

Josefina González Expósito

DUE. Grado de Enfermería. Especialista en Enfermería Geriátrica y Gerontológica.  
Centro de Atención a la Dependencia de Santander (Instituto Cántabro de Servicios Sociales). Cueto. Cantabria. España.

**Correspondencia:**

Centro de Atención a la Dependencia de Santander  
(Instituto Cántabro de Servicios Sociales)  
C/ Arriba, 38  
39012 Cueto. Cantabria. España.  
Correo electrónico: gonzalezj@unican.es  
Tel.: 942-290050  
Fax: 942-390757

Recibido el 18 de febrero de 2015; aceptado el 4 de enero de 2016

## Salud autopercebida en el anciano, taxonomía NOC y actividad enfermera: un enfoque práctico

### *Self-perceived health in the elderly, NOC taxonomy and nursing practice: a pragmatical approach*

#### RESUMEN

**Objetivo:** El envejecimiento conlleva la aparición de procesos crónicos que aumentan la morbilidad, la pérdida de funcionalidad y el consumo de recursos. En la evaluación del estado de salud se han explorado indicadores distintos a los clásicos parámetros biológicos, y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un indicador de resultado útil como herramienta clínica y de gestión. El objetivo de este trabajo ha sido seleccionar, de manera no exhaustiva, con base en la taxonomía NOC (*Nursing Outcomes Classification*), unos resultados sobre unas variables con una doble característica: tener un impacto negativo demostrado en la CVRS del anciano y ser sensibles a la actuación enfermera.

**Metodología:** Búsqueda bibliográfica. Priorización de variables según el método de Hanlon. Selección de códigos NOC, tanto en relación con las variables priorizadas como con la autopercepción de salud de las personas.

**Resultados:** Se seleccionaron 6 variables. De ellas, las tres primeras priorizadas fueron úlceras por presión, pérdida de autonomía y caídas. Se seleccionaron 37 códigos NOC, relacionados con estas tres variables y con la salud autopercebida.

**Conclusiones:** El logro de NOC relacionado con variables con un fuerte impacto negativo en la CVRS del anciano puede suponer una mejora en su percepción de salud. La revisión de la bibliografía y las técnicas de priorización son herramientas útiles que complementan la metodología NOC, mejorando la efectividad y eficiencia de nuestras actuaciones.

**PALABRAS CLAVE:** anciano, calidad de vida relacionada con la salud, úlcera por presión, autonomía, caídas, cuidados de enfermería, evaluación de resultados.

#### ABSTRACT

**Objective:** One of the consequences of ageing is the appearance of chronic diseases that increase morbidity, loss of functional ability and the use of healthcare resources. New indicators have been developed to evaluate health status, beyond the classical biological parameters. Health-related Quality of Life (HRQoL), an output indicator closely related to patient's perceptions, has shown to be useful for clinicians and for management purposes. The aim was to select, according to Nursing Outcomes Classification (NOC) taxonomy, some results related to factors with a double characteristic: having a substantial negative impact on HRQoL in the elderly and being sensitive to nursing practice.

**Methods:** Bibliographic research. Prioritization of variables according to Hanlon method. Selection of NOC codes, with regard to the prioritized list and to the self-perception of health.

**Results:** 6 variables were selected. The first three prioritized factors were pressure ulcers, loss of functional ability and falls. 37 NOC codes were finally set up, related to these 3 variables and to the self-perception of health.

**Conclusions:** Achieving the NOC related to variables that are associated with a strong negative impact on HRQoL in the elderly people can lead to an improvement in perceived health of individuals. Bibliographic research and prioritization techniques are useful tools that complement the NOC methodology, improving the effectiveness and efficiency of nursing cares.

**KEYWORDS:** elderly, health-related quality of life, pressure ulcers, ability, falls, nursing cares, outcomes assessment.

