



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2014 – 2015

Trabajo de Fin de Grado

Plan de Cuidados al Paciente

Pluripatológico Crónico: Abordaje Integral

Caso clínico

Alumno: Laura Bustamante Ramos

Tutora: D^a. Elena Faulín Ramos

Junio, 2015

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
Material y Métodos	6
Descripción del Caso Clínico	6
Tratamiento médico y pruebas complementarias	7
Proceso de Atención de Enfermería	8
Resultados	22
Discusión	24
Bibliografía	27
Anexos	29

RESUMEN

Introducción: El progresivo envejecimiento de la población supone un problema mundial emergente; la elevada prevalencia de pacientes pluripatológicos con enfermedades crónicas conlleva la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionan una especial fragilidad clínica que grava al paciente con un deterioro progresivo y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional. Estos pacientes demandan una elevada utilización de recursos sanitarios y sociales, siendo necesario mejorar la calidad de su atención y la eficiencia en el manejo de los dispositivos existentes.

El ámbito donde se lleva a cabo el “Proceso de Atención al Paciente Pluripatológico Complejo” se sitúa principalmente en Atención Primaria, desarrollándose de forma paralela con Atención Especializada, participando también Servicios Sociales. Se hace hincapié en la necesidad no solo de un apoyo individualizado sino multidisciplinar, siempre con una visión holística del problema.

Objetivo: “Promover un mayor autocontrol y/o autoconocimiento de la enfermedad”, para mejorar la adherencia terapéutica y minimizar la aparición de eventos adversos.

Material y Métodos: Elaboración de un plan de cuidados que nos ayude al abordaje del paciente pluripatológico crónico. Para ello se ha realizado una valoración por Patrones de Margory Gordon, apoyada en las diferentes escalas recomendadas en la valoración del paciente geriátrico, usando la taxonomía NANDA, NOC, NIC.

Resultados: Los resultados alcanzados (identificar y seguir las precauciones de la medicación, utilizándola según prescripción y administrar la dosis correcta) han sido beneficiosos para el paciente, aumentando tanto la adherencia al tratamiento como su calidad de vida.

Discusión: El interés del paciente junto con la familia son dos puntos clave a la hora de planificar para tratar a este tipo de pacientes pluripatológicos crónicos. Se constata que la promoción y prevención, así como la educación tienen un gran beneficio sobre estos pacientes, aumentando la calidad de vida de los mismos.

Palabras claves: Pluripatológico. Cuidados. Crónico.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un problema mundial emergente. El aumento de la esperanza de vida, el avance en el diagnóstico y tratamiento de múltiples enfermedades en los últimos años, están propiciando una mayor supervivencia de la población con el aumento progresivo que esto conlleva de la prevalencia de pacientes pluripatológicos y con enfermedades crónicas. La pluritopatología se define por la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionan una especial fragilidad clínica que grava al paciente con un deterioro progresivo, y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes ámbitos asistenciales (atención primaria, atención especializada, servicios sociales). Estos pacientes demandan una elevada utilización de los recursos sanitarios, lo cual no se distribuye de forma homogénea en la población española. La frecuentación hospitalaria se multiplica por 10 en los varones mayores de 50 años respecto al grupo de edad entre 15 y 34 años, acompañándose con una mayor utilización de los servicios de consulta médica, urgencias, hospitalización de día y consumo de medicamentos¹.

Como respuesta a la completa, correcta y adecuada atención del paciente pluripatológico, la cual supone un reto para los servicios sanitarios, los países desarrollados han ido introduciendo en estas últimas décadas diferentes modelos organizativos y de gestión. En el Reino Unido el Departamento de Salud estima que un 5% de los pacientes (generalmente con enfermedades crónicas) genera el 42% de las estancias hospitalarias, por lo que ha diseñado un modelo sanitario y social para atender a este tipo de pacientes¹. En el desarrollo de este modelo, han identificado experiencias de gestión de pacientes crónicos que han obtenido resultados positivos, entre ellas la sistemática de atención desarrollada por Kaiser Permanent que junto con el Chronic Care Model (CCM) son los sistemas de integración más conocidos para la atención a pacientes pluripatológicos crónicos. Mejorando la misma de forma que es más accesible, eficiente, aceptable y al mismo tiempo más económica².

Actualmente en España Sanidad ha puesto en marcha un programa de estratificación de pacientes, en base a sus distintas patologías y necesidades. De tal manera que se favorezca una atención integrada, dando apoyo no solo al paciente sino también a la familia. En nuestro país las comunidades pioneras con estrategias para afrontar la cronicidad han sido el País Vasco y Andalucía, aunque en la actualidad, casi todas las comunidades están desarrollando procesos asistenciales en este sentido, siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Sevilla 2011 ³ consensuada en la Conferencia Nacional para la Atención Nacional con Enfermedades Crónicas ⁴.

Esta estratificación se ha llevado a cabo con las bases de datos presentes en Atención Primaria y Especializada, logrando como resultado una pirámide poblacional dividida en cuatro Grupos de Riesgo Clínico (GRC). A través de esta clasificación se programan, definen y planifican intervenciones concretas y determinadas para cada GRC. Favoreciendo una mejor actuación de los sanitarios, adecuándola a las necesidades y nivel de riesgo de cada uno de los grupos. Alcanzando de este modo un conocimiento más profundo del perfil clínico de la población actual.

Aquellos pacientes incluidos en el Grupo 0 (G0), recibirán prevención y promoción primaria de factores de riesgo. Si por el contrario se incluyen dentro del Grupo 1 (G1), se atenderá o controlará el proceso clínico dentro del contexto de Atención Primaria. Además se llevará a cabo una promoción de la responsabilidad del paciente sobre sus cuidados, relacionados con el problema de salud que a él le concierne. Como tercer GRC encontramos el Grupo 2 (G2), en el cual se hará hincapié en la responsabilidad no solo por parte del paciente sobre su proceso y/o enfermedad sino que también se incluirá en dicha responsabilidad a la familia; llevándose a cabo esta promoción en Atención Primaria, con un apoyo puntual de Atención Especializada. Y como último grupo tenemos el Grupo 3 (G3).

Los pacientes clasificados como G3 ⁵, son aquellos que requieren atención sanitaria y cuidados de forma continua. Además de un abordaje no solo individualizado durante todo el proceso clínico, sino también multidisciplinar con una visión holística. Estos pacientes presentan necesidades de atención sanitaria elevadas y con frecuencia necesidades sociales. El ámbito donde se lleva a cabo este "Proceso de

atención al paciente crónico pluripatológico complejo” se sitúa como eje principal en Atención Primaria, desarrollándose de forma paralela y compartida con la Atención Especializada , participando también Servicios Sociales.

La importancia de este tema radica en el envejecimiento progresivo de la población actual en España, con un aumento de aquellos pacientes con enfermedades crónicas y pluripatológicas. Incluyendo la necesidad no solo de un apoyo individualizado sino multidisciplinar, siempre con una visión holística del problema, mejorando así la actuación que el sanitario lleva a cabo con los pacientes, además de aumentar y rentabilizar la gestión de los recursos. La prevalencia de estos pacientes pluripatológicos llega a situarse entre el 21-27% de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna. Suponiendo estos pacientes un 20-40% de los ingresos hospitalarios. Constituyendo en Atención Primaria aproximadamente el 2-5% de la población usuaria de los centros de salud, pero con un consumo de recursos que cuadriplica el promedio por paciente ⁶. Además de representar un grado de complejidad clínica, lo que requiere múltiples contactos con el medio de Atención Especializada.

“La educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificadas, destinadas a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables” A.Rochon ⁷. Responde a la exigencia de cubrir y prevenir las necesidades sociales en el terreno de la salud y de la calidad de vida mediante su detección y aplicación de medios educativos, teniendo como meta la autorrealización de los individuos y de las colectividades es decir, para asegurar a todos una vida de calidad.

Un programa de educación para la salud llevado a cabo eficazmente puede llegar a producir cambios y beneficios a nivel de conocimiento, de la comprensión o de las maneras de pensar, influenciar o clarificar los valores, determinar cambios de actitudes y de creencias, facilitando la adquisición de competencias; teniendo como consecuencia en la población una mejora de la calidad de vida, favoreciendo tanto la promoción de salud como la prevención de determinadas enfermedades ⁸. Siendo una herramienta clave que hay que incorporar a la atención integral de los problemas de salud de los individuos así como de la comunidad, por la amplitud de beneficios que reporta dicha acción.

OBJETIVOS

El objetivo principal del trabajo consiste en:

- Promover un mayor autocontrol y/o autoconocimiento de la enfermedad en el paciente pluripatológico crónico.

Siendo los objetivos específicos:

- Aumentar la adherencia terapéutica.
- Minimizar la aparición de eventos adversos.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño empleado es el de un caso clínico centrado en el paciente crónico pluripatológico, lo que actualmente se conoce como G3. Por lo que para poder realizarlo y ponerlo en marcha lo primero que se hizo fue llevar a cabo una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos (PubMed, Cuiden, ENFISPO) para recopilar información sobre el tema, utilizando palabras claves DeCS (*pluripatológico, cuidados, crónico*) y MeSH (*pluripathological, care, chronic*); combinándolas con los operadores booleanos *and* y *or*. Los filtros aplicados sobre esta búsqueda han sido: idioma (Español/Inglés), tiempo (no superior a 10 años, desde el año actual) y adulto. Todo ello fue tenido en cuenta a lo largo de la elaboración completa del trabajo. Posteriormente se procedió a encontrar al sujeto idóneo, aquel que cumpliera las características de los pacientes pluripatológicos crónicos clasificados como G3. Los criterios de selección del caso fueron: paciente ubicado en Atención Primaria, crónico pluripatológico, que precisa atención sanitaria y cuidados de forma continua.

Una vez seleccionado el paciente, además de conseguir los permisos oportunos para la realización de este caso clínico se pidió al mismo que firmara la “Declaración de consentimiento informado” (anexo 1).

