

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

# **VALIDACIÓN DEL NUEVO PLAN DE CUIDADOS A PACIENTES CRÓNICOS Y PLURIPATOLÓGICOS.**

---

Informe de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE)

**Grupo de Enfermería Basada en la Evidencia.**

**31/01/2016**

**Objetivo PAG 2015: INDICADOR A6 – 1.3. Potenciar la investigación del personal de enfermería, especialmente en aplicación a la práctica clínica de la evidencia científica disponible en cuidados.**

## INTRODUCCIÓN

La sociedad actual está sufriendo, una serie de cambios sociodemográficos. Junto al brusco descenso de la natalidad, se ha unido al aumento de la esperanza de vida, lo que conlleva un elevado envejecimiento poblacional, con una elevada prevalencia de personas, con dos o más enfermedades crónicas, que genera una situación de fragilidad, y que precisa de una elevada utilización de recursos sanitarios. Por ello las políticas sanitarias, deben ir orientadas, primero a la prevención de esa cronicidad, y a dar respuesta a los complejos cambios producidos, por la creciente carga que la misma produce, rediseñando sistemas, que logren una mejor integración de servicios y la continuidad de los cuidados.

En España la situación de este envejecimiento de población, se sitúa, como los cuartos a nivel mundial, dentro de países más envejecidos del mundo, después de Japón, Italia y Alemania y con previsiones de aumento.(1)

Según el estudio del Instituto nacional de Estadística, sobre la Proyección de la Población de España 2014- 2064, si se mantuvieran las tendencias demográficas actuales, España perdería un millón de habitantes en los próximos 15 años y 5,6 millones en los próximos 50 años. El porcentaje de población mayor de 65 años, que actualmente se sitúa en el 18,2% pasaría a ser el 24,9% en 2029 y del 38,7% en 2064. (1)

Las únicas comunidades autónomas que ganarían población en los próximos 15 años son Comunidad de Madrid, Canarias, Illes Balears, Región de Murcia y Andalucía.

Y de mantenerse la situación demográfica de la actualidad, la pérdida de población se concentraría en el tramo de edad entre 30 y 49 años, que se reduciría en 1,1 millones de personas en los próximos 15 años (un 28,2% menos) y en 6,8 millones menos en los próximos 50 años (un 45,3%). (1)

Además, el descenso de la natalidad provocaría que en 2029 hubiera unos 1.576.000 niños menores de 10 años menos que en la actualidad (un 32,8%) y 2,3 millones menos en 50 años

(un 48,9% inferior).

Por el contrario, la población se incrementaría en la mitad superior de la pirámide de población. De hecho, todos los grupos de edad a partir de los 70 años experimentarían un crecimiento de efectivos. En concreto, dentro de 15 años en España residirían 11,3 millones de personas mayores de 64 años, 2,9 millones más que en la actualidad (un 34,1%). Y esta cifra se incrementaría hasta 15,8 millones de personas (un 87,5% más) en 50 años.

Si observamos los grupos de edad quinquenales, el más numeroso en la actualidad es el de 35 a 39 años. En 2029 sería el de 50 a 54 y en 2064 el de 85 a 89 años. (1)

Dentro de esta cronicidad se sitúa el Paciente Pluripatológico, (PPP) (2) cuyo plan de atención, pretende identificar y dar una respuesta asistencial a los pacientes, con una especial fragilidad clínica, condicionada por la concurrencia de determinados procesos.

Dicho plan pretende identificar y organizar la atención de pacientes, con enfermedades que no tienen cura, que generan deterioro progresivo, y pérdida gradual de la autonomía, así como riesgo de sufrir distintas patologías interrelacionadas, ocasionando todo ello importantes repercusiones sociales y económicas.