## ■ INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, entre los años 2000 y 2050, la proporción de mayores de 60 años se duplicará, y pasará de un 11% a un 22% de la población del planeta. En España se estima que para el 2050 casi la tercera parte de la población será mayor de 65 años<sup>(1)</sup>. Estos datos evidencian que el anciano constituye un grupo de población con un peso demográfico

importante y en progresivo aumento. Es uno de los principales factores que condicionan la demografía actualmente y se trata de un fenómeno sobre el que la humanidad no ha tenido experiencias hasta ahora.

Por otro lado, vivir más años representa tanto oportunidades como riesgos. Hay oportunidades para desarrollarse y contribuir socialmente, llevando una vida plena y satisfactoria; sin embargo, también están presentes los riesgos de aparición de procesos crónicos que ocasionan

un aumento de la morbilidad y la dependencia y que llevan consigo, inevitablemente, un aumento del consumo de recursos. Desde esta perspectiva, facilitar un envejecimiento activo y satisfactorio retrasando en lo posible la discapacidad y la dependencia asociadas al envejecimiento es un reto para la sociedad en general y para los sistemas sanitarios en particular.

Tradicionalmente, la determinación del estado de salud de los individuos se ha centrado en el estudio de indicadores objetivos, biomédicos o epidemiológicos. Sin embargo, con el aumento de la esperanza de vida y de la prevalencia de enfermedades crónicas, este enfoque se ha mostrado insuficiente, y ha surgido la necesidad de explorar nuevos indicadores. De esta forma, sin descartar el enfoque tradicional, se asiste a un aumento del interés por las percepciones que tiene el paciente sobre su estado de salud.

Avedis Donabedian definió tres aspectos de la evaluación de la calidad asistencial: la *estructura*, el *proceso* y los *resultados*. Los resultados son los cambios producidos en el estado de salud como consecuencia de los cuidados<sup>(2)</sup>. De forma genérica, se pueden reconocer tres influencias fundamentales sobre unos resultados observados: factores derivados de la persona (en función de su edad, sexo, estado funcional, gravedad del proceso, etc.), factores derivados del sistema sanitario (tipo de organización, enclave geográfico, recursos humanos y financieros) y por último, las variables relacionadas con los profesionales que prestan la asistencia (tipo de profesional, competencia técnica, relaciones interpersonales, etc.)<sup>(3)</sup>.

La medición y el análisis de las percepciones del paciente forman parte de la evaluación de resultados, uno de cuyos indicadores, con una presencia creciente en el ámbito asistencial y de la gestión sanitaria, es la salud autopercebida o calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Aunque este término, en esencia, hace referencia a las valoraciones subjetivas que el individuo hace de su propia salud, son numerosas las definiciones de CVRS que existen en la literatura. Una de ellas es la propuesta por Bowling, según la cual “(La CVRS) refleja los efectos físicos, mentales y sociales de la enfermedad en la vida diaria y el impacto de estos efectos en los niveles de bienestar subjetivo, satisfacción y autoestima”<sup>(4)</sup>.

Se podría afirmar que la CVRS es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado. La CVRS es, por tanto, subjetiva, refleja aspectos de la enfermedad o de un tratamiento que son importantes para el paciente, es multidimensional (contempla diversos aspectos de la vida del individuo) y, además, presenta una variabilidad en el tiempo. Es decir, es un proceso dinámico y cambiante, en el que ocurren continuamente fenómenos de adaptación a la enfermedad en relación con la personalidad del paciente, el apoyo social y con la etapa de la vida en la que sobreviene la enfermedad<sup>(5)</sup>.

La evaluación de la CVRS es útil desde una doble perspectiva. En la vertiente asistencial, proporciona información sobre el estado de salud del paciente, sirve de apoyo en la toma de decisiones clínicas, facilita la toma de decisiones compartidas y mejora la comunicación paciente-profesional sanitario. Desde la perspectiva de la gestión, la CVRS ha demostrado tener una capacidad predictora de mortalidad y hospitalización, es útil en la planificación de servicios y se trata de una herramienta emergente en la evaluación de la calidad asistencial.

