limpias, estimula la granulación y la hemostasia.
- **Combinados:** hidrogel con poliuretanos, carbón activado con plata.

Definición

Procedimiento terapéutico consistente en la administración de sangre o componentes sanguíneos a un ser humano. La terapia transfusional puede ser una intervención que salva la vida o mejora rápidamente una condición grave, sin embargo, como todo tratamiento puede conllevar a complicaciones agudas o tardías, además incluye riesgos infecciosos que pueden tener consecuencias graves o mortales a pesar de los estrictos controles que anteceden a la transfusión.

Estrategias para prevenir los errores relacionados con la administración de elementos sanguíneos en pacientes adultos

1. Aplicar los principios científicos que fundamenten la acción de enfermería, para prevenir y reducir riesgos y errores, con la finalidad de dar la seguridad necesaria al paciente y garantizar la calidad del servicio.
2. Capacitar al personal encargado de transfundir elementos sanguíneos.
3. Revisar las indicaciones médicas para confirmar la prescripción de la transfusión y la forma en que ha de realizarse constatando:
 - Componente
 - Cantidad
 - Velocidad de transfusión
 - Tipo de filtro
 - Administración de alguna premedicación.

Factores de riesgo que debe considerar el personal de enfermería para identificar de manera oportuna reacciones transfusionales en pacientes sometidos a terapia transfusional

1. Conocer el historial transfusional del paciente que se va transfundir.
2. Evitar la transfusión de más de una unidad de sangre o hemocomponente de forma continua, a menos que sea necesario debido al estado del receptor.

3. En caso de no contar con el Grupo y Rh del hemocomponente prescrito, notificar al médico para valorar alguna alternativa de compatibilidad del elemento sanguíneo a transfundir, según grupo sanguíneo del receptor.

Medidas de seguridad antes, durante y posterior a la transfusión de concentrado de eritrocitos, plasma fresco congelado y concentrado de plaquetas.

Antes de la transfusión:

1. Verificar la existencia del consentimiento informado del paciente o familiar responsable.
2. Realizar la identificación y verificación de la calidad del componente sanguíneo conjuntamente con el médico, a través de:
 - Confirmar la compatibilidad sanguínea con la hoja de solicitud y las hojas de reporte de pruebas de compatibilidad.
 - Confrontar las papeletas con el formato de solicitud (nombre completo del paciente, número de cedula, tipo de sangre y Rh, número de bolsa, fecha de caducidad del hemocomponente).
 - Revisar en forma detallada el componente sanguíneo verificando que la unidad permanezca sellada sin fugas y que tenga los rótulos de calidad correspondientes.
 - Observar las características generales físicas, del componente (libre de grumos, coágulos y de color adecuado)
3. Evitar transfundir productos que hayan estado sin refrigeración controlada durante más de 4 horas, una vez que hayan salido del laboratorio.
4. Transportar los hemocomponentes en contenedores preferentemente de material plástico, herméticos, termoaislantes y lavables que aseguren la temperatura interior. De tal forma que se minimicen daños por movimientos violentos o por el contacto directo con refrigerantes.
5. Hacer una pausa para confirmar que se trata del paciente correcto, procedimiento correcto y elemento correcto previo inicio a la administración del elemento sanguíneo.

6. Registrar el pulso y la presión arterial al comienzo de una transfusión, y posteriormente cada 15 minutos en la primera media hora y por último al finalizar transfusión de la unidad.
7. Los hemocomponentes no deben ser calentados por medios no idóneos, como ponerlos encima de un monitor o bajo un chorro de agua caliente. Deben ser calentados en aparatos indicados para ello, los cuales no superan los 37 ° C. en baño maría.
8. Tomar y registrar la temperatura previa transfusión, e informar el incremento de > 1°C respecto a la temperatura basal.
9. Utilizar una vía venosa gruesa y corta para la administración de hemocomponentes, empleando las medidas de asepsia y antisepsia en su inserción.
10. Utilizar preferentemente un catéter periférico calibre N°18 para favorecer la infusión y evitar la hemólisis. Optar por venas de la mano o del antebrazo.
11. Utilizar un equipo de transfusión por cada unidad de hemocomponente a transfundir.
12. Administrar concentrados eritrocitarios en equipos con filtro convencional de 170 – 260 micras.
13. El plasma fresco congelado y los crioprecipitados deberán descongelarse en bolsa de plástico individual a una temperatura de 30 a 37°C para no desactivar los factores de la coagulación. Una vez descongelados deberán transfundirse en un período no mayor de 6 horas.
14. Las bajas temperaturas pueden causar fracturas de las bolsas contenedoras del plasma o crioprecipitados, por lo que durante el descongelamiento se revisará la existencia de fugas, en caso de haber alguna, se le dará destino final a la unidad de laboratorio.
15. El plasma se debe descongelar en agua sin sumergir los puertos, de no ser así, sumergirlo dentro de una bolsa sellada.

Durante la transfusión:

1. Regular el goteo inicialmente a 30 gotas por minuto y observar la presencia de alguna manifestación clínica de reacción y posteriormente graduar el goteo a 60 gotas por minuto, verificando el ritmo de infusión.
2. No mezclar el hemocomponente con ningún fármaco o fluido de reposición, con excepción de solución salina al 0.9% de forma simultánea por un equipo alterno.