Dentro del consumo de recursos sanitarios, estos no se distribuyen de forma homogénea en la población española. Existe un reducido número de pacientes, que generan un altísimo consumo de recursos sanitarios. Estos pacientes se concentran básicamente en grupos de edad avanzada. Según los datos de la encuesta de morbilidad hospitalaria (EMH) de 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), las tasas de frecuentación hospitalaria (altas por 100.000 habitantes) aumentan de forma notable con la edad (Tabla 2.1. y Figura 2.1.), multiplicándose por más de 10 la frecuentación de los varones mayores de 85 años respecto al grupo de edad entre 15 y 34 años. (2)

Tabla 2.1. Frecuentación hospitalaria por edad y sexo en España (altas por 1.000 personas y año)			
Grupos de edad	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	107,24	100,96	113,35
< 1 año	378,62	411,99	343,14
1-4	72,71	81,92	61,83
5-14	32,93	37,22	28,39
15-24	52,72	40,23	65,86
25-34	91,08	41,49	144,07
35-44	76,21	56,63	96,47
45-54	79,05	85,12	73,05
55-64	120,18	143,30	98,36
65-74	188,78	232,83	151,30
75-84	274,33	341,94	227,81
85-89	342,32	412,51	307,62
90-94	375,78	445,21	349,09
> 95	352,73	426,09	328,64
Fuente EMH 2006. INE			

(Tabla 2.1.)\*

\*Fuente: Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2009. Ministerio de sanidad y política social.

No sólo la frecuentación hospitalaria es notablemente más elevada en personas mayores, sino que también la estancia media de cada ingreso hospitalario tiende a ser más prolongada en estos grupos de edad (Tabla 2.2.).

Tabla 2.2. Estancia media (días)			
Grupos de edad	Total	Varones	Mujeres
Total	7	8	6
< 1 año	7	7	7
1-4	4	4	4
5-14	4	4	4
15-24	5	5	4
25-34	4	6	4
35-44	5	7	5
45-54	7	7	6
55-64	7	8	7
65-74	9	9	8
75-84	10	9	10
85-89	10	10	11
90-94	11	11	11
> 95	12	10	12
Fuente EMH 2006. INE			

(Tabla 2.2.)\*

\*Fuente: Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2009. Ministerio de sanidad y política social.

Los PPP hacen una mayor utilización de consultas médicas, urgencias, hospitalización de día y consumo de medicación.

Como paciente pluripatológico: **“se identifica a una población de mayor edad, mayor limitación funcional, mayor mortalidad y mayor consumo de recursos”**. (2,3)

Además, la prevalencia de pacientes pluripatológicos en servicios de Medicina Interna se ha mostrado superior al 30% en servicios de medicina interna general y cercana al 60% en servicios con una orientación a pacientes crónicos (3,4, 5).

La definición de PPP permite identificar a una población de pacientes con unas características comunes como pacientes pluripatológicos:

- Enfermedades que el sistema sanitario no cura
- Coexistencia de dos o más enfermedades crónicas, que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas.
- Enfermedades mantenidas y de deterioro progresivo.
- Disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional.
- Y riesgos múltiples secundarios a patologías interrelacionadas, generando una frecuente demanda de atención a diferentes ámbitos asistenciales (atención primaria, atención especializada, servicios sociales).(2,3)

Para ello se parte de unos criterios clínicos basados en la existencia de dos o más enfermedades crónicas agrupadas en diferentes categorías clínicas. (5)

Ollero y cols. propusieron agrupar sus enfermedades crónicas en categorías clínicas, teniendo presente no incluir los factores de riesgo más prevalentes, sino el daño sobre el órgano diana y la

repercusión funcional que éste genera, asignando el calificativo de *“pluripatológico” a todo aquel paciente que presentaba enfermedades incluidas en dos o más de las categorías propuestas.*(2,3,4,6)

Categoría A:

- Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA.
- Cardiopatía isquémica.

Categoría B:

- Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.
- Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en hombres o >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria, mantenidas durante 3 meses.

Categoría C:

- Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC, o FEV1<65%, o SaO2 ≤ 90%.

Categoría D:

- Enfermedad inflamatoria crónica intestinal.
- Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular o hipertensión portal.

Categoría E:

- Ataque cerebrovascular.
- Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel inferior a 60).
- Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 ó más errores).

Categoría F:

- Arteriopatía periférica sintomática.
- Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.

Categoría G:

- Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.

Categoría H:

- Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).

El paciente pluripatológico obliga, más que ningún otro, a una asistencia sustentada en la atención compartida entre el nivel primario y hospitalario por presentar especial complejidad que, frecuentemente, requiere del rápido acceso a interconsultas, medios diagnósticos complejos e ingresos hospitalarios.