El estudio de los factores que determinan las percepciones del paciente en los diferentes momentos de la vida y de la enfermedad permitiría reconocer los mecanismos que inciden negativamente en su CVRS y poner en marcha una serie de intervenciones que promuevan el mayor bienestar posible. En este sentido, son numerosos los factores que han sido relacionados con la CVRS, y así, se ha descrito su asociación con

variables demográficas, antropométricas, socioculturales, clínicas y de estilo de vida.

Asimismo, hay que considerar que en situaciones donde las circunstancias objetivas son desfavorables, los sujetos pueden presentar una alta valoración de su CVRS. En un estudio sobre CVRS en pacientes con neoplasia avanzada, los autores observaron, contrariamente a lo esperado, que a pesar de encontrarse en situación terminal y de ser conscientes de su situación, muchos de ellos expresaban una buena CVRS<sup>(7)</sup>. En esta línea, se han descrito tanto un proceso de adaptación a la enfermedad crónica como un proceso de adaptación al envejecimiento<sup>(8)</sup>. Según esta teoría, el sujeto desarrolla una actitud de selección, optimización y compensaciones frente al envejecimiento, de tal forma que la salud autopercebida se mantiene elevada a pesar de unas limitaciones progresivas en términos de autonomía.

Dado que el objetivo es ofrecer cuidados personalizados de calidad, nuestras intervenciones han de tener en cuenta estas circunstancias individuales. Así como hay personas con ligeras limitaciones objetivas y una profunda percepción de malestar, otras presentan graves problemas de salud, pero manifiestan una buena CVRS. La medición de la CVRS permite evaluar las necesidades percibidas y, por lo tanto, ayuda a realizar una adecuada planificación de las intervenciones sanitarias.

En el ámbito específico de la enfermería, la medición de los resultados en los pacientes para evaluar la calidad de la atención enfermera se inició en la década de los 1960, cuando Aydelotte utilizó los cambios en las características físicas y de conducta de los enfermos para evaluar la efectividad de los sistemas de administración de cuidados enfermeros<sup>(9)</sup>. Desde entonces, han sido muchos los esfuerzos dedicados a clasificar y categorizar los resultados de la actividad enfermera. En la actualidad, hay un acuerdo general en que la utilización de taxonomías reconocidas internacionalmente –tales como NANDA para la formulación de problemas, NIC para definir las intervenciones y NOC para la evaluación de resultados– reduce la variabilidad en la práctica enfermera, al tiempo que aporta una herramienta para desarrollar estudios dirigidos a analizar la efectividad de las intervenciones<sup>(10)</sup>.

La clasificación NOC (*Nursing Outcomes Classification*) es una agrupación estandarizada de resultados en pacientes que trata de dotar a la enfermería de un lenguaje propio que sirva para identificar, nombrar y medir los resultados que tienen que ver con su práctica<sup>(11)</sup>. Según la taxonomía NOC, un resultado de enfermería se define como “el estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medida a lo largo de un continuo, en respuesta a intervenciones de enfermería”<sup>(12)</sup>. Los resultados están organizados en indicadores medibles mediante una escala de Likert, con puntuaciones que van de 0 (estado menos deseable) a 5 (estado óptimo). Los indicadores deben cuantificarse antes y después de las intervenciones de enfermería para constatar la idoneidad de las mismas. Esta metodología plantea una estructura organizada en cinco niveles (dominios, clases y resultados, indicadores y medidas) y describe 7 dominios, referidos a un área concreta de funcionamiento y/o comportamiento de la persona. En la 5.ª edición del *Manual NOC* se recogen 490 resultados, cada uno de los cuales se asocia a un grupo de indicadores<sup>(13)</sup>. El dominio 5 hace referencia a los resultados que describen impresiones de la persona sobre la salud y la asistencia sanitaria. Dentro de este dominio, en la clase U están recogidos los resultados relacionados con el estado de salud percibido de una persona y las circunstancias de vida relacionadas con ella. En concreto, se encuentra el NOC ‘Calidad de Vida’ (código 2000), que hace referencia al alcance de la percepción positiva de las condiciones actuales de vida.