Se utilizaron las herramientas metodológicas del Proceso de Atención de Enfermería: valoración mediante los patrones de Margory Gordon ⁹, diagnósticos enfermeros NANDA (NANDA international, Inc) ¹⁰ para diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración, siguiendo las recomendaciones dadas en “Los diagnósticos enfermeros, revisión crítica y guía práctica” por María Teresa Luis Rodrigo ¹¹, clasificación de resultados de enfermería NOC ¹², clasificación de intervenciones de enfermería NIC ¹³, aplicados a través de la herramienta informática NNNconsult ¹⁴.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente varón de 88 años de edad. Casado. Con estudios primarios. Residente en un pueblo de la provincia de Palencia, en el que vive con su cónyuge además de

tener red de apoyo de sus cuatro hijos y ocho nietos. Perteneciente al Servicio de Salud Cántabro, desplazado a un Centro de Salud de la zona rural de Palencia.

Antecedentes personales:

Alergia medicamentosa: no consta

Alergia Alimenticia: no consta

Otras Alergias: no consta

Antecedentes Médicos: fibrilación auricular, colitis ulcerosa, Parkinson, hipertrofia benigna de próstata, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad ateromatosa carotídea izquierda.

Hábitos tóxicos: exfumador desde hace 37 años.

Antecedentes familiares:

Padre: 82 años de edad, éxitus/ Carcinoma de colón.

Madre: 82 años de edad, éxitus/ Carcinoma gástrico.

Hermano 1: 56 años de edad, éxitus/ Infarto Agudo de Miocardio (IAM).

Hermano 2: 65 años de edad, éxitus/ Carcinoma vesical.

Hermano 3: 75 años de edad, éxitus/ Carcinoma pulmonar.

Hermana 4: 90 años de edad, éxitus/ Alzheimer.

TRATAMIENTO MÉDICO Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

El paciente tiene prescrita medicación para todas y cada una de las enfermedades anteriormente citadas. Datos del tratamiento (anexo 2).

Su tratamiento habitual es:

- *Sintrom 4 mg*, vía oral c/24h, según pauta de hematología.
- *Claversal 500mg*, vía oral c/8h, pauta 1 – 1 – 1
- *Plurimen 5mg*, vía oral c/24h, pauta 1 – 0 – 0
- *Sinemet (Levodopa + Carbidopa) 250/25mg*, vía oral c/24h, pauta 1 – 1 – 1
- *Tamsulosina 6,4mg*, vía oral c/24h, pauta 1 – 0 – 0
- *Hemovas 400mg*, vía oral c/12h, pauta 1 – 0 – 1

- *Irbesartan 150mg*, vía oral c/24h, pauta 1 – 0 – 0
- *Spiriva 18mg*, inhalación c/24h, pauta 0 – 1 – 0
- *Symbicort Forte Turbh 320/9mg*, inhalación c/12h, pauta 1 – 0 – 1
- *Ezetrol 10mg*, vía oral c/24h, pauta 0 – 0 – 1

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

VALORACIÓN

Para llevar a cabo este punto del caso clínico, se ha procedido a la valoración del paciente a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon (anexo 3).

Se le administró al paciente un formulario de preguntas realizado acorde a cada uno de los 11 patrones según el modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon, así como diversas escalas (Test de Cage, Test de Tinetti, Test de Morisky – Green, MiniNutritional Assessment, Escala de Braden, Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody, Escala Visual analógica, MiniExamen Cognoscitivo de Lobo, Escala de depresión y ansiedad de Golberg, Escala de Gijón, Escala Zarit) (anexos 4-16), según la recomendación de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León ⁵. Esta valoración fue realizada durante tres días, con el objetivo de no saturar al paciente con demasiadas preguntas, y que estas fueran respondidas de la forma más natural y realista posible.

RESUMEN DE VALORACIÓN DE PATRONES

1. Patrón percepción - manejo de la salud

El paciente tiene conocimiento de padecer ciertas enfermedades, sin saber el nombre exacto de las mismas, así como en que consiste cada una de ellas, incluyendo los cuidados que estas conllevan. No padece ninguna enfermedad invalidante. El paciente refiere que es su mujer la que lleva el control de la

medicación, ya que a él se le suele olvidar. Muestra predisposición por aprender sobre su enfermedad y cuidados. Alergias no conocidas. Se realiza la higiene bucal 2 veces al día y es exfumador hace 37 años más o menos.

Test de Cage: 0 – 1 bebedor social (anexo 4). Test de Tinetti: 20 riesgo (anexo 5).

Test de Morisky – Green: mala adherencia terapéutica ¹⁵ (anexo 6).

2. Patrón nutricional – metabólico

Peso habitual: 82 Kg, Talla: 1,78cm, circunferencia cintura: 130 cm; IMC: 25,88 (sobrepeso). Dieta oral con unos hábitos dietéticos buenos, no lleva a cabo ninguna dieta específica; realiza 4 comidas al día con unos horarios que pueden variar dependiendo del día. Ingiere alrededor de 0,5 litros de agua a diario (aumentando ligeramente esta cantidad durante el verano). No tiene dificultades para tragar ni masticar, salvo cuando tiene alguna herida en la cavidad bucal a causa de la utilización de dentadura postiza. En cuanto al estado de su piel presenta pequeñas heridas y arañazos a causa de los alambres, objetos del campo y al afeitado, cuya cicatrización se ve alterada debido a la medicación que toma (Sintrom).

Mini Nutritional Assessment: 11 Normal (anexo 7). Escala de Braden: 20 sin riesgo (anexo 8).

3. Patrón eliminación

Urinaria: el patrón urinario habitual es normal, con frecuencia dependiendo de la cantidad de líquidos ingeridos. El paciente controla su micción y no es portador de sonda vesical. No utiliza absorbentes ni colectores.

Intestinal: el patrón de evacuación habitual es cada 3-4 días. La consistencia y cantidad de las deposiciones es normal. A menudo padece estreñimiento debido a la enfermedad que padece.

Sudoración: normal, sin alteración.

4. Patrón actividad – ejercicio

El paciente realiza ejercicio moderado, teniendo deambulaci3n estable con la ayuda de un bast3n. Su nivel de energa est3 alterado, refiriendo notar falta de aire adem3s de dificultad en la respiraci3n. No precisa de O₂ domiciliario. Utiliza inhaladores, con una incorrecta administraci3n de los mismos.

Índice de Barthel: Independiente (anexo 9). Escala Lawton y Brody: Independiente (anexo 10).

5. Patr3n reposo – sueño

Refiere dormir alrededor de 12 horas al d3a, con una calidad que no es muy buena ya que se suele despertar/levantar 3 – 4 veces durante la noche, por lo que dice no descansar. No precisa medicaci3n para conciliar el sueño.

6. Patr3n cognitivo – perceptual

Utiliza gafas para leer, ver la televisi3n, hacer crucigramas... Refiere tener constantes infecciones en el o3do derecho. Actualmente presenta dolor localizado en el hombro derecho, debido a un accidente en el huerto.

EVA: 7 dolor hombro derecho (anexo 11). Mini Examen Cognoscitivo de Lobo: 25 normal (anexo 12).

7. Patr3n autopercepci3n – autoconcepto

El paciente se muestra en todo momento consciente, orientado, colaborador. Consider3ndose una persona amable y algo reservada. Padece temor a la muerte dolorosa, lo cual le estremece. Por lo dem3s patr3n sin alteraci3n.

Escala de depresi3n y ansiedad de Goldberg: sin depresi3n ni ansiedad (anexo 13).

8. Patrón de rol – relaciones

Paciente que vive con su esposa y recibe visitas de sus hijos. Su familia se preocupa por el proceso de su enfermedad y se implica en sus cuidados. Realiza actividades de entretenimiento (bolos, jugar a las cartas, huerto, etc).

Escala Gijón: 8 buena/aceptable situación social (anexo 14). Escala Zarit: 31 no sobrecarga (anexo 15).

9. Patrón sexual - reproducción

Patrón sin relevancia.

10. Patrón afrontamiento – tolerancia al estrés

Habitualmente se encuentra relajado y alegre. Ha afrontado situaciones pasadas estresantes con la ayuda de su familia, sintiéndose en todo momento arropado por ellos.

11. Patrón de valoraciones/creencias

Paciente que profesa el catolicismo, expresando que este siempre le ha ayudado y lo sigue haciendo frente a situaciones difíciles. Se siente muy satisfecho con su vida, manifestando preocupación frente a una muerte dolorosa.

DIAGNÓSTICOS (NOC/NIC)

Realizada la valoración, se procedió a la enumeración de los diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración pertenecientes al paciente; priorizando los mismos según la importancia /necesidad que tienen sobre el sujeto a estudio.

1. Disnea de esfuerzo secundario a EPOC.

NOC. Dominio 2: Salud Fisiológica.

E: Cardiopulmonar.

0402: Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.

040204: Disnea de esfuerzo.

NIC: Campo 1: Fisiológico Básico.

A: Control de la enfermedad y ejercicio.

0180: Manejo de la energía.

- Ayudar al paciente a priorizar las actividades para acomodar los niveles de energía.
- Ayudar al paciente a programar periodos de descanso.

2. [00078] Gestión ineficaz de la propia salud relacionado con desconocimiento de la patología, medicación y cuidados.

NOC. Dominio 1: Salud funcional.

D: Autocuidados.

0307: Autocuidados: medicación no parental.

030701- Identifica la medicación.

Pasará de un nivel 3 (moderadamente comprometido) a un nivel 5 (no comprometido) en 2 meses.

030702- Administra la dosis correcta.

Pasará de un nivel 3 (moderadamente comprometido) a un nivel 5 (no comprometido) en 2 meses.

030705- Sigue las precauciones de los medicamentos.

Pasará de un nivel 2 (sustancialmente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido) en 2 meses.

030718- Utiliza la medicación según prescripción.

Pasará de un nivel 3 (moderadamente comprometido) a un nivel 5 (no comprometido) en 2 meses.

NOC. Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud.

S: Conocimiento: sobre salud.

1803: Conocimiento: proceso de la enfermedad.

180302- Proceso de la enfermedad.

Pasará de un nivel 2 (conocimientos escaso) a un nivel 3 (conocimiento moderado) en 2 meses.

180311- Precauciones para prevenir las complicaciones de la enfermedad.

Pasará de un nivel 2 (conocimiento escaso) a un nivel 4 (conocimiento sustancial) en 2 meses.

NIC: Campo 2: Fisiológico complejo.

H: control de fármacos.

Campo 3: Conductual.

S: Educación de los pacientes.