Por otra parte, el fin último de las intervenciones sobre el paciente pluripatológico, es modificar el curso natural de sus enfermedades demorando su progresión y mejorando su nivel de salud. Por ello, hay que tener presente que pluripatológico no es solo el paciente con síntomas continuos y evidente minusvalía, sino que se ha planteado una intervención precoz sobre enfermos en una situación de fragilidad clínica desde Atención Primaria. (3,5, 6,7)

Por tanto, hay muchos pacientes que durante años pueden no requerir una intervención hospitalaria y un Plan de Asistencia Continuada y, sin embargo, beneficiarse de la valoración integral por el médico y enfermera de familia.

El cuidado, siempre necesario, y función principal de la profesión enfermera, ha sido objeto de estudio por parte de esta, con el objeto de adaptarlo a las necesidades cambiantes de la población, y como área de mejora y progresión.

La adaptación y aplicación de cuidados, se aplica utilizando la metodología utilizada a través del “Proceso de Atención de Enfermería” (PAE), definido como: *“El método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales”*. (4,8)

Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas, eficientes, y centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. (8,9)

Como método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona, responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. (10)

Permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas, tratando a la persona como un todo, cómo un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no solo a su enfermedad. (9,11,12)

Sigue las siguientes fases:

1. Valoración, recogida de datos.
2. Diagnóstico de Enfermería.
3. Planificación de los cuidados.
4. Ejecución del Plan de cuidados.
5. Evaluación del Plan de cuidados.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)(13), creada en 1973 desarrolla una clasificación diagnóstica. En ella se establecen las tres partes principales del diagnóstico enfermero: etiqueta, definición y factores de riesgo asociados.

En 1987 se desarrollaron las Nursing Interventions Classification (NIC) (14).Las intervenciones se centran en la enfermera y lo que esta puede realizar para que el paciente alcance el estado de normalidad deseado.

Están formadas por: una etiqueta, una definición, un conjunto de actividades y una lista de referencias. La etiqueta y la definición no pueden modificarse ya que están estandarizadas, pero

pueden adaptarse a las necesidades de cada paciente, siempre que sean congruentes con la definición de la intervención.

En 1991, se crea la Nursing Outcomes Classification (NOC). Los resultados NOC (15) constan de: una etiqueta, una definición, una lista de indicadores que evalúan el estado del paciente, una escala de Likert para medir el estado del paciente, que permite identificar los cambios en el estado del paciente en diferentes puntos.

Estos tres conceptos se encuentran interrelacionados: los diagnósticos NANDA (16) y los resultados NOC relacionan el problema o estado actual del paciente, con el estado que se pretende alcanzar mediante las intervenciones NIC.

Para cada diagnóstico existen una serie de resultados NOC, sugeridos con las actividades NIC asociadas.

Existen por lo tanto interrelaciones entre: diagnósticos NANDA e intervenciones NIC, diagnósticos NANDA y resultados NOC y entre intervenciones NIC y resultados NOC. (13, 14,15, 16)

Es importante destacar que el proceso de atención de enfermería debe quedar registrado en la historia clínica de manera estandarizada.

En el Real Decreto 1093/2010, de 3 de Septiembre (17), se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, y determina (Anexo VII), la obligación de la profesión de Enfermería, para registrar diagnósticos literales según la NANDA, junto con el código correspondiente.

El proceso de atención de enfermería, por tanto debe quedar registrado en la historia clínica de manera estandarizada, estableciendo tratamientos de cuidado basados en los juicios que establecen los profesionales, los Diagnósticos de Enfermería, basados en la valoración de necesidades.