3. En caso de colocar un manguito de presión en la unidad del hemocomponente para acelerar su flujo, no superar los 300 mmHg ya que puede ocasionar hemólisis.
4. Orientar al paciente sobre los signos y síntomas de una reacción transfusional (ansiedad, escalofríos, cefalea, prurito, mareo, náuseas, vómito, taquicardia, sensación de calor, disnea, dolor lumbar y dolor torácico) para su notificación oportuna.
5. Monitorizar el sitio de punción intravenosa para saber si hay signos de infiltración o flebitis.

Posterior a la transfusión:

1. Tomar y registrar los signos vitales.
2. Vigilar la aparición de signos clínicos de reacción transfusional (escalofríos, cefalea, prurito, mareo, náuseas, vómito, taquicardia, sensación de calor, disnea, hipotensión, dolor lumbar y dolor torácico).
3. Registrar la administración del hemocomponente, cantidad y tiempo de administración, fecha, tipo de componente, número de folio del componente, volumen, hora de inicio, hora de término, signos vitales, observaciones y firma del responsable.
4. Al finalizar la transfusión anotar y describir las siguientes características de la transfusión realizada:
 - Productos sanguíneos administrados.
 - Signos vitales, antes, durante, después de la transfusión.
 - Volumen total transfundido.
 - Tiempo de transfusión.
 - Respuesta del paciente
5. Para el desecho de la bolsa de sangre o hemocomponentes al concluir el procedimiento, separar el equipo de transfusión de la bolsa y desecharlo en el contenedor rojo (bolsa roja).

Intervenciones de enfermería que deben realizarse de manera oportuna ante reacciones adversas relacionadas con la terapia transfusional en pacientes adultos

1. Suspender de forma inmediata la transfusión en caso de presentar alguna manifestación clínica de reacción.
2. Una vez suspendida la transfusión, trasladar la bolsa con sangre o sus componentes junto con el equipo de transfusión al banco de sangre.
3. Mantener la vía endovenosa infundiendo solución salina isotónica.
4. Tomar muestras sanguíneas (con anticoagulante y sin anticoagulante) y de orina dependiendo del tipo de reacción y el componente transfundido.
5. Notificar al médico que prescribió la transfusión para determinar el tipo de reacción.
6. Tomar y registrar signos vitales (temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial).
7. En caso de reacción alérgica administrar de acuerdo a la prescripción médica:
 - Difenhidramina 25 mg por vía intravenosa.
 - Hidrocortisona 100 mg por vía intravenosa.
 - En casos graves usar adrenalina 0.5 ml por vía intravenosa.
8. Notificar al personal de laboratorio el tipo de reacción presentada y enviar el elemento causante de la reacción, conjuntamente con la notificación de la reacción.
9. Suspender la transfusión solo en caso de hemólisis o reacción grave; de lo contrario, solo se requiere tratamiento sintomático con difenhidramina 25 mg intravenoso y antipiréticos vía oral.
10. Monitorizar y registrar las cifras de temperatura corporal.
11. Administrar antipiréticos como paracetamol o anti inflamatorios no esteroideos.
12. Dejar constancia, de la transfusión y posibles reacciones, en la hoja de registros clínicos de enfermería, la cual debe anexarse al expediente clínico.

Prevención de caídas en el adulto mayor

Definición:

Caídas en el Adulto Mayor (CIE W00-W19). Es la consecuencia de un evento que provoca inadvertidamente la llegada del individuo al suelo o a un nivel inferior al que se encontraba; en contra de su voluntad, siendo su etiología multifactorial y que es causa de una alta morbilidad y mortalidad en el adulto mayor.

Caída es la interacción entre los factores de riesgo enfermedades crónicas, alteraciones del equilibrio y la marcha, fármacos y exposición a situaciones de riesgo u oportunidades de caer que deben ser tomadas en cuenta conjuntamente.

Factores de riesgo

Existe una cantidad importante de elementos que intervienen en las caídas, los cuales se han agrupado en factores intrínsecos y extrínsecos.

- **Factores intrínsecos:** se refieren a aquellas alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad, enfermedades (agudas o crónicas) y el consumo de fármacos. Se incluyen, además, alteraciones de la visión y audición, función propioceptiva, alteraciones músculo esqueléticas y otros procesos patológicos cardiovasculares, neuropsiquiátricos y sistémicos que se asocian aun mayor riesgo de caídas.
- **Factores extrínsecos:** corresponden a los llamados factores del medio ambiente, aquellos dependientes del entorno arquitectónico, o bien de elementos de uso personal como: zapatos inapropiados, bastón sin material antideslizante en su extremo. En general se puede establecer la vivienda como un lugar “peligroso”. Es común observar la existencia de suelos irregulares o con desniveles, iluminación inadecuada, escaleras sin pasamanos o escalones muy altos; retretes muy bajos, falta de barras en las duchas, etc.