5616: Enseñanza: medicamentos prescritos.

- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.

- Enseñar al paciente a reconocer las características distintas de los medicamentos.
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicación.
- Instruir al paciente acerca de la administración / aplicación de cada medicamento.
- Revisar el conocimiento que el paciente tiene de las medicaciones.
- Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.
- Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas...)
- Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración.
- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de mediación escrito.
- Incluir a la familia/ser querido.

NIC: Campo 3: Conductual.

S: Educación de los pacientes.

5602: Enseñanza: proceso de enfermedad.

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Revisar el conocimiento del paciente sobre su estado.
- Describir el proceso de la enfermedad.
- Proporcionar la información al paciente acerca de la enfermedad.
- Proporcionar información a la familia/ser querido acerca de los progresos del paciente.
- Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/ minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.
- Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas.
- Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador.

3. [00198] Trastorno del patrón del sueño relacionado con proceso.

NOC. Dominio 1: Salud funcional.

A: Mantenimiento de la energía.

0004: Sueño.

000404- Calidad del sueño.

000406- Sueño interrumpido.

NIC: Campo 1: Fisiológico: Básico.

F: Facilitación del autocuidado.

1850: Mejorar el sueño.

- Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apneas del sueño, vías aéreas obstructivas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicos (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.

4. [00155] Riesgo de caídas relacionado con deambulación nocturna.

NOC. Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud.

T: Control de riesgo y seguridad.

1909: Conducta de prevención de caídas.

190922- Proporciona la iluminación adecuada.

NIC: Campo 4: Seguridad.

V: Control de riesgos.

6490: Prevención de caídas.

- Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Disponer luz nocturna en la mesilla de noche.

5. [00004] Riesgo de infección relacionado con uso de bastoncillos e introducción de dedos en el conducto auditivo.

NOC. Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud.

T: Control del riesgo y seguridad.

1924: Control del riesgo: proceso infeccioso.

192421: Toma medidas inmediatas para reducir el riesgo.

NIC: Campo 1: Fisiológico: Básico.

F: Facilitación de los autocuidados.

1640: Control de los oídos.

- Evitar introducir objetos con punta en el oído.
- Enseñar al paciente a limpiarse los oídos.

6. [00038] Riesgo de traumatismo relacionado con actividad del paciente (cortes por afeitado, trabajo en el huerto...)

NOC. Dominio 4: Conocimientos y conducta de salud.

S: Conocimiento sobre salud.

1809: Conocimiento: seguridad personal.

180902- Medidas de prevención de caídas.

180904- Medidas de seguridad en el hogar.

NIC: Campo 4: Seguridad.

V: Control de riesgos.

6486: Manejo ambiental: seguridad.

- Disponer dispositivos de adaptación (banqueta de escalera o barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente.
- Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro.

7. Potencial de sangrado secundario a medicación (Sintrom).

NOC. Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud.

T: Control de riesgo y seguridad.

1911: Conductas de seguridad personal.

191129- Sigue las precauciones de la medicación.

NIC: Campo 2: Fisiológico: Complejo

H: Control de fármacos.

2380: Manejo de la medicación.

- Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.
- Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los fármacos.
- Explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.

8. Dolor secundario a compromiso articular.

NOC. Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud.

Q: Conducta de salud.

1605: Control de dolor.

160511- Refiere dolor controlado.

NIC: Campo 1: Fisiológico: básico.

E: Fomento de la comodidad física.

1400: Manejo del dolor.

- Realizar una valoración exhaustiva que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

9. Estreñimiento secundario a colitis ulcerosa.

NOC. Dominio 2: Salud fisiológica.

F: Eliminación.

0501: Eliminación intestinal.

050110: Estreñimiento.

NIC: Campo 1: Fisiológico: Básico

B: Control de la eliminación.

0450: Manejo del estreñimiento/ impactación fecal.

- Instruir al paciente/ familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos.
- Aconsejar al paciente a consultar con un médico si el estreñimiento o la impactación persisten.

10.[00028] Riesgo de déficit de volumen de líquidos relacionado con disminución de la sensación de sed.

NOC. Dominio 2: Salud fisiológica.

G: Líquidos y electrolitos.

0602: Hidratación.

060215- Ingesta de líquidos.

NIC: Campo 2: Fisiológico Complejo.

N: Control de la perfusión tisular.

4180: Manejo de la hipovolemia.

- Fomentar la ingestión oral de líquidos (distribuir los líquidos durante el periodo de 24 h y administrar líquidos con las comidas).

11.[00148] Temor relacionado con muerte dolorosa.

NOC. Dominio 3: Salud psicosocial.

M: Bienestar psicológico.

1210: Nivel de miedo.

121014: Preocupación por sucesos vitales.

NIC: Campo 3: Conductual

T: Fomento de la comodidad psicológica.

5820: Disminución de la ansiedad.

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

Para llevar a cabo las intervenciones/actividades establecidas y lograr así los objetivos fijados se han realizado 9 sesiones distribuidas durante los 2 meses pautados, comenzando el 9 de marzo y finalizando el 9 de mayo. Cada sesión se ha realizado a lo largo de 2 días, con una duración de tiempo máxima de 1h por día, para evitar de este modo la saturación del paciente con demasiada información, y lograr una mayor adherencia de la misma. Estas sesiones se han llevado a cabo en el domicilio del paciente.

El programa establecido:

- 1ª Sesión:
 - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
 - Revisar el conocimiento del paciente sobre su estado.
 - Revisar el conocimiento que el paciente tiene de las medicaciones.

- 2ª Sesión:
 - Describir el proceso de la enfermedad.
 - Proporcionar la información al paciente acerca de la enfermedad.
 - Incluir a la familia.

- 3ª Sesión:
 - Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
 - Enseñar al paciente a reconocer las características distintas de los medicamentos.
 - Incluir a la familia.

- 4ª Sesión:
 - Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicación.
 - Instruir al paciente acerca de la administración / aplicación de cada medicamento.
 - Incluir a la familia.

- Proporcionar información a la familia/ser querido acerca de los progresos del paciente.

- 5ª Sesión:
 - Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración.
 - Ayudar al paciente a desarrollar un horario de mediación escrito.
 - Incluir a la familia.

- 6ª Sesión:
 - Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.
 - Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas...)
 - Incluir a la familia.

- 7ª Sesión:
 - Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas.
 - Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador.
 - Incluir a la familia.

- 8ª Sesión:
 - Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/ minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.
 - Incluir a la familia.

- 9ª Sesión:
 - Evaluar al paciente el nivel de conocimientos adquiridos.
 - Proporcionar información a la familia acerca de los progresos del paciente.

RESULTADOS

Para proceder a la evaluación de los objetivos y poder comprobar si estos se han logrado bien de una forma parcial, total o nula, se acudió al domicilio del paciente, tras los dos meses de sesiones, para intentar evitar algún que otro sesgo (nervios por parte de paciente, desorientación, etc) lo que podría manipular los resultados. Por lo que se decidió realizar esta evaluación en el domicilio del paciente, y que así, este se encontrara en un ambiente conocido para él y relajado.

Se volvió a realizar al paciente el Test de Morisky – Green (anexo 16), para evaluar la adherencia al tratamiento, tras las intervenciones llevadas a cabo a lo largo del tiempo estipulado, obteniendo como resultado buena adherencia terapéutica.

030701 – Identifica la medicación. A lo largo de los dos meses que se plantearon inicialmente se ha ido instruyendo al paciente sobre la medicación prescrita. Una vez llevada a cabo la evaluación se ha podido comprobar como este objetivo se ha logrado totalmente, ya que el paciente actualmente es capaz de identificar todas y cada una de las pastillas que toma. Ha sido capaz de pasar de un nivel 3 (moderadamente comprometido) que tenía en un principio a un nivel 5 (no comprometido) en 2 meses tal y como se había estipulado.

030702 – Administrar la dosis correcta. Objetivo logrado en su totalidad, tras realizar varias sesiones con el paciente. Donde este ha logrado comprender y retener la dosis correcta para cada uno de los medicamentos que tiene prescritos. Pasando de un nivel 3 (moderadamente comprometido) a un nivel 5 (no comprometido) en el tiempo marcado, 2 meses.

030705 – Sigue las precauciones de los medicamentos. El cual no se ha alcanzado en su totalidad. El sujeto a estudio al final de los 2 meses de sesiones ha interiorizado y sigue parcialmente las precauciones de los medicamentos prescritos (en especial de aquellos que podrían acarrear más problemas o que él considera más relevantes para su vida diaria). Pasando de un nivel 2 (sustancialmente comprometido) a un nivel 3 (moderadamente comprometido) a lo largo de 2 meses.

030718 – Utiliza la medicación según prescripción. Objetivo logrado con éxito en su totalidad. El paciente es capaz de administrarse la medicación según la prescripción del facultativo, habiendo pasado de un nivel 3 (moderadamente comprometido) a un nivel 5 (no comprometido) en los 2 meses que han durado las sesiones.

180302 – Proceso de la enfermedad. En el cual el nivel de éxito ha sido nulo, no habiéndose alcanzado dicho objetivo. El paciente no ha sido capaz de modificar y aumentar su nivel de conocimiento acerca de sus patologías. Manteniéndose en un nivel 2 (conocimiento escaso) a lo largo de los 2 meses.

180311 – Precauciones para prevenir las complicaciones de la enfermedad. Objetivo alcanzado parcialmente. El paciente ha logrado conocer las precauciones para prevenir las complicaciones de aquellas enfermedades que interfieren de una forma notable en su vida, no teniendo conocimiento de otras. Pasando de un nivel 2 (conocimiento escaso) a un nivel 3 (conocimiento moderado) tras los 2 meses de sesiones.

DISCUSIÓN

A lo largo del extenso Proceso de Atención Enfermero que se ha llevado a cabo, se han realizado diversas intervenciones junto con el paciente para lograr unos objetivos definidos. Habiendo logrado la mayoría de estos, encontrando ciertas dificultades en algunos concretos.

030701 – Identifica la medicación. Se puede decir que este objetivo fue alcanzado debido a la insistencia en las diversas sesiones que se programaron con el paciente, en las cuales se instruyó al paciente acerca de las características de la medicación prescrita, realizando ejercicios de recuerdo con él, actividades encaminadas a la diferenciación de la medicación, todo ello con técnicas sencillas para una mejor comprensión por parte del paciente y le resultara más sencilla la retención de dicho conocimiento.