El plan de cuidados es el instrumento que nos permitirá mejorar la atención al paciente. (18)

Podemos distinguir entre **el Plan de Cuidados Individualizado**, (PCI) *que es el que la enfermera, define para una persona o grupo determinado.* (18)

Se basa en una valoración detallada del paciente, y los problemas que de esa valoración se derivan. Los cuidados y los resultados que se esperan de esa valoración son específicos para un paciente concreto, y no se pueden extrapolar a otro. (18)

Mientras que **el Plan de Cuidados Estándar**, (PCE) es el resultado de un trabajo fundamentado científicamente, *en el que se definen las respuestas de una persona, familia o grupo tipo, a una situación y en el que se especifica la responsabilidad y actuación de enfermería para cada una de ellas.*

Utiliza un lenguaje común. (NANDA, NIC, NOC). Es un instrumento de gestión ya que se identifica situaciones en las que intervienen enfermeras, situaciones que se tratan y las actividades que se realizan. (16)

El PCE (18):

- Se adapta a la peculiaridad del paciente.
- Se pueden añadir o suprimir problemas, factores relacionados y actividades, y se puede individualizar criterios de resultados, por lo que acaba individualizándose y adaptándose a las necesidades del paciente y al juicio/ criterio del personal.

- Facilita la adaptación de personal de nuevo ingreso.
- Deja claro la responsabilidad de la enfermera.
- Evidencia los cuidados que razonablemente hay que dar, y la forma de evaluarlos.
- Y permite la asignación del plan de cuidados en función del motivo del ingreso.

### Justificación:

El sistema sanitario diseñado actualmente, debe afrontar un nuevo reto acorde a las necesidades de los pacientes.

La realidad a la que nos enfrentamos a diario, nos presenta un panorama, donde la atención a Pacientes Crónicos Pluripatológicos, requiere de respuestas no solo sanitarias, sino sociales también y donde el paciente será la estrella de dicha intervención, y donde la familia debe tener también su protagonismo, ya que es fundamental su colaboración, en el cuidado. (19,20)

Los pacientes pluripatológicos van a demandar pues, un elevado número de recursos Sanitarios y Sociales a los que debemos dar respuesta, siempre buscando el mayor grado de Bienestar posible.

Esta necesidad, es la que nos lleva a querer dar respuesta a dicha atención, incorporando premisas ya existentes de otras Unidades de Continuidad Asistencial e incorporando aquellas propias, acordes a los recursos de que disponemos.

Es necesario el Trabajo de un Equipo Multidisciplinar que ponga todos sus esfuerzos y dedicación en este proyecto y lo haga de manera INTERDISCIPLINAR, donde la coordinación entre los niveles asistenciales (servicios sanitarios y servicios sociales), será imprescindible para garantizar el éxito del mismo. (19, 20)

La Familia o Cuidadores Habituales, tiene un protagonismo muy relevante, en cuanto a la continuidad de cuidados, la prevención de complicaciones y la formación a recibir, como complemento básico para dicho cuidado.

En definitiva, buscando el Bienestar del Paciente y su Familia o Cuidador Principal, **nuestro OBJETIVO**, utilizando los recursos de que disponemos y coordinándolos será **establecer un plan de cuidados**, que se adecúe a sus necesidades, las del paciente y las del cuidador familiar.

### MATERIAL Y MÉTODO

La estrategia de búsqueda para localizar artículos publicados se hace siguiendo el formato PICO. (21).

Paciente: Paciente crónico, paciente pluripatológico.

Intervención: Plan de cuidados.

Comparación: Valoración de los cuidados necesarios, con el plan actual, para hacer efectivo su cuidado, reducir las complicaciones, y aportar mayor calidad de vida.

Resultados: Renovación/validación del mismo.

Para intentar responder las preguntas:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica (21), en las bases de datos: Pubmed, Cochrane, IBECs, Cuiden, Cinah, Medline, Google Académico, así como revistas especializadas.



**Palabras clave:**

Enfermedad crónica, plan de cuidados, cuidador, complicaciones, paciente pluripatológico.

**Keywords:**

Chronic disease, plan of care, caregiver, complications, Multi-Pathological Chronic Patients.

Se realiza una búsqueda sistemática en los últimos 10 años en inglés, español y portugués en las siguientes bases de datos:

- Biblioteca Virtual de la Salud (BVS)
- Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS)
- Base de Datos de la Fundación Index sobre Cuidados de Salud en Iberoamérica (CUIDEN)
- Literatura científica y técnica en Salud de América Latina y de Caribe (LILACS)
- National Library of Medicine (MEDLINE).
- Base de datos con citas bibliográficas de la literatura técnico-científica brasileña (BDENF)
- Base de datos de la NLM - National Library of Medicine (PUBMED – MEDLINE).
- Colección de Bases de Datos sobre Ensayos Clínicos Controlados en Ciencias de Salud (COCHRANE).
- Joanna Briggs Institute (JBI).
- International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA).
- Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL).
- NNN Consult. (22). Biblioteca Sanitaria on line.  
Sacyl Profesionales.Sacyl.<http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca>.