Actividades de prevención de caídas en los adultos mayores:

Promoción de la salud

En esta área se deberá:

- Fomentar el esquema de vida saludable, alimentación correcta, actividad física, fortalecimiento de destrezas y potencialidades individuales.
- Detección oportuna de padecimientos, control adecuado de los mismos, vigilancia de fármacos indicados y retardo de la aparición de complicaciones.
- Programa domiciliario de fortalecimiento muscular y del equilibrio, a través de un profesional de la salud: Tai Chi.
- Evaluación y modificación de los obstáculos ambientales del domicilio por profesionales para personas con antecedentes de caídas previas.
- Retirar la medicación psicotrópica.
- Programas de cribado e intervención multifactorial y multidisciplinario sobre los factores de riesgo ambientales y de salud.
- Combinación de ejercicios, corrección visual y adaptación domiciliar adecuada y segura

Educación para la salud

- Promover la modificación de los hábitos y estilos de vida de riesgo de los adultos mayores.
- Detectar con oportunidad sus debilidades y potencializar sus destrezas y habilidades.
- Realizar ejercicios en grupo.
- Realizar ejercicios individualizados de fortalecimiento de miembros inferiores.
- Corrección de la agudeza visual de forma oportuna y adecuada, supervisada por el especialista.
- Suplementos nutricionales y de vitamina D con o sin calcio.
- Combinación de estrategias de modificación de los riesgos en el domicilio, consejos para optimizar la medicación y sesiones educativas sobre ejercicio y reducción del riesgo de caídas.
- Programas de prevención de caídas en instituciones. Intervenciones de aprendizaje y cambios de conducta.
- Modificación de obstáculos en el domicilio para personas mayores sin antecedentes de caídas.
- Algunos tratamientos farmacológicos (estrógenos con/sin progestágenos).
- Favorecer aumento de ejercicio y actividad física en el anciano.

- Visitar al médico cada tres meses; consultar si se nota disminución de visión y mareos.
- Si el médico recomienda usar ortesis de la marcha capacitar al paciente para su uso adecuado, ya que aumentará la base de sustentación evitando las caídas.
- Hablar con el médico si se observa algún efecto secundario al uso de medicamentos.

Orientación y Consejería:

En casa:

- Los pisos y tapetes deben estar en buenas condiciones, sin obstáculos protuyentes que pudieran ocasionar tropiezos y caídas, que estén bien fijos los bordes de las alfombras.
- No hay desorden en los pasillos o sitios estratégicos para el adulto mayor, es decir, los libros, revistas, material de costura y juguetes de los niños se guardan tan pronto como acaban de usarlos.
- La luz es adecuada, es decir, brillante y sin destellos.
- Las luces de noche están en sitios estratégicos en toda la casa, sobre todo en escaleras y camino del dormitorio al baño. Cuando es posible, se usan interruptores iluminados en las mismas localizaciones de alto riesgo.
- Las sillas y sofás tienen la altura suficiente para permitir que la persona mayor se siente y levante con facilidad.
- Los teléfonos están localizados de tal forma que las personas no tengan que apresurarse a contestarlos.
- Los cables eléctricos no se encuentran en los sitios de paso. Cuando es posible, se acortan y clavan al piso.

Baño:

- Usar alfombra o adhesivo antiderrapantes en la bañera o la ducha. Si se usa alfombra en el piso del baño, la superficie anterior es de hule antiderrapantes.
- Presencia de barandillas en las áreas de la tina de baño, ducha e inodoro.
- Mantener el jabón, las toallas u otros objetos de uso en el baño con fácil acceso.
- El drenaje de agua debe ser apropiado y usar cortina en su bañera para evitar mojar el piso del baño, tiene interruptor de la luz del baño al lado de la puerta.

Dormitorio:

- Tiene una lámpara o interruptor al alcance de la cama.
- Los tapetes tienen una superficie antiderrapante y no representan un riesgo de tropiezo, sobre todo los que están camino al baño.

Cocina:

- Los derrames se limpian pronto para evitar resbalones.
- Colocar los utensilios más usados a la altura de la cintura.
- Señalar claramente el encendido y apagado de la cocina.
- La mesa y silla de la cocina son firmes y seguras.

Pasillos:

- No hay desorden en los pasillos.
- Está libre de obstáculos el camino desde el dormitorio hasta el baño.
- Permanecen apartados del camino los cables del teléfono y de otros aparatos

Iluminación:

- Tener interruptores cerca de todas las puertas y al principio y al final de las escaleras.
- Tener iluminación suficiente para eliminar las áreas oscuras especialmente las escaleras.
- Tener luces nocturnas en el cuarto de baño y en el pasillo que conduce del dormitorio al baño.

Escaleras:

- Presencia de barandillas seguras a ambos lados y a todo lo largo.
- Cuando es posible, colocar la cinta brillante antideslizante en el primer y último escalón.

Calzado:

- Sus zapatos deben tener suela o tacones que eviten los deslizamientos.
- Utilizar zapatillas bien ajustadas y que no se salgan del pie.
- Evitar caminar descalzo.
- Sustituir el calzado cuando se gasten las suelas y pudiera resultar resbaladizo.