030702 – Administrar la dosis correcta. Tras los 2 meses que duraron las sesiones, el paciente ha alcanzado con éxito el nivel deseado. Habiendo desarrollado además un horario de medicación escrito, el cual le sirve de apoyo para evitar posibles equivocaciones en el seguimiento y manejo de la administración de su tratamiento, al ser un paciente de edad avanzada donde la disminución de la concentración y memoria se hacen presentes.

El logro de estos dos objetivos mencionados supone un gran beneficio para el paciente, aumentándose poco a poco de esta manera la adherencia al tratamiento ¹⁶ al conocer y reconocer cual es la dosis y la pauta de la misma.

030705 – Sigue las precauciones de los medicamentos. Objetivo no logrado en su totalidad, en parte motivado por producirse un cambio de su estilo de vida, horario, etc, que requerirá un tiempo de adaptación y aceptación de su estado actual, así como tener conciencia de la enfermedad, autocuidado. Si el paciente mantiene una actitud pasiva, negativa, desmotivada sin estímulos concretos, abandono personal, esas carencias impedirán y/o retrasarán los programas y objetivos fijados de inicio así como sus resultados prácticos y su eficacia. De ahí la gran importancia de la actitud/interés por parte del paciente ¹⁷.

030718 – Utiliza la medicación según prescripción. En este paciente con pluripatología se ha de fijar con él la metodología de la toma de su medicación, así como concretar horario/s de ingesta y tratamiento. En la medida que podamos debemos hacer hincapié explicando al paciente de forma directa pero sencilla para su comprensión en cuanto la importancia que representan las prescripciones realizadas correctamente, con su cumplimiento estricto. De lo contrario, si no existe o no es aceptado por el paciente el resultado de su tratamiento se verá alterado, poco efectivo e incluso con contraindicaciones debido a su edad y pluripatología. Si la administración del fármaco se ha realizado de forma correcta, podremos establecer y/o modificar su tratamiento al observar la respuesta farmacológica y evolución clínica del paciente.

180302 – Proceso de enfermedad. A pesar de diversas actividades como descripción del proceso de la enfermedad, proporcionar información al paciente acerca de la misma, entre otras muy básicas, sencillas y con un lenguaje coloquial, el objetivo no se ha alcanzado. A pesar de que a la salida de dichas sesiones al paciente había retenido gran parte de la información (aportándole un documento escrito con la misma) y hasta ese momento la entendía; una vez llevada a cabo la evaluación quedó demostrado que no era así; habían pasado los días y el sujeto había olvidado la información entregada y explicada, sin aumentar sus niveles de sabiduría acerca del tema. Llevando a cabo una evaluación crítica se observa que el problema principal se encuentra en el tiempo pautado. Siendo este demasiado reducido para la pluripatología que presenta el sujeto a estudio. El paciente pluripatológico crónico necesita una continuidad ¹⁸ no solo en los cuidados sino en las intervenciones de salud que sobre él se realicen, produciendo de este modo un beneficio no solo para el paciente sino que se incluye a los profesionales y el sistema sanitario. Llevándose un control minucioso y constante del paciente, permitiendo proveer en cierta medida posibles complicaciones o dificultades.

180311 – Precauciones para prevenir las complicaciones. En estos 2 meses el paciente se ha centrado en conocer las precauciones sobre aquellas enfermedades que él determina como importantes y que interfieren de una forma notable en su vida, no poniendo tanto empeño en el resto. Quedando reforzado de este modo lo mencionado anteriormente sobre la importancia que tiene el tiempo que se invierte en el paciente así como la actitud del mismo.

El incluir a la familia ha supuesto una gran red de apoyo para el paciente, siendo también conscientes de los avances del paciente y participando en las sesiones realizadas. En diversas ocasiones los apoyos y muestras de cariño por parte de los mismos hacia el paciente, han ayudado a que pusiera toda su intención en mejorar y alcanzar los objetivos marcados. La familia es un punto clave a la hora de planificar, tratar a este tipo de paciente pluripatológicos crónicos ¹⁹.

Impartir las diferentes sesiones en el domicilio del paciente ²⁰, ha sido un punto positivo, favoreciendo el logro de lo deseado, debido a que este se encontraba en un ambiente más cómodo, distendido y familiar. Atendiendo a que en especial en personas de edad avanzada, sacarles de su entorno es susceptible de crear un desequilibrio en ellos, pudiendo llegar a generar más inconvenientes que beneficios.

Aun con todos los beneficios obtenidos y el aumento en la calidad de vida del paciente, sobre este hay todavía mucho trabajo que hacer, por lo que debe comprenderse que este trabajo supone un punto y seguido en la relación entre el personal sanitario y este paciente. No pudiendo dar por concluido el programa que se ha comenzado y se ha llevado a cabo durante estos dos meses, sino que debido a las características del mismo, este necesita un programa de continuación de cuidados, intervenciones, por lo que se debe de continuar trabajando con él, intentando evitar las posibles recaídas como consecuencia de las complicaciones de la propia enfermedad, aplicando la prevención, para que la asistencia (más concretamente a nivel de atención especializada) se retrase lo más que se pueda en el tiempo.

Se han planteado unos objetivos empleando intervenciones para este sujeto concreto. Ahora bien, tanto objetivos como intervenciones no son idénticos y/o generales para todos los pacientes, por lo que no podemos generalizar a partir de este caso clínico a otros pacientes. Se estudiará lo prioritario para cada caso. Dada la dimensión de respuestas y clínica de cada paciente, “no existen enfermedades, sino enfermos” ²¹, en cuanto a las evoluciones de cada uno y teniendo en cuenta todas y cada una de las posibles variables personales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
2. Montes Santiago J, Casariego Vales E, de Toro Santos M, Mosquera E. La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. *Galicia Clin* 2012; 73 (Supl1): S7 – S14.
3. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). Documento de Consenso Atención al Paciente con enfermedades crónicas. 2011.
4. Aldonza Valderrey C, Ramos Sastre M, Echevarría Zamanillo M, Méndez Lirón M, Collazos Martínez M.A, García Ugarte L, et al. Efectividad de la enfermera de práctica avanzada en el paciente crónico pluripatológico. Una revisión sistemática. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2014.
5. Gerencia Regional de Salud. Proceso de Atención al paciente crónico pluripatológico complejo. Valladolid: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León; 2014.
6. Bohórquez Colombo P, Nieto Martin M.D, Pascual de la Pisa B, García Lozano M.J, Ortiz Camúñez M.A, Bernabéu Wittel M. Validación de un modelo pronóstico para pacientes pluripatológicos en Atención Primaria. *Estudio Profund en Atención Primaria* 2014; 14 (Supl 3): 41 – 48.
7. Garcia Martínez A, Sáez Carreras J, Escarbajal de Haro A. Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida. 1ª ed. Madrid: Arán Ediciones S.S. 2000.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Formación de promoción y educación para la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo; 2013.
9. Álvarez Suarez J.L, del Castillo Arévalo F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. Manual de valoración de patrones funcionales. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2010.
10. Nanda International. Knowledgebase [internet] 2015 [acceso 9 de febrero de 2015]. Disponible en: www.nanda.org

11. Luis Rodrigo M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 7ª ed. Barcelona: Masson – Elsevier; 2006.
12. Moorhead S, Johnson M, Maas M.L, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.
13. Bulechek G.M, Butcher H.K, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.
14. NNNconsult [sede Web]. Barcelona: Elsevier; noviembre 2012 – [actualizada el 7 de mayo de 2015; acceso 19 de febrero 2015]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
15. Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco. Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. Infac: información farmacoterapéutica de la comarca, 2011. Volumen 19 N°1.
16. Palop Larrea V, Martínez Mir I. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2014; vol 28 – N° 5.
17. Instituto Global de Salud Pública y Política Sanitaria de la Universitat Internacional de Catalunya. Itinerario del paciente crónico. Barcelona: UIC; 2013.
18. Fernandez Moyano A. ET AL. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre atención hospitalaria y atención primaria. Rev Clin Esp 2007; 207 (10):510-20.
19. Carmen de la Cuesta Benjumea. Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. Colombia. 2004; 13 (1): 137-46.
20. Minard Mitre Cotta R, Suarez Varela M.M, Llopis Gonzalez A, Sette Cotta Filho J, Ramón Real E, Diaz Ricos J.A. La hospitalización domiciliaria: antecedentes situación actual y perspectivas. Rev Panam Salud Pública 2001.
21. Asclepios, Instituto de formación de Medicina tradicional [Internet] Madrid: 2000 [Acceso 29 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://institutoasclepios.com/>

ANEXOS

Anexo 1. Declaración de consentimiento informado.



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/D^a, de años de edad y con D.N.I.:
..... , manifiesta que ha sido informado/a por D/D^a
....., con D.N.I.: y
alumno/a de la Escuela Universitaria de Enfermería de Palencia, sobre el estudio que va a
realizar, para el desarrollo de un Trabajo de la asignatura:....., titulado:
.....

- Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme de dicho estudio cuando quiera y sin dar explicaciones.
- He sido informado/a, también, de que mis datos personales serán tratados de manera anónima y confidencial. (no serán utilizados mis datos personales)
- Recibo una copia de este formulario.

Tomando todo ello en consideración, otorgo mi consentimiento para la participación en dicho estudio.

Palencia, a de de 2014

Firma del participante o representante

Firma del alumno

Anexo 2. Datos del tratamiento.

Producto		Datos del tratamiento				Indicaciones al paciente	
Denominación	Tipo	Cant.	Periodo	Int.	Desayuno	Comida	Cena
Symbicort Forte Turbh 320/9mcg 60 dosis polvo inh.-	Crónico	1.00	12	Horas4333	1	0	1
Spiriva 18mcg/cap 30 Cap + 1	Crónico	1.00	24	Horas	0	1	0
DispHandihalerinhal- Sinfrom 4mg 20 comprimidos	Crónico	1.00	24	Horas	Según pauta		
Plurimen 50 comprimidos	Crónico	1.00	24	Horas	1	0	0
Iribesartan 150mg 28 comprimidos	Crónico	1.00	24	Horas	1	0	0
Ezetrol 10mg 28 comprimidos	Crónico	1.00	24	Horas	0	0	1
Tamsulosina 0,4mg 30 capsulas retard	Crónico	1.00	24	Horas	1	0	0
Hemovas 400mg 60 grageas	Crónico	1.00	12	Horas	1	0	1
Claversal 500mg 100 comprimidos recubiertos	Crónico	1.00	8	Horas	1	1	1
Levodopa + Carbidopa 250/25mg 120 comprimidos	Crónico	3.00	24	Horas	1	1	1

Anexo 3. Valoración completa del paciente.

