

ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL, PSICOAFECTIVA Y SOCIOFAMILIAR

1. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE BARTHEL

DESCRIPCIÓN

- Escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc.
- **Características de recogida:** Puede realizarse autoadministrado, por observación directa, preguntando al paciente o a su cuidador.
- Tiempo estimado de administración: 5 minutos.

ALIMENTACIÓN		
10	Independiente	Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para alguna de las actividades previas.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado.
BAÑO		
5	Independiente	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
VESTIRSE		
10	Independiente	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o braquero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable.
0	Dependiente	
ARREGLARSE		
5	Independiente	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
DEPOSICIONES		
10	Continente	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.
0	Incontinente	

MICCIÓN		
10	Continente	Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar la sonda y cambiar la bolsa de orina
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o no le da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral.
0	Incontinente	
RETRETE		
10	Independiente	Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico.
0	Dependiente	
TRASLADARSE desde la cama al sillón o a la silla de ruedas		
15	Independiente	Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas –levantando reposapiés, cerrando la silla-, conseguir sentarse o tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón.
10	Mínima ayuda	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos
5	Gran ayuda	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.
0	Dependiente	
DEAMBULAR		
15	Independiente	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.
5	En silla de ruedas	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.)
0	Dependiente	Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
10	Independiente	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda física o verbal.
0	Dependiente	

VALORACIÓN:

- La escala se debe realizar para valorar dos situaciones:
 - La situación actual del paciente.
 - La situación basal, es decir la situación previa al proceso que motiva una consulta cuando se realiza durante un ingreso o un proceso agudo.

- La valoración se realiza según la puntuación de una escala de 0 a 100 (dependencia absoluta e independencia, respectivamente) siendo 90 la puntuación máxima si va en silla de ruedas. Los diferentes tramos de puntuación son interpretados luego con una valoración cualitativa. Han sido propuesta diferentes interpretaciones para una misma puntuación. Por ejemplo un resultado de 70 puede ser interpretado como una dependencia leve o moderada según diferentes publicaciones. Por ello **es muy importante que el resultado sea registrado en valores absolutos** y no en una escala cualitativa.
- Es también de gran utilidad el registro de las puntuaciones parciales de cada actividad, para conocer las deficiencias específicas de cada persona.

Estratificación:

Diraya [*]		Proceso APP ^{**}	
Puntuación	Dependencia	Puntuación	Dependencia
0-20	Total	< 20 (0-15)	Total
25-60	Severa	20-35	Grave
65-90	Moderada	40-55	Moderada
95	Leve	≥60 (60-95)	Leve
100	Independencia	100	Independencia

2. ÍNDICE PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA. DE LAWTON Y BRODY

DESCRIPCIÓN:

- Escala que **permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad** (hacer la compra, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.). Evalúa actividades más elaboradas y que, por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria.
- Características de recogida: Debe de realizarse heteroadministrado preguntando al paciente o a su cuidador.
- Desarrollo: Para evaluar correctamente los ítems de estas escalas resulta importante diferenciar si el paciente podría llevar a cabo, previamente, esa actividad. Esta escala da mucha importancia a las tareas domésticas, por lo que en nuestro entorno los hombres suelen obtener menor puntuación. La disponibilidad de electrodomésticos y otros utensilios pueden influir también en la puntuación.
- Tiempo estimado de administración: 5-10 minutos.

^{*}Shah S. Vanclay F and Cooper B. J. Clin Epidemiol 1989. 42(8), 703-709.

^{**}Baztan JJ, Perez del Molino, Alarcon J et al. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol, 1993; 28: 32-40

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS	
Realiza independientemente todas las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0

VALORACIÓN

- **Recomendamos su utilización registrando cada una de las actividades** para conocer las deficiencias específicas de cada persona. Una valoración global se realiza según puntuación en una escala de 0 a 8 (dependencia máxima e independencia, respectivamente) según la siguiente estratificación.

Estratificación:

Puntuación	Dependencia
0-1	Total
2-3	Severa
4-5	Moderada
6-7	Ligera
8	Independencia

3. ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

DESCRIPCIÓN:

- El Índice del Esfuerzo del Cuidador (IEC) (*Caregiver Burden Scale*), es un instrumento que mide la carga de trabajo percibida y el esfuerzo que supone el abordaje de los cuidados por los cuidadores familiares. Ha sido validado, recientemente, en la población española*.
- Instrucciones para el profesional: Voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a pacientes que han regresado a casa tras una estancia en el hospital ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso? (aporte ejemplos).
- Características de recogida: Está compuesto por 13 preguntas dicotómicas (2 únicas posibilidades de respuesta sí o no) heteroadministradas durante el transcurso de una entrevista clínica, y cada respuesta verdadera puntúa 1.
- Población diana: Población cuidadora de personas dependientes en general.

*López Alonso SR y Moral Serrano MS. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enferm Común* 2005; 1(1). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_12-17.php>

1. Tiene trastornos de sueño (Ej. porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche)
2. Es un inconveniente (Ej. porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar).
3. Representa un esfuerzo físico (Ej. hay que sentarlo, levantarlo de una silla).
4. Supone una restricción (Ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas).
5. Ha habido modificaciones en la familia (Ej. porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)
6. Ha habido cambios en los planes personales (Ej. se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ej. por parte de otros miembros de la familia)
8. Ha habido cambios emocionales (Ej. causa de fuertes discusiones)
9. Algunos comportamientos son molestos (Ej. la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas)
10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (Ej. es un persona diferente de antes).
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda)
12. Es una carga económica
13. Nos ha desbordado totalmente (Ej. por la preocupación acerca de persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento).

VALORACIÓN

- La puntuación total presenta un rango entre 0 y 13 punto y una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo.

4. ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN

DESCRIPCIÓN:

- La Escala de valoración sociofamiliar permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social, siendo útil como un instrumento específico de medición de la situación social, para su incorporación en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria. Se trata de una escala heteroadministrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems.
- Características de recogida: La escala consta de 5 ítems o variables (situación familiar, económica, vivienda, relaciones y apoyo social), con 5 posibles categorías en cada una de ellos, estableciendo un gradiente desde la situación social ideal, o ausencia de problemática a la objetivación de alguna circunstancia o problema social, obteniéndose una puntuación global.
- Población diana: Población mayor de 65 años.

SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
SITUACIÓN ECONÓMICA	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior (“4”).	5
VIVIENDA	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños,...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción,...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
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
APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5

VALORACIÓN

- **Recomendamos su utilización haciendo un registro independiente de cada una de las variables**, ya que su principal utilidad no es definir un riesgo social sino detectar dimensiones deficientes. De hecho se han desarrollado diferentes versiones que no incluyen puntuación. En cualquier caso se considera que el punto de corte para la detección de riesgo social es 16.

5. VALORACIÓN COGNOSCITIVA. MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (Lobo)

DESCRIPCIÓN:

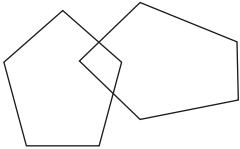
- El Mini Examen Cognoscitivo (MEC) es una traducción validada al español por Lobo et al del *Minimental Test de Folstein* (MMT). Se utiliza como herramienta de cribado del deterioro cognitivo, como ayuda al diagnóstico de demencias y está incluido en los criterios diagnósticos del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and the Alzheimer`s Disease and Related Disorders Association NINCDS-ADRDA.
- La traducción-validación que se realizó por LOBO en el 1979, añadió dos ítems (Cálculo: dígitos y abstracciones) al MMSE, convirtiéndose en MEC-35. Esta última es la que ha demostrado mejor rendimiento en nuestro territorio. La versión 30, es la que surge para facilitar al clínico o investigador español datos comparativos con los obtenidos en la población Anglosajona con el MMSE; resulta de eliminar los dos ítems que se añadieron en su momento al MMSE para su adaptación al español. Estas dos áreas de valoración cognitiva retiradas son la de dígitos inversos: la pregunta de repetir hacia atrás 5-9-2 (3 puntos menos), y las abstracciones: la pregunta sobre colores y animales (2 puntos menos). Pese a ello hemos optado por recoger la versión de 30 ítems para homogeneizar la herramienta con el proceso demencia.
- Características de recogida: Debe de realizarse heteroadministrado preguntando al paciente o a su cuidador.
- Tiempo estimado de administración: 10 minutos.

TÉCNICA DE APLICACIÓN:

Instrucciones generales: Comenzar con una frase introductoria tal como “Si no le importa, querría preguntarle por su memoria. ¿Tiene algún problema con su memoria?. Nunca hacer juicios de valor sobre las preguntas tales como “le voy a hacer unas preguntas muy sencillas”. No corregir nunca al sujeto.

- Orientación: Cada respuesta correcta es 1 punto.
- Memoria de fijación: decir despacio y claramente cada una de las palabras. Cada palabra repetida correctamente en el *primer intento* vale 1 punto. A continuación, repetirlas tantos intentos como sea necesario hasta que se las aprenda (ya que es imprescindible para que luego las pueda recordar). Hacer hincapié en que debe intentar recordarlas porque más tarde se las vamos a volver a preguntar. Puede utilizarse y anotarse series alternativas de palabras cuando tenga que reevaluarse al paciente (LIBRO, QUESO, BICICLETA).
- Concentración-cálculo: Restar de 30 de 3 en 3. Si no entiende o se resiste se le puede ayudar un poco si tiene dificultades de comprensión. La ayuda que se le puede dar no debe ser más de: «Si tiene 30 y me da 3, ¿cuántos le quedan?, y ahora siga dándome de 3 en 3». Un punto por cada sustracción independiente correcta. Ejemplo: 27-23-20-17-15: 3 puntos
- Memoria diferida: por cada palabra que recuerde (dejarle tiempo suficiente): 1 punto:
- Repetición: Repetir la frase: 1 punto si la repite correctamente en el primer intento (si se equivoca en una sola letra ya es 0 puntos).
- Comprensión: coger el papel con la mano derecha: 1 punto; doblarlo como máximo 2 veces: 1 punto; ponerlo donde se le haya indicado (en condiciones normales en la consulta es encima de la mesa): 1 punto.

- Lectura: Leer la frase: Se aconseja tenerla escrita en letras de gran tamaño en una cartulina para facilitar la visión. Indicarle que se ponga las gafas si las necesita, y que lo que le pedimos es que lea y haga lo que pone en la cartulina (como mucho decirse-lo 2 veces pero siempre antes de que empiece a leer, si ya ha leído la frase no debe decirse lo que tiene que hacer). Si cierra los ojos sin necesidad de que se le insista que debe hacer lo que lee (da igual que lo lea en voz alta o baja) es 1 punto.
- Escribir una frase: advertirle que no vale su nombre. Se le puede poner un ejemplo pero insistiéndole que la frase que escriba ha de ser distinta. Por ejemplo se le puede instar a que escriba algo sobre el tiempo que hace hoy. Si escribe una frase completa (sujeto, verbo y predicado) es 1 punto. No se tienen en cuenta los errores gramaticales u ortográficos.
- Copiar Dibujo: Al igual que con la lectura, se recomienda tener el dibujo a escala mayor en una cartulina aparte (puede ser en la cara de atrás de la cartulina con la frase). Los pentágonos dibujados han de tener: 5 lados y 5 ángulos, y han de estar entrelazados entre sí con dos puntos de contacto, y formando un cuadrángulo. Copiar el dibujo: El dibujo correcto vale 1 punto.