La calidad de vida es considerada un resultado enfermero desde hace décadas<sup>(14)</sup>, y en la actualidad, dada la disponibilidad de las nuevas taxonomías, comienzan a realizarse estudios que aportan un plan sistemático

de cuidados dirigido a mejorar la CVRS desde el enfoque de la metodología NOC<sup>(15)</sup>.

A la luz de estas consideraciones, el objetivo de este trabajo ha sido identificar una serie orientativa de NOC a considerar en un plan de cuidados dirigido a mejorar la salud autopercebida del anciano.

## MÉTODOS

En una primera fase se realizó una búsqueda bibliográfica con objeto de seleccionar una serie de variables o factores, con un límite de conveniencia de 6, que presentaran simultáneamente dos características: por un lado, tener un fuerte impacto negativo sobre la CVRS en el anciano, y ser, además, de una forma directa o indirecta, modificables por la práctica enfermera. El impacto negativo sobre la CVRS debía estar basado en evaluaciones realizadas con instrumentos de medición de la CVRS como EuroQol-5D, SF-36, SIP o NHP, y el criterio de ser modificables por la práctica enfermera se entendía cumplido si iba en línea con el cuerpo teórico de la profesión. Para la búsqueda bibliográfica se combinaron los términos “Calidad de vida relacionada con la salud”, “Anciano”, “Anciano institucionalizado” y “Evaluación de resultados”, en español y en inglés, en PubMed, SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) y Google Académico.

En una segunda fase, con objeto de maximizar la efectividad de nuestra intervención, dichas variables fueron priorizadas según el método de Hanlon<sup>(16)</sup>. Brevemente, este método establece la priorización de una serie de problemas en función de cuatro criterios: la gravedad del problema (A), que se sitúa entre 0 y 10 puntos, la magnitud o extensión del problema (B), –asimismo valorada en una escala de 0 a 10, según el número de personas afectadas–, la eficacia de las intervenciones (C), que se puntúa entre 0,5 y 1,5, y la factibilidad del programa (D), que toma dos posibles valores, 1 o 0, según se considere así o no; este último criterio se

descompone para su análisis en cinco factores recogidos en el acrónimo PEARL (P = pertinencia, E = factibilidad económica, A = Aceptación, R = disponibilidad de recursos, L = legalidad). La puntuación viene dada por la fórmula  $(A + B) \times C \times D$ . Para la asignación de puntuaciones se recurrió a información epidemiológica acerca de las seis variables, y siguiendo un criterio de operatividad se seleccionaron las tres primeras.

En la última fase se realizó una selección de códigos NOC, tanto en relación con las tres variables priorizadas como con la autopercepción de salud de las personas, considerando que la puesta en marcha de las intervenciones sobre las tres variables puede mejorar, además de los problemas específicos asociados a dichos procesos, la puntuación de los resultados seleccionados en el dominio 5, que aparecen recogidos en la tabla 1 y que son además comunes a las tres variables.

## RESULTADOS

Tras el proceso de revisión bibliográfica, las seis variables seleccionadas fueron la alteración del sueño, la úlcera por presión (UPP), la incontinencia de esfínteres, el desequilibrio nutricional por exceso, la pérdida de autonomía y las caídas. Como consecuencia de aplicar el método de Hanlon de priorización (tabla 2), la UPP (con 21 puntos), la pérdida en el grado de autonomía (con 18 puntos) y las caídas (con 16 puntos) fueron las variables que asociaban una mayor gravedad, una mayor extensión en cuanto a número de personas afectadas y sobre las cuales las intervenciones eran potencialmente más eficaces.

A partir de esta selección de los factores más prioritarios se seleccionaron 37 códigos NOC, recogidos en las tablas 1, 3, 4, 5. La selección es orientativa, no es exhaustiva, y la utilización de algunos NOC incluidos en una tabla podrían ser también considerados en las otras, debido a las relaciones que existen entre las tres variables seleccionadas.