1. Patrón percepción-manejo de la salud.

- ¿Tiene usted alguna enfermedad crónica? ¿Cuál?

Sí, pero no me sé el nombre exacto de ellas.

Tras la visualización y recopilación de información de la historia del paciente:

- Fibrilación auricular (en tratamiento con Sintrom, según controles de hematología)
 - Colitis ulcerosa en tratamiento con Claversal.
 - Enfermedad de Parkinson en tratamiento con Plurimen y Sinemet (Carbidopa+Levodopa).
 - Hipertrofia benigna de próstata en tratamiento con Tamsulosina.
 - Enfermedad ateromatosa carotidea izquierda en tratamiento con Hemovas.
 - HTA controlada con Irbesatan.
 - EPOC, tratamiento con Spiriva y Symbicort.
- ¿Tiene usted alguna enfermedad invalidante? ¿cuál?
No.
 - ¿Cuál es su tratamiento farmacológico habitual?, ¿Tiene adherencia al mismo?
Sé más o menos cual es mi medicación aunque es mi mujer la que se encarga de su control, ya que a mí se me suele olvidar.
Adjunto hoja de medicación.
 - ¿Conoce usted los problemas de salud que presenta actualmente y los pasados? , ¿Y los cuidados que precisa?
No, no los conozco (ni los problemas ni cuidados). Pero cuando el sanitario me dice que tengo que hacer algo lo realizo a raja tabla, normalmente hasta que me encuentro bien y al final lo acabo dejando. Poniendo un poco más de mi parte podría mejorar y no suponer tanta carga para mi mujer.
 - ¿Muestra interés por estos cuidados?
Generalmente no. Únicamente cuando me encuentro mal físicamente que me asusto y voy al doctor.
 - ¿Padece usted algún tipo de alergia? Medicamentosa, tejidos, alimentaria, etc...

No que yo sepa, nunca me ha dado ninguna reacción a nada.

- En cuanto a los hábitos tóxicos actuales y en el pasado:
 - ¿Consume bebidas alcohólicas? ¿Cuál/Cuáles?
Si consumo. Bebo 1 vaso de vino a la comida y otro a la cena.
Esporádicamente 1 cerveza y cuando es alguna fiesta especial alguna copilla que otra.
 - ¿Es usted fumador?
No. Soy exfumador, desde hace 37 años más o menos.
 - ¿Consume algún tipo de droga?, ¿Cuál/Cuáles? (preguntar cantidad, vías, duración, inicio...)
No, ni consumo ni he consumido nunca drogas.
- ¿Ha tenido usted algún accidente doméstico?
Que yo recuerde una caída por las escaleras al estar retirando nieve de la misma.
- ¿Tiene la cartilla de vacunación al día?
Sí.
- En cuanto a los hábitos higiénicos: ¿Realiza usted la higiene bucal a diario?, ¿cuántas veces y con qué productos?
Sí, me la realizo 2 veces al día (por la mañana y por la noche) con cepillo de dientes.

Escalas:

- Test de Richmond (no precisa)
- Test de Cage (si precisa)
Resultado: 0 – 1 Bebedor social.
- Test de Tinetti
Resultado: 20 Riesgo de caídas.
- Test de Morisky – Green
Resultado: Mala adherencia terapéutica.

2. Patrón nutricional-metabólico.

- Peso habitual, talla, circunferencia cintura, IMC...
Peso: 82Kg; talla: 1,78m; circunferencia cintura: 130cm; IMC: 25,88 (sobrepeso).
- ¿Cuáles son sus hábitos dietéticos?
Como de todo, me gustan más los platos de cuchara como cocido, alubias, lentejas, frejoles...
- ¿Qué cantidad de líquidos ingiere a diario?
Suelo beber alrededor de 0,50litro a diario, aunque en verano suele ser algo más porque como hace calor tengo más sed.
- ¿Cuántas comidas realiza al día?, ¿Cuáles son sus horarios?
4, que son el desayuno, como algo a media mañana, comida y cena. Generalmente los horarios son 9:30h, 12:00h, 15:00h, 21:00h más o menos que pueden variar dependiendo del día.
- ¿Lleva a cabo alguna dieta específica?
No, como de todo.
- ¿Padece algún tipo de intolerancia y/o alergia alimenticia?
No que yo conozca.
- ¿Dieta oral o por sonda?
Mi dieta es oral.
- ¿Utiliza usted dentadura postiza?
Sí, tanto arriba como abajo.
- ¿Tiene usted dificultades para masticar? Y ¿para deglutir (disfagia)?
Generalmente no, pero cuando tengo alguna herida a causa de la dentadura si tengo dificultades. Para tragar no tengo problemas.
- ¿Presenta algún tipo de alteración de la nutrición? , ¿Cuál?
No.
- ¿El estado de su piel es integro? En caso negativo ¿Qué tipo de lesión presenta?
Sí, aunque tengo pequeñas heridas y arañazos por los alambres y cosas del campo. Y en ocasiones cuando me corto al afeitarme. Estas heridas me tardan en dejar de sangrar debido a que tomo Sintrom.

Escalas:

- Mini Nutritional Assessment (MNA), escala de evaluación del estado nutricional.

Resultado: 11 Normal.

- Escala de Braden

Resultado: 20 Sin riesgo.

3. Patrón eliminación.

Eliminación intestinal:

- ¿Con qué frecuencia suele acudir al baño?
Cada 3 – 4 días.
- Cantidad de deposiciones que realiza y características de las mismas.
Son de consistencia normal y la cantidad para mí es normal.
- ¿Padece usted incontinencia, diarrea, estreñimiento, colostomía (IQ)...?
Suelo padecer a menudo estreñimiento, cuando esto me ocurre utilizo remedios caseros. Si esto no me funciona y se mantiene acudo al médico, que me receta algún medicamento para poder ir al baño. Me dicen que es debido a una enfermedad que tengo, que me puede dar también diarrea aunque esto no me suele ocurrir.
- ¿Presenta dolor al defecar?
No.
- ¿Ha visualizado la presencia de sangre en las heces?
Actualmente no, hace muchos años sí.
- ¿Usa usted laxantes para ir al baño?
No. Uso remedios caseros como zumo de naranja, kiwis, sopa con 3 cucharadas de aceite crudo...

Eliminación urinaria:

- Frecuencia miccional, cantidad y características de las mismas
La frecuencia depende un poco de la cantidad de líquidos que haya bebido, pero por la noche me levanto 2-3 veces (a oscuras, ya me conozco mi casa) aunque no orino cantidad.
- ¿Tiene dificultad para orinar?

Sí, me suele costar y en la mayoría de las ocasiones tengo dolor.

- ¿Utiliza habitualmente absorbentes? Y ¿colectores?

No a ninguna de las dos preguntas.

- ¿Y sonda vesical?

No.

- ¿Controla usted su micción?

Sí.

Eliminación cutánea:

- ¿Qué tipo de sudoración presenta?

Tengo una sudoración normal, de un olor más bien fuerte. Y en verano la sudoración es más elevada.

4. Patrón actividad-ejercicio.

- ¿Usted suele realizar ejercicio habitualmente?, ¿De qué tipo?

Ejercicio moderado, suelo salir a pasear todos los días (si el tiempo me lo permite) y el ejercicio que realizo cuando trabajo en el huerto.

- ¿Cuántas veces al día?

El paseo lo suelo dar por las tardes y al huerto voy por las mañanas.

- ¿Practica algún tipo de actividad al aire libre? , ¿Cuál?

Ir al huerto como ya he dicho antes.

- ¿Actividades de ocio?

Todos los días voy a la cantina del pueblo y juego la partida con mis vecinos, también en casa con mi mujer. Me gusta hacer crucigramas e ir al huerto.

- Es usted ¿diestro o zurdo?

Soy diestro.

- ¿Está usted encamado? , ¿Debido a qué causa?

No.

- En cuanto a la deambulación ¿Es estable o inestable?

Soy estable.

- ¿Precisa de algún dispositivo/apoyo durante la marcha?, ¿Cuál?

Sí, siempre que salgo a la calle voy con un bastón que me sirve de apoyo y me da mayor seguridad.

- ¿Existe sintomatología que le interfiera o dificulte en su movimiento normal?
En ocasiones el Parkinson me dificulta el movimiento de manos, pero lo llevo y controlo bien. Pero actualmente presento un fuerte dolor en el brazo derecho que me dificulta el movimiento normal del mismo.
- En cuanto a la respiración, ¿qué tal se nota usted que respira?
No muy bien, suelo notar como que me falta el aire y me cuesta respirar; y eso me crea nerviosismo, angustia y ansiedad.
- ¿Precisa usted de oxígeno domiciliario?
No.
- ¿Padece algún tipo de alteración respiratoria?, ¿Cuál?
Sí, no recuerdo el nombre concreto pero es algo así como que tengo obstruidos los pulmones y por ello no respiro bien.
- ¿Usa usted inhaladores?, ¿Cuáles?
Si, utilizo dos tipos (symbicort y spiriva).
- ¿Sabe cómo debe realizarse las inhalaciones correctamente?
No muy bien sinceramente, yo pongo la pastilla en el aparato y aspiro fuerte aunque desconozco si es la forma correcta. Me lo explicaron hace mucho y ya no lo recuerdo bien.
- ¿Presenta usted HTA?, ¿Arritmias cardiacas, taquicardias?
Si, presento HTA, además de fibrilación auricular.
- ¿Generalmente tiene usted fiebre?
No, no suelo presentarla.

Escalas:

- Índice de Barthel – Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)
Resultado: 90 Independiente.
- Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria.
Resultado: 6 Independencia.