ORIENTACIÓN TEMPORAL (Cada respuesta vale 1 punto)	
¿Sabe en qué año estamos? ¿En qué época del año? ¿En qué mes estamos? ¿Qué día de la semana es hoy? ¿Qué día del mes es hoy?	5
ORIENTACIÓN ESPACIAL. (Pueden sustituirse los lugares originales por los alternativos)	
¿Me puede decir en qué país estamos? ¿Sabe en qué provincia estamos? (o comunidad autónoma) ¿Y en qué ciudad (pueblo) estamos? ¿Sabe dónde estamos ahora? (Hospital/Clinica/casa: nombre de la calle) ¿Y en qué planta (piso)? (Casa: piso o número de la calle)	5
MEMORIA DE FIJACIÓN	
Repita estas tres palabras: PESETA-CABALLO-MANZANA (Acuérdese de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato) (Repetirlas hasta cinco veces). Un punto por palabras.	3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? 27, 24, 21, 18, 15	5
MEMORIA DIFERIDA	
¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? Peseta-Caballo-Manzana	3
NOMINACIÓN	
¿Qué es esto? (mostrar un bolígrafo) ¿Qué es esto? (mostrar un reloj)	2
REPETICIÓN	
Le voy a pedir que repita esta frase. ¿Preparado? "En un trigal había cinco perros"	1
COMPRENSIÓN	
Escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo. Coja este papel con la mano derecha (pausa), doblelo por la mitad (pausa) y pongalo en la mesa (o en el suelo). Cogerlo con la mano derecha, doblarlo por la mitad, ponerlo en el suelo	3
LECTURA	
Por favor, Lea esto y haga lo que dice ahí: (CIERRE LOS OJOS)	1
ESCRITURA	
Por favor escriba una frase,... algo que tenga sentido	1
DIBUJO	
Por favor, copie este dibujo:	1
	

VALORACIÓN

- Tiene una sensibilidad de 93,5% y una especificidad de 81,9%. La puntuación del MEC puede utilizarse para clasificar la severidad del deterioro cognitivo o para evaluar su progresión, pero está determinada por las características de la población a la que va dirigida, de manera que en población analfabeta disminuye la sensibilidad hasta alcanzar un 69 %.
- En caso de población analfabeta o con importantes déficit sensoriales o auditivos puede utilizarse el SPMSQ de Pfeiffer. Si se utiliza el MEC debe anotarse entre paréntesis la puntuación máxima posible excluyendo las preguntas que se hayan podido eliminar por analfabetismo o imposibilidad física de cumplir el ítem. Hay autores que propugnan realizar una puntuación corregida. Si la puntuación total era 20 sobre 26 (p. ej; ciego) la puntuación total corregida se obtendría: $(20 \times 30) / 26$: 23,1 redondeando a 23 (23,5 se redondearía a 24).
- El punto de corte que ha conseguido mayor rendimiento es el de 23/24. Este punto de corte es el recomendado para la población mayor de 65 años, mientras que para la población de menor edad, Lobo propone que el mejor rendimiento es para el punto de corte 27/28. Para su interpretación se utiliza la siguiente estratificación.

Estratificación para mayores de 65 años

Puntuación	Grado de deterioro
Probablemente sin deterioro	≥ 24 (Máxima 35)
Probablemente con deterioro moderada	≤ 23 18-23
grave	≤ 18

6. CUESTIONARIO DE PFEIFFER

DESCRIPCIÓN:

- Fue elaborado específicamente para detectar deterioro cognitivo en pacientes mayores (útil, por tanto, en el cribado). También puede usarse en analfabetos y personas con deficiencias sensoriales severas. Valora un pequeño número de funciones relativamente básicas (memoria de corto y largo plazo, atención, orientación, información sobre hechos cotidianos, capacidad matemática).
- Es una de las escalas más utilizadas sobre todo en Atención Primaria por su brevedad y facilidad de ejecución. Su administración es rápida, ya que tan solo requiere de unos cinco minutos.
- Población diana: Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad mental.
- Principal limitación: No detecta deterioros leves ni cambios pequeños en la evolución. Se introduce una corrección según el nivel de escolarización, permitiéndose un error mas si no ha recibido educación primaria y un error menos si ha recibido estudios superiores.

	(+)	(-)
1. ¿Qué día es hoy? (día del mes, mes, año)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Dónde estamos ahora?		
4. ¿Cuál es su número de teléfono? o... ¿cuál es su dirección? (si no tiene tlf)		
5. ¿Cuántos años tiene?		
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)		
7. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno?		
8. ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno?		
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?		
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0		
Puntuación Total.....		

VALORACIÓN

- Si las puntuaciones son extremas no surgen dudas. Puntuaciones intermedias son dudosas y precisan confirmación.
- En el caso de pacientes hospitalizados, esta escala debe realizarse en las primeras 72 horas tras el ingreso y al alta del paciente.
- Tiene una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad muy alta (95%).
- Para su interpretación se utiliza la siguiente estratificación.
Puntúan los errores, 1 punto por error.
 - 0-2 errores: normal
 - 3-4 errores: leve deterioro cognitivo
 - 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico
 - 8-10 errores: importante deterioro cognitivo
 Se permite 1 error de más si no ha recibido educación primaria.
Se permite 1 error de menos si ha recibido estudios superiores.

7. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

DESCRIPCIÓN:

- Especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que las escalas ordinarias de la depresión tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos, de menos valor en este grupo de pacientes. Su máxima utilidad radica en el screening general del paciente anciano (detección) y en facilitar el diagnóstico diferencial con una posible demencia de inicio.
- Su uso puede mejorar el infradiagnóstico de la depresión en estas edades, donde, muchas veces, no es posible detectarla con la entrevista clínica ordinaria.
- La escala plantea un interrogatorio de respuestas dicotómicas, puntuando la coincidencia con el estado depresivo, es decir, las afirmativas para los síntomas negativos y las negativas para las cuestiones normales.

- Existen 2 versiones, una completa de 30 ítems y una abreviada de 15 ítems. La versión abreviada de 15 ítems es más recomendable en Atención Primaria por su fácil manejo (no requiere entrevistador entrenado) y rapidez (5-8 minutos).

VERSIÓN REDUCIDA		
¿En general está satisfecho/a con su vida?	SI =0	NO =1
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI =1	NO =0
¿Siente que su vida está vacía?	SI =1	NO =0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI =1	NO =0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Teme de algo malo pueda ocurrirle?	SI =1	NO =0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI =1	NO =0
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI =1	NO =0
¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI =1	NO =0
¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	SI =0	NO =1
¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI =1	NO =0
¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI =1	NO =0
¿Se siente lleno/a de energía?	SI =0	NO =1
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Vd?	SI =1	NO =0
TOTAL		

VALORACIÓN

- En la versión breve se considera un resultado normal los valores de 0 a 5 puntos. Valores entre 6 y 9 son sugestivos de probable depresión y valores de 10 o más de depresión establecida. Las sensibilidades y especificidades son muy altas para ambos puntos de corte.
- Estratificación:
Normal = 0 – 5 puntos.
Probable depresión = 6 – 9 puntos.
Depresión establecida = > 9 puntos.

REFERENCIAS:

- **INDICE DE BARTHEL**
 - Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 71 (2): 61-5.
 - Baztan JJ, Perez del Molino, Alarcon J et al. Indice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1993; 28: 32-40
 - Shah S. Vanclay F and Cooper B. *J. Clin Epidemiol* 1989. 42(8), 703-709.
- **ESCALA DE LAWTON Y BRODY**
 - Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-main-taining, and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-86.
- **ESCALA DE VALORACION SOCIOFAMILIAR DE GIJON**
 - Diaz ME, Domínguez O, Toyos G. Resultados de la aplicación de una escala de valoración sociofamiliar en atención primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1994;29:339-245.
 - Alarcón MT, González JI. La escala sociofamiliar de Gijón, instrumento útil en el hospital general. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:178-179.
- **VALORACIÓN DE RIESGO SOCIAL - ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR -**
 - Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano D Cabrera González A Menéndez Caicoya A Fernández Sánchez V Acebal García JV García González E Díaz Palacios A Salamea García Atención Primaria Viernes 30 Abril 1999. Volumen 23 - Número 7 p. 434 - 440
 - El cuidador del paciente con demencia: aplicación del test Índice del Esfuerzo del Cuidador. MJ Gómez-Ramos FM González-Valverde
 - Geriatria y Gerontología 1 Mayo 2004. Volumen 39 - Número 03 p. 154 - 159 Cuestionarios, Test, e Índices de valoración, Desarrollo e Innovación en Cuidados, Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía
- **ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR**
 - Robinson BC. Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology* 1983; 38(3): 344-8.
 - Zarit SH, Birkel RC, MaloneBeach EE. Spouses as caregivers: Stresses and interventions. En: Goldstein MZ (ed), *Family involvement in the treatment of the frail elderly*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1989: 23-62.
 - López Alonso SR y Moral Serrano MS. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enferm Comun* 2005; 1(1). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_12-17.php>
- **MINIEXAMEN COGNITIVO DE LOBO**
 - Lobo A, Ezquerro J, Burgada FG, Sala AM, Seva A. El "Mini- Examen Cognoscitivo". Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1979; 7: 189-202.
 - Vinyoles E, Vila J, Argimon JM, Espinas J, Abos T, Limón E. Concordancia entre el Mini-Examen Cognoscitivo y el Mini-Mental State Examination en el cribado del déficit cognitivo. *Aten Primaria* 2002; 30: 5-15.

- Lobo A, Sanz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C, Ventura t et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. Med Clin (Barc) 1999; 112: 767-774
- Versión del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein et al (1) de 1975.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini.Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-198.
- McKhann G et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. Neurology 1984; 34: 939-944.
- López S, Llinàs J, Vilalta J, Lozano R The prevalence of dementia in Girona. Neurología 1995; 10(5): 189-193.
- Gonzalez Moneo MJ, Escriba Ferrairo R, Vinyoles Bargallo E, Espel Masferrer C, Davins Miralles J, Borrell Munoz M. Estimaciones de la frecuencia de déficit cognitivo según el test empleado Aten Primaria. 1997 Sep 15;20(4):173-9.
- Julio Bobes García. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Psiquiatría Editores, S.L. 2002
- PFEIFFER
 - Gonzalez JI, Rodríguez L, Ruipérez I, Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de Geriatria. Rev Esp Geriatr Gerontol 1992; 27: 129-134.
 - Martinez J, Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R: Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001; 117: 129-134.
 - Pfeiffer EA. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975; 22: 433.
- YESAVAGE
 - Martinez J, Onís MC, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R: Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. MEDIFAM 2002; 12 (10): 620-630.
 - Yesavage JA, Brink TL, Rose TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatry Res 1983; 173 37-49.

ESCALAS CLÍNICAS ÚTILES EN LA ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

CLASIFICACIÓN DE LA NYHA DE INSUFICIENCIA CARDÍACA*:

I=No limitación de la actividad habitual; la actividad habitual no le causa disnea, angina, cansancio ni palpitaciones.