La búsqueda se amplió con la bibliografía referencial de los artículos seleccionados.

**Extracción de los datos:**

Ejecución de las búsquedas, realizada por cada revisor, con una primera selección de los artículos relevantes por título y abstract.

Uno de los revisores recopila los títulos y resúmenes, eliminando repeticiones.

Se obtuvieron las versiones completas de los estudios, excluyendo artículos no pertinentes al tema, no disponibles, o sin diseño explícito.

Para establecer la calidad metodológica de los estudios se utilizaron las listas de lectura crítica CASPe. (21,23)

Los textos se revisaron por pares de forma independiente y las discrepancias se resolvieron por consenso del grupo.

La comunicación entre revisores se realiza en sesiones presenciales y comunicaciones Web, a través de correo electrónico y Google Drive.

El análisis de datos se realiza mediante su tabulación y desarrollo narrativo.

Para obtener el texto completo, se utiliza la biblioteca virtual del Sacyl, los fondos bibliográficos de la biblioteca del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, de la USAL y del Ilustre Colegio de Enfermería de Salamanca, junto con la búsqueda abierta en Google avanzado.

## **POBLACIÓN DIANA**

La población diana, serán principalmente los Pacientes Crónicos y/o Pluripatológicos Complejos de gran inestabilidad clínica, con frecuentes necesidades de atención y que se corresponden con el Segmento Poblacional G3 de la Estratificación de Grupos de Riesgo Clínico (CRG's), ingresados en unidades de hospitalización general del Complejo Hospitalario de Salamanca(3,5,6,7)

Se podría considerar a la población diana, cualquier paciente que cumpla 3 ó más de los siguientes criterios: (3,5,6,7)

- Edad superior a 80 años.
- Patología/s crónica/s que condiciona/n incapacidad funcional.
- Polimedicados (toma 5 o más fármacos durante más de seis meses) con riesgo de presentar incumplimiento o manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Deterioro mental: cognitivo y/o ansiedad – depresión, manifestado mediante test de Pfeifer con cinco o más errores ó escala de Goldberg positivo.
- Incapacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (AVBD) evidenciado por escala de Barthel < 60 y/o incapacidad para salir a la calle.
- Aislamiento social (deterioro de la interacción social) y/o carencia de familia que lo atienda manifestado mediante cuestionario de Zarit, (cansancio del cuidador familiar positivo), aunque cuente con otros apoyos.
- Cuidador > 70 años y/o con criterio de cuidadora de gran discapacidad.

## **ATENCIÓN HOSPITALARIA**

La designación de dicho paciente como paciente pluripatológico, se realiza en cualquiera de los niveles asistenciales (A. primaria o A. Especializada), donde se detecte que cumple criterios de inclusión.

En A. Especializada se utilizará el servicio de documentación, el aplicativo de registros de Historia Clínica Jimena y el aplicativo de Registros de Cuidados Gacela Care.

Como unidad de atención: al paciente y cuidador.

Valoración no solo desde el punto de vista Sanitario, sino también Social. En este punto, si detectase algún tipo de riesgo social, se pondría en conocimiento de la Trabajadora Social para que ésta valorase al paciente.

- La Enfermera realizará **una valoración** según el modelo de las 14 Necesidades Básicas de V. Henderson, (3,4,7,8,9,11,12) aceptado para todos los Centros del SACYL de A. Especializada de la Comunidad de Castilla y León.
- Valoración no solo desde el punto de vista Sanitario, sino también Social. En este punto, si detectase algún tipo de riesgo social, se pondría en conocimiento de la Trabajadora Social.(3)
- Y se establece un plan de cuidados, en soporte informático **a través del aplicativo Gacela Care**, llevando a cabo las intervenciones pertinentes y actividades de enfermería.

- Al finalizar el episodio, se emitirá **un informe de alta** (17, 24, 25, 30) que será realizado preferentemente el mismo día, para asegurar la continuidad de cuidados.