Tabla 1. Resultados comunes a las tres variables

Código	Enunciado	Definición
1306	Dolor: respuesta psicológica adversa	Gravedad de las respuestas cognitivas y emocionales adversas observadas o referidas al dolor físico
2000	Calidad de vida	Alcance de la percepción positiva de las condiciones actuales de vida
2002	Bienestar personal	Grado de percepción positiva del propio estado de salud actual
2008	Estado de comodidad	Tranquilidad y seguridad global física, psicoespiritual, sociocultural y ambiental del individuo
2101	Dolor: efectos nocivos	Gravedad de los efectos nocivos observados o referidos del dolor crónico en el funcionamiento diario
2102	Nivel del dolor	Intensidad del dolor referido o manifestado
2109	Nivel de malestar	Gravedad del malestar físico o mental observado o descrito
3011	Satisfacción del paciente/usuario: control de los síntomas	Grado de la percepción positiva de cuidados enfermeros para aliviar los síntomas de la enfermedad
3013	Satisfacción del paciente/usuario: aspectos técnicos del cuidado	Grado de la percepción positiva del conocimiento y la experiencia utilizada en el suministro de cuidados por parte del personal de enfermería
3014	Satisfacción del paciente/usuario	Grado de percepción positiva de los cuidados proporcionados por el personal de enfermería
3002	Satisfacción del paciente/usuario: comunicación	Grado de percepción positiva de la información intercambiada entre el paciente/usuario y el personal de enfermería
3016	Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor	Grado de percepción positiva de los cuidados de enfermería para manejar el dolor

**Tabla 2.** Priorización de las variables según el método de Hanlon

	A Gravedad (0-10)	B Extensión (0-10)	C Eficacia de intervenciones (0,5-1,5)	D Factibilidad (0-1)	Total (A + B) × C × D
Alteración del sueño	5	9	1	1	14
Úlcera por presión	9	5	1,5	1	21
Incontinencia de esfínteres	5	8	0,8	1	10,4
Desequilibrio nutricional por exceso	6	8	0,8	1	11,2
Pérdida de autonomía	10	8	1	1	18
Caídas	8	8	1	1	16

**Tabla 3.** Úlceras por presión

Código	Enunciado	Definición
0210	Realización de transferencia	Capacidad para cambiar la localización corporal independientemente, con o sin mecanismos de ayuda
0502	Continencia urinaria	Control de la eliminación de orina de la vejiga
0902	Comunicación	Recepción, interpretación y expresión de los mensajes verbales, escritos y no verbales
1101	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas
1004	Estado nutricional	Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas
1103	Curación de la herida por segunda intención	Magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta
1605	Control del dolor	Acciones personales para controlar el dolor
1843	Conocimiento: manejo del dolor	Grado de conocimiento transmitido sobre las causas, los síntomas y el tratamiento del dolor

**Tabla 4.** Disminución del grado de autonomía: funcionalidad

Código	Enunciado	Definición
0002	Conservación de la energía	Acciones personales para controlar la energía necesaria para iniciar y mantener la actividad
0005	Tolerancia a la actividad	Respuesta fisiológica a los movimientos que consumen energía en las actividades diarias
00093	Fatiga	Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual
0200	Ambular	Acciones personales para caminar independientemente con o sin dispositivos de ayuda
0202	Equilibrio	Capacidad para mantener el equilibrio del cuerpo
0204	Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas	Gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física
0205	Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas	Gravedad del compromiso en el funcionamiento psicocognitivo debido a la alteración de la movilidad física
0208	Movilidad	Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente, con o sin dispositivo de ayuda
0222	Marcha	Habilidad para caminar con una alineación correcta del cuerpo, con ritmo de marcha regular, y con paso firme
0300	Autocuidado: actividades de la vida diaria	Acciones personales para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente, con o sin dispositivo de ayuda