II=Limitación leve de actividad habitual; comfortable en reposo, pero la actividad habitual le causa disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

III=Limitación severa de actividad habitual, comfortable en reposo, pero cualquier actividad menor de la habitual le causa disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

IV=Síntomas de insuficiencia cardíaca en reposo; incapaz de realizar ninguna actividad sin síntomas; si realiza cualquier actividad los síntomas empeoran.

*Hunt, SA, Abraham, WT, Chin, M, et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult. J Am Coll Cardiol 2005; 46.

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LA ANGINA DE ESFUERZO DE LA SOCIEDAD CARDIOVASCULAR CANADIENSE*:

I=la actividad física habitual como andar ó subir escaleras no le produce angina. La angina ocurre con ejercicio extenuante, rápido, ó prolongado.

II=limitación leve de la actividad física habitual. La angina le ocurre andando o subiendo escaleras rápidamente, caminando cuesta arriba, andando o subiendo escaleras tras comidas, con temperaturas frías, o con viento, o bajo estrés emocional, o sólo algunas horas tras despertarse. La angina le ocurre al caminar por más de dos manzanas o al subir escaleras de más de un piso (un nivel) en condiciones normales y a paso normal.

III=limitación marcada de la actividad física habitual. La angina le ocurre andando entre una y dos manzanas ó al subir un piso (un nivel) en condiciones normales y a paso normal.

IV=Incapacidad de realizar alguna actividad física sin síntomas. Los síntomas anginosos pueden estar presentes en reposo.

*Campeau L. Grading angina pectoris. Circulation 1976; 54:522-523.

CLASIFICACIÓN DEL BRITISH MRC DE LA DISNEA EN LA EPOC*:

0=disnea sólo tras ejercicio extenuante.
I=disnea al caminar por terreno llano a paso ligero ó subiendo pendientes.
II=camina más lento que los sujetos de su edad, por disnea, o tiene que detenerse para tomar aire cuando camina a su propio paso por terreno llano.
III=se detiene para tomar aire después de caminar por pocos minutos en terreno llano, debido a la disnea.
IV=disnea al mínimo esfuerzo que no le permite salir del domicilio, ni vestirse ó desvestirse.

*Bestall, JC, Paul, EA, Garrod, R, et al. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 1999; 54:581

CLASIFICACIÓN CHILD-PUGH DE LA CIRROSIS HEPÁTICA*

A=menos de 7 puntos. B=7-9 pts. C si >10 pts

Parámetro/puntos	1	2	3
Ascitis	no	leve	Moderada-severa
Bilirrubina (mg/dL)	<=2	2-3	>3
Albúmina (g/dL)	>3.5	2.8-3.5	<2.8
INR	<1.7	1.8-2.3	>2.3
Encefalopatía	ausente	Grado 1-2	Grado 3-4

*Pugh, RN, Murray-Lyon, IM, Dawson, JL, et al. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. Br J Surg 1973; 60:646.

ESTADÍOS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA*

I= Tasa de filtrado glomerular normal (≥ 90 ml/min por 1.73m^2) y albuminuria persistente (>3meses)
II= Tasa de filtrado glomerular entre 60-89ml/min por 1.73m^2 y albuminuria persistente (>3meses).
III= Tasa de filtrado glomerular entre 30-59ml/min por 1.73m^2 .
IV= Tasa de filtrado glomerular entre 15-29ml/min por 1.73m^2 .
V= Tasa de filtrado glomerular <15ml/min por 1.73m^2 , ó hemodiálisis.

Fórmula de Cockcroft y Gault para el cálculo de aclaramiento de creatinina: $[(140 - \text{edad en años}) \times \text{Peso en Kg}] / [\text{Cr plasma (mg/dl)} \times 72]$ para varones. La misma fórmula pero multiplicado por 0,85 para mujeres.

* Levey, AS, Coresh, J, Balk, E, Kausz, AT. National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Ann Intern Med 2003; 139:137.

CLASIFICACIÓN DE SALUD DE PACIENTES CON CÁNCER DE LA ECOG (Eastern Cooperative Study Group Performance Scale)

0= Asintomático. El paciente puede realizar las mismas actividades que realizaba antes del diagnóstico de cáncer.
1= Sintomático, pero perfectamente ambulatorio.
2= Sintomático. Precisa permanecer <50% del tiempo vigil en la cama.
3= Sintomático. Precisa permanecer >50% del tiempo vigil en la cama.
4= Postrado en la cama.

Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P. Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982; 5:649-655.

CLASIFICACIÓN DE LA FONTAINE DE LA SEVERIDAD CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA*:

I=Lesiones asintomáticas.
II=Claudicación intermitente. IIa=leve (tras más de 150 metros de marcha por terreno llano). IIb=moderada-severa (tras menos de 150 metros de marcha por terreno llano).
III=Dolor en reposo.
IV=Lesiones de necrosis y/o gangrena

* ACC/AHA 2005 practice Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease. *Circulation* 2006;113:1474-1547.

ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE PADECER ULCERAS POR PRESIÓN (UPP).

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

RIESGO UPP: < 13: alto riesgo. 13-14 riesgo moderado. >14 bajo riesgo

Bergstrom B, Braden N, Laguzza A, Hollman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. *Nursing Research* 1987;36:205-10. Prevalencia y prevención de las úlceras por presión en una cohorte de nonagenarios. Estudio Nona Santfeliu A Ferrer. F Formiga. I Lombarte. C Olmedo. E Henríquez. *Aten Primaria*. 2006;37:466.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA

Este plan de cuidados aborda los problemas más comunes que suelen aparecer en las personas incluidas en este Proceso Asistencial. Sin embargo, no debemos obviar que se trata de un plan de cuidados estandarizado por lo que habrá que personalizarlo a cada paciente y situación.