5. Patrón reposo-sueño.

- ¿Cuántas horas duerme al día?
Alrededor de unas 12 horas al día.
- ¿Se echa la siesta habitualmente?
Sí, todos los días después de comer duermo una hora más o menos.
- ¿Cómo es la calidad del sueño?, ¿Es reparador, se siente descansado al despertar?
La calidad no es muy buena. Tras la siesta si que me encuentro descansado pero cuando me despierto por la mañana estoy cansado, no descanso bien.
- ¿Es continuo o por el contrario de despierta en varias ocasiones?
Me despierto en varias ocasiones, suelen ser unas 3 -4 veces por la noche y por ello cuando me despierto no me encuentro descansado.
- ¿Realiza algún ritual antes de acostarse? , ¿Cuál?
Todos los días antes de acostarme rezo el rosario, luego me pongo la radio hasta quedarme dormido.
- ¿Padece dificultad para iniciar/mantener el sueño?
Para iniciarlo no, me suelo quedar dormido enseguida. Pero para mantenerlo sí que me cuesta, como he dicho antes me despierto en varias ocasiones.
- ¿Precisa de medicación para conciliar el mismo?
No.
- ¿Le han comentado si ronca mientras duerme?
Sí, mi mujer me lo ha comentado.
- ¿Le han estudiado sobre apnea del sueño?
No.

6. Patrón cognitivo-perceptual.

- ¿Padece usted alguna alteración de la visión?, ¿Cuál?, ¿Utiliza usted gafas o lentes de contacto?, ¿Ha sido intervenido (IQ)?
No padezco ninguna alteración y tampoco he sido intervenido nunca. Únicamente utilizo gafas para leer, ver la televisión y hacer el crucigrama.
- ¿Padece usted alguna alteración de la audición?, ¿Cuál?, ¿Utiliza audífono?, ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente (IQ)?

No he sido intervenido. En cuanto a las alteraciones no tengo ninguna determinada pero sí que es verdad que oigo más bien poco. Y actualmente padezco mucho del oído derecho, teniendo constantes infecciones en el mismo, que me están tratando. Me lavo los oídos con bastoncillos y cuando me pican me suelo rascar con el dedo. No utilizo audífonos.

- ¿Padece usted alguna alteraciones del olfato, gusto y/o sensibilidad táctil?, ¿Cuál?

No. Lo único que debido al temblor por el Parkinson me dificulta el atrapar objetos, y en ocasiones se me caen.

- ¿Sabe usted leer? Y ¿Escribir?

Sí a ambas cosas.

- ¿Tiene problemas de memoria?, ¿Nota que se le olvidan las cosas con facilidad?

Para las cosas pasadas, me refiero de hace años, las recuerdo muy bien y con todo tipo de detalles. Pero de vez en cuando las cosas recientes de me olvidan y las tengo que preguntar de nuevo.

- ¿Tiene usted dolor?, ¿Desde cuándo?, ¿Dónde localiza el mismo?, ¿Se irradia o está localizado?, ¿Es continuo o discontinuo?, ¿Usted lo atribuye a algo?

El único dolor que presento lo localizo en el hombro derecho. Desde este verano más o menos (julio2014), que tuve un pequeño accidente en el huerto. El dolor está localizado y es discontinuo. Yo lo atribuyo a que voy al huerto y realizo trabajo (siembro, escavo la tierra con la azada, cargo leña para la chimenea), ya que cuando hago esto el dolor reaparece y se acentúa en ocasiones.

- ¿Cómo integra los nuevos conocimientos?

Los referentes a mi salud me los tienen que repetir un par de veces, son temas algo complicados. El resto los suelo integrar bien.

- ¿Existe algún factor que le impide/le entorpece el aprendizaje?

No, lo único que con la edad me va costando retener las cosas cada día un poco más.

Escalas:

- Escala Visual Analógica (EVA).
Resultado: 7 Dolor hombro derecho
- Mini Examen Cognoscitivo de Lobo.
Resultado: 25 Normal.

7. Patrón autopercepción-autoconcepto.

- ¿Qué concepto y valoración tiene de usted mismo?. En caso de una auto-estima baja ¿Cuál cree que es la causa?
Me considero una persona amable y algo reservada. En cuanto a la valoración es buena, me considero buena persona ya que intento ayudar en lo que puedo a mis familiares y amigos.
- ¿Le cuesta expresar y/o exteriorizar sus sentimientos?
Sí que me cuesta, en este aspecto soy una persona bastante reservada.
- ¿Muestra usted interés, es consciente de su enfermedad?
Muestro interés por lo que me pasa, en especial cuando me encuentro físicamente mal.
- ¿Acepta el estado de salud que tiene?
Qué remedio me queda, aunque me gustaría estar totalmente sano y sin medicaciones.
- ¿Se implica en la toma de decisiones sobre los procesos que influyen en su estado de salud?
Sí que me implico, pero suelo dejar a los especialistas sanitarios que tomen la mejor decisión, ellos han estudiado y saben más del tema.
- A mi observación el paciente se muestra: ej: consciente, orientado, colaborador, pasivo, indiferente (esto variará dependiendo de la evolución de la entrevista).
El paciente en todo momento se ha mostrado activo, orientado y consciente, respondiendo a todas las preguntas con la mayor actitud.
- ¿Tiene usted antecedentes de periodos de depresión?
No.

- ¿Padece usted ansiedad y/o temor hacia algo o alguien?
Hacia alguien no, pero hacia algo sí, la muerte es algo que me estremece, en especial el morir de una forma dolorosa.
- En cuanto a su imagen corporal:
 - ¿Ha percibido algún cambio recientemente?, ¿Cuál?
No he percibido ninguno.
 - ¿Cómo se siente con su cuerpo?
A gusto con él, estoy conforme.
 - ¿Presenta algún tipo de deformación física?, ¿De qué manera influye en su vida?
No tengo ningún tipo de deformación física.

Escalas:

- Escala de depresión y ansiedad de Goldberg.
Resultado: Sin depresión ni ansiedad.

8. Patrón de rol-relaciones.

- ¿Con quién vive usted?
Vivo con mi mujer que tiene 90 años. Algún fin de semana al mes viene alguna de mis hijas, nos hacen compañía y nos ayudan.
- ¿Cuál es la estructura familiar? (miembros, edad, estado de salud)
Yo tengo 88 años, con problemas de salud. Mi mujer de 90 años fue intervenida de cadera. Tenemos además 4 hijos que ya no viven con nosotros y cuando pueden nos visitan, todos ellos sanos.
- ¿Cree usted que su familia se interesa y se implica por su estado de salud?, ¿Se siente arropado y querido por ellos?
Sí, mi familia se implica mucho. Siempre que tengo una cita médica alguno de mis hijos/nietos me acompañan a la cita, nunca voy solo. Así que me siento muy querido y arropado por ellos.
- ¿Realiza algún tipo de actividad lúdica fuera de casa?
Sí, todos los días voy a la cantina a jugar a las cartas y en verano veo los bolos, antes jugaba pero ya no puedo con las bolas (y luego tengo

demasiados dolores). Además tengo colmenas y todos los años ya con ayuda de mis hijos cato.

– Para el cuidador:

– ¿Colabora usted en los cuidados del paciente?

Sí, estoy muy pendiente de todos ellos e intento que los lleve siempre a cabo, además llevo un control de la mediación que precisa mi marido, soy yo la que le organiza las pastillas.

– ¿Es capaz de integrar los conocimientos con facilidad?

Teniendo en cuenta la edad que tengo creo que los integro bastante bien.

– ¿Expresa sus sentimientos sobre la situación del paciente?

Sí, me suelo desahogar con mis hijas.

– ¿Cómo se encuentra usted con la vivencia actual?

Yo vivo bien, para mí ya forma parte de mi rutina habitual.

Escalas:

– Valoración socio familiar – Escala Gijón.

Resultado: 8 Buena/aceptable situación social.

– Valoración de la sobrecarga del cuidador familiar – Escala Zarit.

Resultado: 31 No sobrecarga.

9. Patrón sexualidad-reproducción.

– ¿Se encuentra usted satisfecho con lo vivido con su esposa?

Sí, la quiero mucho. Llevamos ya más de 55 años casados y los que no quedan todavía.

10. Patrón afrontamiento-tolerancia al estrés.

- ¿Ha pasado usted por alguna experiencia traumática o situación estresante?,
Descríbame la
Pues sí, supongo que como todo el mundo. La más reciente ha sido la muerte de mi hermana a la que quería mucho y con la que pasé momentos muy buenos. Fue algo repentino, lo que me pilló de sorpresa y por eso me impresionó más.
- ¿Cómo se sintió en ese momento?
En ese momento me sentí triste, pero al notar el calor de mi familia que me estuvo arropando en todo momento la cosa no fue tan mala.
- ¿Cómo lo trató?
Lo intenté llevar de la mejor manera posible, pensando que haya donde esté mi hermana estará bien y me verá desde arriba.
- ¿Ha hablado o habla con alguien de esto?, ¿Le resulta beneficioso?
No lo he hablado, ya que como he dicho antes para estos temas soy bastante reservado.
- ¿Habitualmente como se encuentra? (tenso, relajado...) (en caso de que me responda que está tenso) ¿Qué le ayuda a relajarse?, ¿Utiliza medicinas?, ¿Drogas?, ¿Alcohol?
En general suelo estar bastante relajado y alegre. Pero si que es verdad que cuando paso por algún momento difícil el estar acompañado y reflexionar me ayuda.

11. Patrón de valoraciones/creencias.

- ¿Profesa usted alguna religión?
Sí, el catolicismo.
- ¿Esta le ayuda cuando le surgen dificultades?
Sí, siempre me ha ayudado y lo sigue haciendo actualmente.
- ¿Tiene usted algún plan importante para el futuro?
Aprovechar el tiempo al máximo y disfrutar de cada momento como si fuera el último.

- ¿Manifiesta usted preocupaciones relacionadas con la vida? Y ¿Con la muerte?

Sí que tengo preocupación hacia la muerte. Pero no suelo manifestarlo, no es algo de lo que me guste hablar.

- En general ¿Cómo se siente con su vida?

Muy satisfecho.

- ¿Tiene usted testamento vital?

No.

- ¿Tiene usted últimas voluntades?

Sí.

Anexo 4. Test de Cage.