**Tabla 5.** Caídas

Código	Enunciado	Definición
1808	Conocimiento: medicación	Grado de conocimiento transmitido sobre el uso seguro de la medicación
1828	Conocimiento: prevención de caídas	Grado de conocimiento transmitido sobre la prevención de caídas
1902	Conducta de prevención de caídas	Acciones personales o de cualquier familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal
1911	Conductas de seguridad personal	Acciones personales para prevenir lesiones físicas no intencionadas a uno mismo
1912	Caídas	Número de veces que un individuo se cae
1926	Deambulación segura	Deambulación segura, socialmente aceptable, sin objetivo aparente de un individuo con deterioro cognitivo
2301	Respuesta a la medicación	Efectos terapéuticos y adversos de la medicación prescrita

## ■ DISCUSIÓN

La merma en el grado de funcionalidad, la aparición de UPP y las caídas son tres eventos que cuando aparecen empeoran notablemente la CVRS del anciano. Su relevancia se manifiesta en el hecho de que su detección forma parte de la valoración geriátrica integral<sup>(17)</sup>. Sin embargo, una característica de interés es que son abordables desde los diferentes niveles de prevención. Según nuestros resultados, su abordaje es prioritario en un plan de cuidados que pretenda mejorar la CVRS en el anciano. Las intervenciones de enfermería que se planteen deberán realizarse de acuerdo con los resultados deseados, teniendo en cuenta los recursos disponibles, los factores relacionados con el problema de salud detectado, y las características y preferencias de las personas.

### Las úlceras por presión

Se estima que en un paciente inmovilizado, las UPP se pueden evitar en el 95% de los casos, ya sea mediante la puesta en marcha de sencillas pautas de actuación recogidas en todos los protocolos diseñados para ello o en casos de especial fragilidad, con la aplicación de cuidados individualizados basados en la evidencia disponible<sup>(18)</sup>.

Además de los aspectos de prevención primaria, el profesional de enfermería puede actuar en la prevención terciaria, entendiendo como tal las acciones encaminadas a paliar las consecuencias de una enfermedad. En este punto, Gorecki et al<sup>(19)</sup> señalan que en los pacientes que sufren UPP, el dolor y una comunicación deficitaria con el cuidador tienen una notable influencia sobre su CVRS.

La puesta en marcha de estrategias no farmacológicas de afrontamiento, técnicas de relajación-respiración, manejo de las emociones, la asertividad y la atención son herramientas que suponen en muchas ocasiones una mejoría importante de la sensación dolorosa. También está descrito que la privación del descanso y del sueño incrementan el dolor. Así pues, todas las actividades encaminadas a favorecer el descanso son intervenciones no farmacológicas en las que el profesional de enfermería tiene un papel importante. Además, la subjetividad que caracteriza la sensación dolorosa es responsable a menudo del manejo inadecuado de este síntoma, y la utilización de escalas de evaluación de la intensidad del dolor puede ayudar a individualizar las intervenciones.

El segundo aspecto es la comunicación. Se han descrito varias estrategias que mejoran la relación entre el cuidador y el paciente. Entre

ellas, cabe señalar el desarrollo de habilidades comunicacionales (entrenamiento de la asertividad y la escucha activa), suministrar información sobre el tiempo de curación esperado, los procedimientos empleados o las incomodidades derivadas de estos, el establecimiento de objetivos comunes, y el uso de protocolos que disminuyan la variabilidad clínica y mejoren la continuidad asistencial.

En la atención a este proceso se proponen los NOC recogidos en la tabla 3 y los que aparecen en la tabla 1 que son comunes a las tres variables.

### La disminución del grado de autonomía o funcionalidad

Diferentes estudios han descrito una fuerte relación positiva entre el grado de autonomía del anciano y su autopercepción de salud<sup>(20,21,22)</sup>. Aunque este axioma no siempre se cumple, y hay estudios que sugieren que la relación entre la discapacidad y la CVRS en el anciano en ocasiones es contraria a la lógica<sup>(23)</sup>, en términos generales, la autopercepción de salud se correlaciona fuertemente con la salud física, y se observa una merma en la CVRS a medida que la enfermedad progresa.