En general, estas personas presentan una especial fragilidad clínica por la concurrencia de más de una patología crónica, con síntomas continuos y reagudizaciones frecuentes. Se caracteriza por la disminución gradual de su autonomía y su capacidad funcional, y el consecuente aumento de sus necesidades de cuidados; con importantes repercusiones personales, familiares, sociales y económicas.

Ante esta cascada, desde la fragilidad hacia la dependencia, es importante el abordaje multidisciplinar e integral así como asegurar la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos niveles asistenciales. El registro, que toma vital importancia en este aspecto, es el Informe de continuidad de cuidados, en el que quedarán reflejadas la evolución y evaluación del plan de cuidados.

Un pilar importante en este proceso es, el trabajar conjuntamente con las personas cuidadoras mediante la identificación precoz y la prestación de ayuda en el desempeño de su papel, lo que ha llevado a la elaboración de un plan de cuidados dirigido también a la persona cuidadora y su familia.

Este plan incluye:

- Valoración integral y específica siguiendo los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon complementada con la inclusión de cuestionarios y test de uso multidisciplinar.
- Exposición de los principales problemas de enfermería que suelen aparecer, recogidos en etiquetas diagnósticas según la taxonomía NANDA, selección de los resultados esperados según la clasificación NOC y las intervenciones enfermeras utilizando la clasificación NIC.
- Desarrollo de los resultados en indicadores y de las intervenciones en actividades enfermeras más concretas para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados.

Este plan de cuidados ha sido elaborado por enfermeras de distintos niveles asistenciales, enfermeras hospitalarias, enfermeras de familia y enfermeras de enlace hospitalaria y comunitaria.

EQUIPO DE TRABAJO:

M^a Adoración Alba Rosales, Margarita Álvarez Tello, M^a de los Reyes Asensio Pérez, Catalina García Asuero, M^a Dolores García Márquez, Yolanda Luque Ortega, Susana Romero Carmona.

VALORACIÓN MÍNIMA ESPECÍFICA DE ENFERMERÍA

CÓDIGO GENERAL	ITEMS	CUESTIONARIOS
98	Describa su estado de salud...	Índice de Barthel
101	No participa en aspectos relacionados con su enfermedad	
58	Presencia de alergias...	Escala de Lawton y Brody
59	Vacunado incorrectamente...	
2	Tos inefectiva / no productiva	
3	Fumador	Índice de Esfuerzo del Cuidador.
65	Alcohol	
68	No sigue el plan terapéutico	
14	Alimentación / Nutrición	Escala de valoración sociofamiliar (Gijón)
15	Necesidad de ayuda para alimentarse	
21	Apetito	
22	Náuseas	Mini examen
23	Vómitos	Cognoscitivo de (Lobo)
150	Higiene general...	
56	Estado de piel y mucosas...	Cuestionario de Pfeiffer
145	Peso	
146	Talla	Escala de depresión geriátrica de Yesavage
147	IMC	
27	Incontinencia fecal	
25	Incapacidad de realizar por sí mismo las actividades del uso WC	Escala de Braden
35	Síntomas urinarios	
36	Sondas urinarias	
1	Dificultad para respirar	
5	Edemas	
6	Deterioro de la circulación de MMII	
11	Frecuencia cardíaca	
12	Tensión arterial	
41	Actividad física habitual	
42	Pérdida de fuerza	
43	Inestabilidad en la marcha	
39	Situación habitual -deambulante, sillón, cama-	
44	Falta o reducción de energía para tolerar la actividad	
40	Nivel funcional para la actividad / movilidad	
50	Requiere ayuda para ponerse/ quitarse ropa-calzado	
63	Caídas (último trimestre)	
46	Cambios en el patrón del sueño...	
48	Nivel de energía durante el día...	
47	Ayuda para dormir...	

60	Nivel de conciencia...	
61	Nivel de orientación...	
62	Dolor	
74	Alteraciones sensorio-perceptivas...	
103	Expresa desagrado con su imagen corporal	
105	Temor expreso	
81	Describe con quien comparte el hogar	
82	Problemas familiares	
108	No conoce los recursos disponibles de la comunidad	
75	Dificultad en la comunicación	
77	Su cuidador principal es...	
80	Tiene dificultad o incapacidad para realizar tareas del cuidador	
72	El hogar no presenta condiciones de habitabilidad	
73	El hogar no presenta condiciones de seguridad	
110	Situación laboral...	
113	Influye el trabajo en su estado de salud (observaciones: cómo)	
91	Relaciones sexuales no satisfactorias	
95	Ha tenido en los dos últimos años cambios vitales	
118	Tiene falta de información sobre su salud...	
119	Desea más información sobre...	
96	Su situación actual ha alterado sus...	
97	No se adapta usted a esos cambios	
93	Es religioso	

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS

00078.- MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO r/c:

- Conocimientos deficientes
- Incumplimiento del tratamiento
- Complejidad del régimen terapéutico

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1813.-Conocimiento: régimen terapéutico

- 02. Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual
- 09. Descripción de los procedimientos prescritos
- 16. Descripción de los beneficios del tratamiento

1806.-Conocimiento: recursos sanitarios

- 01. Descripción de los recursos que aumentan la salud
- 08. Descripción de cómo contactar con los servicios sanitarios

1609.-Conducta terapéutica: enfermedad o lesión

- 02. Cumple el régimen terapéutico recomendado

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

5602.-Enseñanza: proceso de enfermedad

- Evaluar el nivel actual de conocimientos de la persona afectada relacionado con el proceso de enfermedad
- Proporcionar información a la persona afectada acerca de la enfermedad
- Comentarle los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones
- Describirle el fundamento de las recomendaciones del tratamiento
- Describirle las posibles complicaciones crónicas
- Instruirle sobre los signos y síntomas de los que debe informar
- Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo

4360.-Modificación de la conducta

- Desarrollar un programa de cambio de conducta
- Ayudar a la persona afectada y familia a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en el desempeño de su rol
- Identificar el reconocimiento por su parte del propio problema
- Ayudarle a identificar sus propias virtudes y habilidades
- Ayudarle a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse, en términos positivos

4410.-Establecimiento de objetivos comunes

- Ayudar a la persona afectada a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos propuestos
- Implicarle en el desarrollo de su plan terapéutico
- Ayudarle a fijar límites temporales realistas

00069.-AFRONTAMIENTO INEFECTIVO (INDIVIDUAL) r/c:

- Baja autoestima situacional
- Inadecuación de recursos disponibles
- Cambio temporal de roles

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1501.-Ejecución del rol

- 01. Capacidad para cumplir las expectativas de rol
- 07. Descripción de los cambios conductuales con la enfermedad o incapacidad
- 11. Estrategias referidas para el cambio de rol

1205.-Autoestima

- 01. Verbalización de auto-aceptación
- 09. Mantenimiento del cuidado y la higiene personal

1305.-Modificación psico-social: cambio de vida

- 13. Expresiones de apoyo social adecuado
- 11. Expresión de satisfacción con la reorganización de la vida

1806.-Conocimiento: recursos sanitarios

- 06. Descripción del plan de asistencia continuada

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

5230.-Aumentar el afrontamiento

- Identificar el impacto de la situación vital de la persona afectada en su rol habitual y relaciones
- Favorecer la comprensión del proceso de enfermedad
- Valorar su capacidad para tomar decisiones
- Discutir con la persona afectada respuestas alternativas a la situación
- Valorar sus necesidades o deseos de apoyo familiar y social

5400.-Potenciación de la autoestima

- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
- Animarle a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades
- Ayudarle a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo
- Ayudarle a aceptar la dependencia de otros, si procede

5440.-Aumentar los sistemas de apoyo

- Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso, incluido el apoyo familiar
- Implicar a la familia y amigos en los cuidados y planificación

00092.-INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD r/c:

- Deterioro de la movilidad
- Sedentarismo, desuso o mala forma física
- Falta de apoyo físico o social

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0208.-Movilidad

- 01. Mantenimiento del equilibrio
- 02. Mantenimiento de la posición corporal
- 06. Ambulación
- 05. Realización del traslado
- 14. Movimiento articular

0002.- Conservación de la energía

- 05. Adapta el estilo de vida al nivel de energía

0204.-Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas

- 01. Úlceras por presión
- 02. Estreñimiento

0300.-Autocuidados: AVD (especificar)

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

0180.-Manejo de la energía

- Determinar las limitaciones físicas de la persona afectada
- Vigilar su respuesta cardiorrespiratoria ante la actividad
- Determinar las causas de la fatiga (tratamiento, dolor, medicamentos...)
- Instruir a la persona afectada/ familia a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad
- Elaborar con la persona afectada un programa para el aumento gradual de la actividad física

6490.-Prevención de caídas

- Identificar los factores de riesgo según escalas de prevención de riesgo de caídas
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación
- Proporcionar dispositivos de ayuda
- Educar a la persona afectada/familia sobre factores de riesgo

0224.-Terapia de ejercicios: movilidad articular

- Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función
- Explicar a la persona afectada/familia el objeto y plan de ejercicios de las articulaciones
- Realizar ejercicios pasivos o asistidos si está indicado

5612.-Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (enseñanza conductas contra sedentarismo)

- Evaluar el nivel actual de ejercicio y conocimiento de la actividad/ejercicio prescrito por parte de la persona afectada
- Informarle del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescrito
- Enseñarle a realizar la actividad/ejercicio prescrito y como controlar la tolerancia a la actividad
- Ayudarle a incorporar la actividad/ejercicio a la rutina diaria
- Incluir a la familia
- Establecer los cuidados necesarios
- Disponer de los servicios de cuidados pertinentes en el domicilio, si es necesario

0450.- Manejo del estreñimiento/impactación

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento/impactación
- Instruir a la persona afectada/familia sobre la relación entre dieta/ejercicio/ingesta de líquidos
- Administrar laxantes o enemas prescritos
- Extracción manual de la impactación fecal si fuera necesario

8100.-Derivación

Comentar el plan de cuidados con el siguiente proveedor de cuidados

1800.- Ayuda al autocuidado*

3540.-Prevención de úlceras por presión**

00102.-DÉFICIT DE AUTOUIDADOS r/c:

- Debilidad y/o cansancio
- Ansiedad
- Barreras ambientales

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0300.-Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) (especificar)

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

1800.-Ayuda al autocuidado (especificar)

- Comprobar la capacidad de la persona afectada para ejercer autocuidados independientes
- Valorar la necesidad de dispositivos de adaptación para el higiene personal, vestirse, el aseo y alimentación
- Alentar la independencia pero interviniendo si la persona no puede realizarlo por sí misma
- Ayudarle a realizar las AVD ajustadas al nivel de capacidad
- Enseñar a la familia a fomentar la independencia de la persona afectada

00047.- RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA r/c:

- Deterioro de la movilidad
- Incontinencias urinaria y/o fecal
- Alteración del estado nutricional
- Alteración del estado de consciencia y/o sensibilidad

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1101.-Integridad tisular: piel y membranas mucosas

13. Piel intacta

1902.-Control del riesgo

04. Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

3540.-Prevención de las úlceras por presión

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo de la persona afectada
- Vigilar el estado de la piel a diario
- Mantener la piel seca e hidratada
- Asegurar una nutrición adecuada
- Realizar cambios posturales con la frecuencia adecuada
- Seguir indicaciones de guías de práctica clínica
- Utilizar dispositivos especiales de prevención, si procede