CUESTIONARIO CAGE (SCREENING DE ALCOHOLISMO)

- C: ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos? . Busca intentar reducir el consumo de alcohol y revela los problemas individuales que surgen del abuso.
NO
- A: ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?. Encubre las consecuencias sociales negativas del consumo abusivo del alcohol y es el menos sensible y específico de los ítems.
NO
- G: ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?. Los sentimientos de culpa pertenecen a la dimensión psicopatológica del consumo excesivo de alcohol y son realmente frecuentes en estos trastornos.
NO
- E: ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?. Es casi patognomónico de dependencia (especificidad alrededor del 100% y alto VPP, en torno a 84% en algunos estudios). No tiene prácticamente falsos positivos.
NO

Según el número de respuestas afirmativas, en general se considera que cuanto mayor es, mayor será también la dependencia. De este modo:

- ✓ 0-1 Bebedor social
- 2 Consumo de riesgo. Sensibilidad > 85% y especificidad alrededor del 90% para el diagnóstico de abuso/dependencia
- 3 Consumo perjudicial
- 4 Dependencia alcohólica

Anexo 5. Test de Tinetti.

TINETTI – ESCALA DE MARCHA Y EQUILIBRIO

Iniciación: Detección del riesgo de caídas en ancianos a un año vista.

Codificación proceso: 0155 Riesgo de caídas (NANDA)

Administración:

Realizar un rastreo previo realizando la pregunta ¿Teme usted caerse? Se ha visto que el valor predictivo positivo de la respuesta afirmativa es alrededor del 63% y aumenta al 87% en ancianos frágiles.

Escala heteroadministrada, se cumplimenta entre 8 y 10 minutos. El evaluador debe revisar el cuestionario previamente a la administración. Caminando el entrevistador detrás del anciano, se le solicita que responda a las preguntas de la subescala de marcha. Para contestar la subescala de equilibrio el entrevistador permanece de pie junto al anciano (enfrente y a la derecha). La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado.

Interpretación y reevaluación:

A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación para la subescala de marcha es 12, para la de equilibrio 16. La suma de ambas puntuaciones da la puntuación para el riesgo de caídas.

A mayor puntuación >> menor riesgo.

< 19: Riesgo alto de caídas

19-24: Riesgo de caídas. → **Resultado del paciente**

Propiedades psicométricas: No validada en español y en nuestro medio

Anexo 5. Test de Tinetti.

TINETTI – EVALUACIÓN DE LA MARCHA		Ptos
El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o habitación (unos 8 metros) a paso normal.		
Inicio de la marcha	<ul style="list-style-type: none"> Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar. No vacila. 	0 1 X
Movimiento pie derecho	<ul style="list-style-type: none"> No sobrepasa al pie izdo. con el paso. Sobrepasa al pie izdo. 	0 1 X
	<ul style="list-style-type: none"> El pie dcho., no se separa completamente del suelo con el paso. El pie dcho. Se separa completamente del suelo. 	0 1 X
Movimiento pie izquierdo	<ul style="list-style-type: none"> No sobrepasa al pie dcho. con el paso. Sobrepasa al pie dcho. 	0 1 X
	<ul style="list-style-type: none"> El pie izdo. no se separa completamente del suelo con el paso. El pie izdo. se separa completamente del suelo. 	0 1 X
Simetría del paso	<ul style="list-style-type: none"> La longitud de los pasos con los pies izdo. y dcho. no es igual. La longitud parece igual. 	0 1 X
Fluidez del paso	<ul style="list-style-type: none"> Paradas entre los pasos. Los pasos parecen continuo. 	0 1 X
Traayectoria (Observar el trazado que realiza uno de los pies durante tres metros).	<ul style="list-style-type: none"> Desviación grave de la trayectoria. Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria. Sin desviación o uso de ayudas. 	0 1 X 2
	Tronco	<ul style="list-style-type: none"> Balaneo marcado o uso de ayudas. No se balancea al caminar pero flexiona las rodillas o la espalda, o separa los brazos al caminar. No se balancea ni flexiona ni usa otras ayudas al caminar.
Postura al caminar	<ul style="list-style-type: none"> Talones separados. Talones casi juntos al caminar. 	0 X 1
TOTAL MARCHA (12)		8

Anexo 5. Test de Tinetti.

TINETTI – EVALUACIÓN DEL EQUILIBRIO		Ptos
El paciente permanece sentado en una silla rígida sin apoyar brazos. Se realizan las siguientes maniobras:		
Equilibrio sentado	• Se inclina o desliza en la silla	0
	• Se mantiene seguro	1 X
Levantarse	• Incapaz sin ayuda	0
	• Capaz pero usa los brazos para ayudarse	1 X
	• Capaz sin usar los brazos	2
Intentos para levantarse	• Incapaz sin ayuda	0
	• Capaz pero necesita más de un intento	1 X
	• Capaz de levantarse en un intento	2
Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros cinco segundos)	• Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcando balanceo del tronco	0
	• Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de diez cm) o usa bastón u otro soporte	1
	• Apoyo estrecho sin soporte	2 X
	• Inestable	0
Equilibrio en bipedestación	• Estable con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) y usa bastón u otros apoyos	1
	• Estable sin andador u otros apoyos	2 X
	• Inestable	0
Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.	• Empieza a caerse	1 X
	• Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	2
	• Estable	0 X
Ojos cerrados	• Inestable	1
	• Estable	0
Vuelta de 360°	• Pasos discontinuos	1 X
	• Continuos	0
	• Inestable (se tambalea, o agarra)	1 X
Sentarse	• Estable	0
	• Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	1 X
	• Usa los brazos o el movimiento es brusco	2
TOTAL MARCHA + TOTAL EQUILIBRIO (28)		12

TOTAL MARCHA + TOTAL EQUILIBRIO (28)

20

Anexo 6. Test de Morisky – Green (5/02/2015)

TEST DE MORISKY-GREEN

Valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica.

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos? **Si**
2. Toma los medicamentos a las horas indicadas? **Si**
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos? **Si**
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja de tomar la medicación? **Si**

Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, si, no, no).

Anexo 7. Mini Nutritional Assessment.

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL: MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)

TEST DE CRIBAJE (1ª PARTE)		
PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA	PUNTOS
A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?	Anorexia grave	0
	Anorexia moderada	1
	Sin anorexia	2 X
B. Pérdida reciente de peso (<3 meses)	Pérdida de peso > 3 kg	0
	No lo sabe	1
	Pérdida de peso entre 1-3 kg	2 X
C. Movilidad	No ha habido pérdida de peso	3
	De la cama al sillón	0
	Autonomía en el interior	1
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?	Sale del domicilio	2 X
	Si	0 X
	No	1
E. Problemas neuropsicológicos	Demencia o depresión grave	0
	Demencia o depresión moderada	1
	Sin problemas psicológicos	2 X
F. Índice de masa corporal (IMC= peso/talla ² en Kg/m ²)	IMC < 19	0
	IMC ≥ 19 Y < 21	1
	IMC ≥ 21 Y < 23	2
	IMC ≥ 23	3 X
PUNTUACIÓN TOTAL CRIBAJE		11

Evaluación del cribaje (subtotal máximo 14 puntos).

- ✓ : ≥11 puntos: normal, no es necesario continuar.
- : ≤10 puntos: posible malnutrición, continuar la evaluación.

Anexo 7. Mini Nutritional Assessment.

TEST DE EVALUACIÓN (2ª PARTE)		
PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTAS	PUNTOS
G. ¿El paciente vive independiente en su domicilio	No Si	0 1
H. ¿Toma más de 3 medicamentos al día	No Si	0 1
I. ¿Úlceras o lesiones cutáneas?	No Si	0 1
J. ¿Cuántas comidas completas toma al día? (equivalentes a dos platos y postre)	1 comida 2 comidas 3 comidas	0 1 2
K. ¿Consume el paciente (si o no): • Productos lácteos al menos una vez al día? • Huevos o legumbres 1 ó 2 veces a la semana? • Carne, pescado o aves, diariamente?	0-1 sies 2 sies 3 sies	0 0,5 1
L. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?	No Si	0 1
M. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza)	< 3 vasos 3 – 5 vasos > 5 vasos	0 0,5 1
N. Forma de alimentarse	Necesita ayuda Se alimenta solo con dificultad Se alimenta solo sin dificultad Malnutrición grave No lo sabe o malnutrición moderada Sin problemas de nutrición	0 1 2 0 1 2
P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud?	Peor No lo sabe Igual Mejor	0 0,5 1 2
Q. Circunferencia braquial (CB en cm)	CB <21 CB ≥21 y ≤22 CB >22	0 0,5 1
R. Circunferencia en la pantorrilla (CP en cm)	CP <31 CP ≥31	0 1
Puntuación Total (Evaluación)		
Puntuación Global (Cribaje + Evaluación)		

Anexo 8. Escala Braden.

ESCALA DE BRADEN

Población diana: población general hospitalizada. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 6 ítems. Cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem "Fricción y rozamiento" que puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23. Una puntuación de 16 o inferior indica un mayor riesgo de úlceras por depresión. Los autores sugieren tener en cuenta también otros factores como la edad y el estado funcional.

ESCALA DE BRADEN

PERCEPCIÓN SENSORIAL. Capacidad para responder significativamente al disconfort relacionado con la presión.

1. Completamente limitada.
2. Muy limitada.
3. Levemente limitada
4. No alterada

HUMEDAD. Grado en el cual la piel está expuesta a la humedad.

1. Constantemente húmeda.
2. Muy húmeda.
3. Ocasionalmente húmeda.
4. Rara vez húmeda.

ACTIVIDAD. Grado de actividad física.

1. En la cama.
2. En silla.
3. Camina ocasionalmente.
4. Camina con frecuencia.

MOVILIDAD. Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.

1. Completamente inmóvil.
2. Muy limitada.
3. Ligeramente limitada.
4. Sin limitaciones.

Anexo 8. Escala Braden.

NUTRICIÓN. Patrón usual de consumo alimentario.

- 1. Muy pobre.
- 2. Probablemente inadecuada.
- 3. Adecuada.
- 4. Excelente

FRICCIÓN Y DESLIZAMIENTO.

- 1. Es un problema.
- 2. Es un problema potencial.
- 3. Sin problema aparente.

RESULTADO: 20 Sin riesgo

Anexo 9. Índice Barthel.