Hay sólidas evidencias de que el ejercicio físico actúa mediante numerosos mecanismos en el mantenimiento de la autonomía y funcionalidad de la persona mayor, contribuyendo a mejorar su salud autopercebida<sup>(24)</sup>. La práctica de ejercicio físico regular es una de las principales estrategias para envejecer de forma saludable, y el profesional de enfermería está en una situación idónea para promover una actividad física acorde con las posibilidades del paciente.

Teniendo en cuenta que las tres variables (pérdida de funcionalidad, caídas y UPP) están estrechamente relacionadas, se sugieren en la atención a este proceso los códigos NOC recogidos en la tabla 4, y los comunes incluidos en la tabla 1. Además, también podrían ser de utilidad algunos de los incluidos en las tablas 3 y 5.

### Las caídas

Las caídas son causa de pérdida funcional, institucionalización precoz y aumento de la morbimortalidad en los ancianos. Las caídas tienen un fuerte impacto negativo sobre la CVRS.

Asimismo, los factores de riesgo de caída parecen asociarse a una peor valoración de la CVRS. En un estudio sobre ancianos institucionalizados, los autores observaron que el equilibrio, la movilidad, la fuerza muscular y el miedo a caerse presentaron una fuerte asociación con la CVRS<sup>(25)</sup>. Otro factor de riesgo de caídas es el dolor,

pues se ha demostrado que los ancianos que sufren dolor son más propensos a caerse<sup>(26)</sup>.

Además del ejercicio físico regular, cuyo beneficio sobre la prevención de las caídas está sobradamente documentado<sup>(27)</sup>, otras posibles actuaciones del profesional de enfermería son las referentes a la polimedicación. El nexo de unión entre la polimedicación y el riesgo de caídas son los efectos secundarios, por otro lado, más frecuentes en el anciano. Así, los psicotropos y los antihipertensivos están relacionados con las caídas, dado que pueden provocar inestabilidad y confusión los primeros, e hipotensión los segundos.

El anciano es el grupo de edad que más fármacos consume y, por tanto, es fundamental la puesta en marcha de acciones correctoras de los efectos indeseables de la polifarmacia. El profesional de enfermería es el principal responsable del control y detección precoz de complicaciones y problemas de salud del paciente. En este ámbito, puede actuar mediante tareas de educación para la salud, instruyendo sobre la auto-medicación no responsable o mejorando aspectos del almacenamiento de fármacos (ubicación, caducidades). En el anciano institucionalizado, los profesionales de enfermería tienen una implicación directa sobre la preparación y administración de la medicación. La puesta en marcha de protocolos para impulsar la implantación de sistemas de notificación de errores de medicación, voluntarios, confidenciales y no punitivos es

una herramienta válida para hacer un uso seguro de los medicamentos y mejorar la calidad de la asistencia.

Considerando lo expuesto anteriormente, cabe suponer que los NOC incluidos en la tabla 4 podrían también tenerse en cuenta en la atención de este proceso. Además de estos, se han seleccionado los códigos que aparecen en la tabla 5 y los comunes a las tres variables recogidos en la tabla 1.

## ■ CONCLUSIONES

El logro de los NOC relacionados con variables asociadas a un fuerte impacto negativo en la CVRS del anciano –como son las UPP, el declive de la funcionalidad y las caídas– puede suponer potencialmente una mejora en la salud percibida de los individuos.

La revisión de la bibliografía y las técnicas de priorización son herramientas útiles que complementan la taxonomía NOC, mejorando la efectividad y eficiencia de nuestras actuaciones ■

## Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses relacionado con este artículo.