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA LA ATENCIÓN A LA PERSONA CUIDADORA Y FAMILIA

00062.-RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR/A

00061.-CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR/A

r/c:

- Cantidad, complejidad y responsabilidad de los cuidados
- Falta de soporte y/o apoyo
- Afrontamiento inefectivo individual /familiar

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1908.-Detección del riesgo

01. Reconoce signos y síntomas que indican riesgos
02. Identifica los posibles riesgos para la salud
10. Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades

1902.-Control del riesgo

04. Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas
14. Utiliza los sistemas de apoyo personal para controlar el riesgo

2508.-Bienestar del/de la cuidador/a principal

01. Satisfacción con la salud física
02. Satisfacción con la salud emocional
07. Satisfacción con el apoyo profesional
11. La familia comparte la responsabilidad de los cuidados

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

7040.-Apoyo al/a la cuidador/a principal

- Admitir las dificultades del rol de cuidador/a principal
- Determinar el nivel de conocimientos de la persona cuidadora principal
- Determinar la aceptación de la persona cuidadora de su papel
- Reconocer la dependencia de la persona afectada del/de la cuidador/a, si procede
- Enseñar a la persona cuidadora estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para mantener la propia salud física y mental
- Estudiar junto con la persona cuidadora los puntos fuertes y débiles
- Informarle sobre recursos sanitarios y comunitarios y como acceder a ellos
- Animarle a participar en grupos de apoyo

- Enseñarle técnicas de manejo de estrés
- Actuar en lugar de la persona cuidadora si se hace evidente una sobrecarga de trabajo
- Fomentar la participación en los cuidados de otros miembros de la familia
- Enseñar técnicas de cuidados para mejorar la seguridad del/de la paciente
- Enseñar a la persona cuidadora la terapia del/de la paciente de acuerdo con sus preferencias

5270.-Apoyo emocional

- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
- Ayudarle a reconocer y expresar sentimientos como ansiedad, ira o tristeza y creencias
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones

00074.-AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO r/c:

- Información o comprensión inadecuada o incorrecta
- Desorganización familiar y cambio temporal de roles
- Agotamiento por prolongación de la enfermedad o progresión de la incapacidad

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

2202.-Preparación del/de la cuidador/a familiar domiciliario/a

- 02. Conocimiento del papel de cuidador/a principal
- 05. Conocimiento del proceso de enfermedad
- 06. Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado

2205- Rendimiento del/de la cuidador/a principal: cuidados directos

- 05. Adhesión al plan de tratamiento

2600.- Afrontamiento de los problemas de la familia

- 06. Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones
- 19. La familia comparte responsabilidad en las tareas familiares
- 17. Utiliza el apoyo social

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

7040.-Apoyo al/a la cuidador/a principal

- Determinar el nivel de conocimientos de la persona cuidadora principal
- Proporcionar la información necesaria acerca del proceso de la enfermedad y tratamiento

- Determinar la aceptación de la persona cuidadora de su papel
- Reconocer la dependencia que tiene el/la paciente de la persona cuidadora, si procede
- Enseñarle estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para mantener la propia salud física y mental
- Informar a la persona cuidadora y/ o familia sobre los recursos sanitarios y comunitarios
- Apoyarle para establecer límites y cuidar de sí mismo/a

7110.-Fomento de la implicación familiar

- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en los cuidados
- Determinar el grado de apoyo familiar
- Facilitar la comunicación de inquietudes/sentimientos entre la persona afectada y la familia o entre los miembros de la misma
- Facilitar la participación de la familia en los cuidados emocionales y físicos de la persona afectada

5440 Aumentar los sistemas de apoyo

- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes
- Proporcionar los sistemas de apoyo necesarios
- Fomentar la relación con personas con los mismos intereses y metas

00060.-INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES r/c

- Cambios en el estado de salud de un miembro de la familia
- Situaciones de transición o crisis
- Desorganización familiar y cambio temporal de roles

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

2600.- Afrontamiento de los problemas de la familia

- 06. Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones
- 19. La familia comparte responsabilidad en las tareas familiares

2200.-Adaptación de la persona cuidadora principal al ingreso del/de la paciente en un centro sanitario

- 01. Confía en cuidadores que no pertenecen a la familia
- 02. Participación en el cuidado que se desea

2604. Normalización de la familia

01. Reconocimiento de la existencia de alteraciones y sus posibilidades de alterar las rutinas de la familia
15. Utiliza recursos incluyendo grupos de apoyo cuando sea necesario
03. Mantiene las rutinas habituales

NIC (Intervenciones y actividades de enfermería):

7140.- Apoyo a la familia

- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad de la persona afectada
- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia
- Facilitar la comunicación de inquietudes/sentimientos entre la persona afectada y la familia o entre los miembros de la misma
- Aceptar los valores familiares sin emitir juicios
- Responder a todas las preguntas o ayudarles a obtener las repuestas
- Reducir las discrepancias entre las expectativas de la persona afectada y familia y profesionales de cuidados
- Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación de la familia para resolver problemas

5250.- Apoyo en la toma de decisiones

- Proporcionar información
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración

7100.-Estimulación de la integridad familiar

- Facilitar la comunicación abierta entre los miembros de la familia
- Abordar la realización de los cuidados por parte de los miembros de la familia

5370.- Potenciación de roles

- Ayudar a la familia y persona afectada a identificar los cambios de roles específicos necesarios debidos a enfermedades o discapacidades
- Ayudar a la persona afectada/familia a identificar la conductas necesarias para el cambio de roles

*Desarrollado en el diagnóstico 00102 (déficit de autocuidados)

**Desarrollado en el diagnóstico 00047 (riesgo de deterioro de la integridad cutánea)