ÍNDICE DE BARTHEL- ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

ACTIVIDADES	VALORACIÓN	PUNTOS
Comer	Totamente independiente	10 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
Lavarse	Dependiente	0
	Independiente. Entra y sale solo del baño	5 <input checked="" type="checkbox"/>
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	10
	Necesita ayuda	5 <input checked="" type="checkbox"/>
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5 <input checked="" type="checkbox"/>
	Dependiente	0
	Continente	10 <input checked="" type="checkbox"/>
Deposiciones	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas.	5
	Incontinente	0
	Continente o capaz de cuidarse la sonda	10 <input checked="" type="checkbox"/>
Micción	Ocasionalmente, máx. un episodio de incontinencia en 24 h, necesita ayuda para cuidar la sonda	5
	Incontinente	0
	Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10 <input checked="" type="checkbox"/>
Usar el retrete	Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
	Independiente para ir del sillón a la cama	15 <input checked="" type="checkbox"/>
Trasladarse	Mínima ayuda física o supervisión	10
	Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas, sin ayuda	5
Escalones	Dependiente	0
	Independiente para subir y bajar escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión	5 <input checked="" type="checkbox"/>
	Dependiente	0
Puntuación TOTAL		90 Independiente

Valoración de la incapacidad funcional: 100 Total independencia (siendo 90 la máxima puntuación si el paciente usa silla de ruedas); 60 Dependencia leve; 35-55 Dependencia moderada; 20-35 Dependencia severa; 20 Dependencia total.

Anexo 10. Escala Lawton y Brody.

ESCALA DE LAWTON Y BRODY PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

ACTIVIDAD	VALORACIÓN	PUNTOS
CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO	Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Marca unos cuantos números bien conocidos	1
	Contesta al teléfono pero no marca	1
	No usa el teléfono	0
IR DE COMPRAS	Realiza todas las compras necesarias con independencia	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Compra con independencia pequeñas cosas	0
	Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
	Completamente incapaz de ir de compras	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
	Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
	Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
CUIDAR LA CASA	Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)	1
	Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer la cama	1
	Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
	Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1 <input checked="" type="checkbox"/>
LAVADO DE ROPA	No participa en ninguna tarea doméstica	0
	Realiza completamente el lavado de ropa personal	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Lava ropa pequeña	1
	Necesita que otro se ocupe del lavado	0
MEDIO DE TRANSPORTE	Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche	1
	Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público	1
	Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
	Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0 <input checked="" type="checkbox"/>
RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	No viaja	0
	Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas	0 <input checked="" type="checkbox"/>
	No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.	1
	Incapaz de manejar el dinero	0
Puntuación Total		6

Máxima dependencia: 0 puntos

Independencia total: 8 puntos

Anexo 11. EVA

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

La **Escala Visual Analógica (EVA)**, permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetro o milímetros.

Sin dolor

Máximo dolor

Dolor hombro Derecho

La **escala numérica (EN)** es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad del síntoma que se está evaluando. Es el método más sencillo de interpretar y el más utilizado.

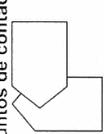
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor							Hombro Derecho			Máximo dolor

La **escala categórica (EC)** se utiliza cuando el paciente no es capaz de cuantificar sus síntomas con las escalas anteriores, expresando la intensidad de los síntomas en categorías, lo que resulta mucho más simple. Se suele establecer una relación entre categorías y un equivalente numérico.

0	4	6	10
---	---	---	----

Anexo 12. Mini Examen Cognoscitivo de Lobo.

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (adaptación y validación de Lobo A, et al., 1979 del MMSE de Folstein MP, et al., 1975. revalidado y normalizado por Lobo a et al., 2001)

ORIENTACIÓN	<p>¿En qué año estamos? ¿En qué estación del año estamos? ¿En qué día de la semana estamos? ¿En qué día (número) es hoy? ¿En qué mes estamos? ¿En qué provincia estamos? ¿En qué país estamos? ¿En qué pueblo o ciudad estamos? ¿En qué lugar estamos en este momento? ¿Se trata de un piso o una planta baja?</p>	<p>1 X 1 X</p>
FIJACIÓN	<p>Repita estas tres palabras: "peseta, caballo, manzana". Un punto por cada respuesta correcta. Una vez puntuado, si nos lo ha dicho bien, se le repetirán con un límite de seis intentos hasta que los aprenda. "Acuerdese de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato".</p>	<p>1 X 1 X 1 X</p>
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	<p>Si tiene 30 pesetas y me dan 3 ¿cuántas le quedan? ¿Y si me da 3?. Hasta 5 restas. Un punto por cada resta correcta</p>	<p>1 X 1 X 1 X 1 X 1 X</p>
MEMORIA	<p>¿Recuerda los 3 objetos que le he dicho antes?. Un punto por cada respuesta correcta.</p>	<p>1 X 1 X 1</p>
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	<p>Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? Mostrar un reloj. ¿Qué es esto? Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros" (un punto si es correcta) Ahora haga lo que le diga: "Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa". (1 punto por cada acción correcta) Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos: "CIERRE LOS OJOS"). Ahora escriba, por favor, una frase, la que quiera, en este papel (le da un papel y se le dice que o será correcto si escribe su nombre, se requiere una frase con sujeto, verbo y complemento) Copie este dibujo, anotando un punto si cada pentágono tiene cinco lados y cinco ángulos y están entrelazados con dos puntos de contacto.</p> 	<p>1 X 1 X 1 X 1 X 1 X 1 X 1 1</p>
TOTAL		25

Anexo 13. Escala de depresión y ansiedad de Goldberg.

ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG (versión adaptada al castellano por A. Lobo y Cols.)

SUBESCALA DE ANSIEDAD			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? • ¿Ha estado muy preocupado por algo? • ¿Se ha sentido muy irritable? • ¿Ha tenido dificultad para relajarse? <p>(si hay 3 o más respuestas afirmativas continuar preguntando)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? • ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca? • ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? • ¿Ha estado preocupado por su salud? • ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? 	<p>Si <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	
TOTAL ansiedad (suma de respuestas afirmativas)		1	3
SUBESCALA DE DEPRESIÓN			
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se ha sentido con poca energía? • ¿Ha perdido usted el interés por las cosas? • ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? • ¿Se ha sentido usted desesperanzada, sin esperanzas? <p>(si hay respuestas afirmativas a cualquiera de la preguntas anteriores, continuar)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? • ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) • ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? • ¿Se ha sentido usted entenebrecido? • ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? 	<p>Si <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>	
TOTAL depresión (suma de respuestas afirmativas)		0	4

Criterios de valoración: Sólo se deben puntuar los síntomas que duren más de dos semanas. Cuatro o más respuestas afirmativas en la subescala de la ansiedad y dos o más respuestas afirmativas en la de depresión indican probabilidad de padecer ansiedad o depresión pero el diagnóstico debe confirmarse con la entrevista clínica.

Anexo 14. Escala Gijón

VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR ESCALA GIJÓN

	VALORACIÓN	VALOR ASIGNADO A CADA OPCIÓN	PUNTOS
SITUACIÓN FAMILIAR	Vive con la familia sin dependencia físico/psíquica	1	
	Vive con cónyuge de similar edad	2	X
	Vive con familia y/o cónyuge con algún grado de dependencia	3	
	Vive solo y tiene hijos próximos	4	
	Vive sólo y carece de hijos o viven lejos	5	
SITUACIÓN ECONÓMICA	Más de 1,5 veces el salario mínimo (SMI)	1	
	Del salario mínimo a 1,5 veces	2	
	Desde pensión mínima contributiva (PMC) a salario mínimo	3	X
	Pensión no contributiva (PNC), LISMI o FAS	4	
	Menos del apartado anterior	5	
VIVIENDA	Adecuada a necesidades	1	X
	Barreras arquitectónicas en vivienda o portal	2	
	Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado	3	
	Ausencia de ascensor/teléfono	4	
	Vivienda inadecuada	5	
RELACIONES SOCIALES	Relaciones sociales	1	X
	Relación social sólo con familia y vecinos	2	
	Relación social sólo con familia o vecinos	3	
	No sale del domicilio, recibe visitas	4	
	No sale y no recibe visitas	5	
APOYOS DE LA RED SOCIAL	Con apoyo familiar o vecinal	1	X
	Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2	
	No tiene apoyo	3	
	Pendiente de residencia geriátrica	4	
	Tiene cuidados permanentes	5	
		TOTAL	8

Sumar el valor correspondiente a cada situación (1-5) de cada uno de los cinco apartados

- ✓ 5-9 puntos: Buena/aceptable situación social
- 10-14 puntos: Riesgo social
- >= 15 puntos: Posible problema social

Anexo 15. Escala Zarit.

VALORACIÓN DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR- ESCALA ZARIT

	Nunca (1 pto)	Rara vez (2 ptos)	A veces (3 ptos)	Bastantes veces (4 ptos)	Casi siempre (5 ptos)
¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
¿Siente que, por el tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo para usted mismo?	1	2	3	4	5
¿Se siente estresado al tener que cuidar a su familiar y tener que atender otras responsabilidades?	1	2	3	4	5
¿Se siente avergonzado/o por el comportamiento de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Se siente irritado/o cuando esta cerca de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos/familiares negativamente?	1	2	3	4	5
¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?	1	2	3	4	5
¿Se siente agotado/o cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar?	1	2	3	4	5
¿Se siente incómodo/a para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Cree que su familiar espera que usted le cuide como si fuera la única persona con la que puede contar?	1	2	3	4	5
¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos?	1	2	3	4	5
¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
¿Siente usted que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	1	2	3	4	5
¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?	1	2	3	4	5
¿Se siente inseguro/a acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?	1	2	3	4	5
En general, ¿se siente muy sobrecargado/o al tener que cuidar de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
TOTAL	31				

Valoración: <46 puntos. No sobrecarga 47-55 puntos. Sobrecarga leve >56 puntos. Sobrecarga intensa

Anexo 16. Test de Morisky – Green (12/05/2015)

TEST DE MORISKY-GREEN

Valora si el paciente adopta actitudes correctas en relación con la terapéutica.

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos? **NO**
2. Toma los medicamentos a las horas indicadas? **SI**
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos? **NO**
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja de tomar la medicación? **NO**

Para considerar una buena adherencia, la respuesta de todas las preguntas debe ser adecuada (no, si, no, no).