## ■ BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Estadística-INE. INE. 2008. [Internet]. Disponible en: <http://www.ine.es>
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966;44(3 Suppl):206.
- Morales Asencio JM. Investigación de Resultados en Enfermería: El camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index Enferm [Revista en internet]*. 2004, vol. 13, n. 44-45, p. 37-41. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100008&lng=es)
- Bowling A. *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales*. Buckingham: Open University Press; 1991.
- Schwartzmann L, Olaizola I, Guerra A, Dergazarian S, Francolino C, Porley G, et al. Validación de un instrumento para medir calidad de vida en hemodiálisis crónica: Perfil de impacto de la enfermedad. *Rev Med Urug*. 1999;15(2):103-9.
- Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*. 2003;9(2):9-21.
- Waldron D, O'Boyle CA, Kearney M, Moriarty M, Carney D. Quality-of-life measurement in advanced cancer: assessing the individual. *J Clin Oncol*. 1999;17(11):3603-11.
- Gignac MA, Cott C, Badley EM. Adaptation to chronic illness and disability and its relationship to perceptions of independence and dependence. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000;55(6):362-72.
- Aydellotte M, Tener M. An Investigation of the Relation Between Nursing Activity and Patient Welfare. Final Research Report (GN 4786 and GN 8570), University of Iowa, 1960.
- Johnson M, Bulechek GM, Butcher H. *Interrelaciones NANDA, NOC, NIC, Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones*. Barcelona: Elsevier; 2007. p. 704.
- Morales-Asencio JM, Morilla-Herrera JC, Torres-Pérez LF, Porcel-Gálvez AM, Canca-Sánchez JC. Investigación en resultados y clasificación de resultados de Enfermería. Claves para la investigación. *Metas de Enferm*. 2012;15(10):20-4.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. *Nursing outcomes classification (NOC)*. 4.ª ed. St Louis: Mosby; 2008.
- Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Nursing Outcomes Classification (NOC), Measurement of Health Outcomes, 5: Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Elsevier Health Sciences; 2013.
- Padilla G, Grant M. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Adv Nurs Sci*. 1985;8(1):45-60.
- Rico-Blázquez M, Escortell-Mayor E, del-Cura-González I, Sanz-Cuesta T, Gallego-Berciano P, de las Casas-Cámara G, et al. *CuidaCare: effectiveness of a nursing intervention on the quality of life's caregiver: cluster-randomized clinical trial*. *BMC Nursing*. 2014;13:2.
- Hanlon J, Pickett G. *Public health administration and practice*. Santa Clara, CA: Times Mirror/Mosby College Publ.; 1984. p. 239-41.
- Fernández E, Estévez M. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. *Gerokomos*. 2013;24:8-13.
- Soldevilla J, Navarro S. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. *Gerokomos*. 2006;17(4):203-24.
- Gorecki C, Lamping DL, Brown JM, Madill A, Firth J, Nixon J. Development of a conceptual framework of health-related quality of life in pressure ulcers: a patient-focused approach. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(12):1525-34.
- Gómez Peligros A, Alonso Atienza MC, Menéndez Obregón JL, Chércoles Ruiz EM. Salud percibida en los ancianos de la provincia de Toledo y su relación con variables sanitarias. *SEMER*. 1993;19:595-9.
- Gorroñoigoitia Iturbe A, Ibáñez Pérez F, Olaskoaga Arrate A. Auto-percepción de salud en el anciano: relación con algunas variables socioeconómicas y de salud. *Aten Primaria*. 1992;10(5):771-6.
- Arnau A, Espallella J, Serrarols M, Canudas J, Formiga F, Ferrer M. Factores asociados al estado funcional en personas de 75 o más años de edad no dependientes. *Gac Sanit*. 2012;26(5):405-13.
- Hardiman O, Hickey A, O'Donerty LJ. Physical decline and quality of life in amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotroph Lateral Scler Other Motor Neuron Disord*. 2004;5(4):230-4.
- García-Molina VA, Carbonell-Baeza A, Delgado-Fernández M. Beneficios de la actividad física en personas mayores. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*. 2010;10(40):556-76.
- Ozcan A, Donat H, Gelecek N, Ozdirenc M, Karadibak D. The relationship between risk factors for falling and the quality of life in older adults. *BMC Public Health*. 2005;5:90.
- Wilber ST, Sullivan AF, Camargo CA. Chronic pain and risk of falls in older adults. *JAMA*. 2010;303(12):1147-49.
- Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttrop MJ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 2004;328:680-6.