## VALORACIÓN INTEGRAL

### Valoración inicial e integral:

Identificado el paciente, se realizará la valoración integral: valoración clínica, funcional, psicoafectiva y social. Para ello se utilizan las escalas estandarizadas, y la valoración de la situación funcional de las enfermedades crónicas más prevalentes.

- Valoración funcional: revisión de documentación clínica, entrevista estructurada, y el empleo de la escala ó índice de actividades básicas de la vida diaria **Barthel**.(3)
- Valoración Área cognitiva: Valoración por anamnesis y si se sospecha algún tipo de deterioro cognitivo, mediante el cuestionario, del estado mental de **Pfeiffer** .(3) y/o mini examen cognoscitivo de Lobo **Minimental**.(3)
- Valoración del Área afectiva: Se valorará mediante anamnesis y se efectuará la detección de cuadros depresivos larvados, utilizando la escala de depresión geriátrica de **Yesavage**.(3)
- Valoración Socio- familiar: Se evaluará mediante la Escala socio-familiar de **Gijón**.(3)
  - Se registrará si el paciente requiere una persona cuidadora. Se considerará necesaria una persona cuidadora para todo paciente que presente un índice **Barthel inferior a 60 o Pfeiffer con más de 5 errores**.
  - En todos los casos en los que se identifique la necesidad de persona cuidadora, se registrará la persona o personas que ejercen como tal, ya sea un familiar, profesional o institución y en su defecto la carencia de la misma.
  - En todos los casos se identificará una persona de referencia ya sea la persona cuidadora u otro familiar de referencia. Por defecto se considerará a la persona cuidadora como persona de referencia.
- Se valorará la sobrecarga de la persona cuidadora, realizando el Índice de sobrecarga del cuidador ó Escala de **Zarit**, en caso de sospecha de sobrecarga sentida y en todos los casos de: paciente con Barthel inferior a 60, Pfeiffer con más de 5 errores, cansancio en el rol del cuidador, permanencia en los cuidados más de 10 horas. (24)
- Al finalizar el episodio, se emitirá un informe de alta de enfermería, que será realizado preferentemente el mismo día, **para asegurar la continuidad de cuidados**. (17,24,25,30)
- Se valorará también todos los factores de riesgo(25): la valoración nutricional, (IMC)(26), el riesgo de padecer una caídas, (escala de DOWNTON), el riesgo de padecer lesión en la piel, (escala de NORTHON), la adherencia al tratamiento, (29) así como los apoyos sociales y la comunicación con A. Primaria a través de la figura del gestor de casos (27,28,29)

- Desde Gacela Care, en el momento en que se hace efectiva el alta, aparece el informe de alta en cuidados en el aplicativo de Medora, para ser visualizado por el médico, enfermera y trabajadora social de A. primaria. (30, 31, 32, 33, 34).

En base a todo ello se elaborará el plan de Cuidados.

### **PLAN DE CUIDADOS:**

Se realizará en base a la priorización de los problemas detectados en la valoración de enfermería. Se deberán especificar dichos **problemas**, los **resultados** esperados y las **intervenciones** planificadas. Se registrarán las actividades llevadas a cabo y la **fecha de revisión** del plan en el sistema informático Gacela-Care.

Para ello se utiliza la metodología con Diagnósticos enfermeros (N.A.N.D.A.); Intervenciones enfermeras (N.I.C.); y Resultados (N.O.C.) (15,16)

Partimos de planes de cuidados, dentro del aplicativo de registros de Gacela Care, para pacientes Pluripatológico y pacientes con EPOC, Diabetes, ACV, Insuficiencia Cardíaca. A los que someteremos a la búsqueda bibliográfica que los sustenten o validen.

### **Poner plan de cuidados PPP**

#### **Proceso de elaboración y validación teórica del plan de cuidados estándar (18)**

1. Base teórica:  
Los profesionales que valoran y validan el plan han de manejar y tener conocimientos, sobre los modelos y filosofía de Cuidados, sobre generalidades de los planes de cuidados, y metodología de elaboración de planes de cuidados con las nuevas taxonomías. NANDA, NIC y NOC. (12)
2. Recursos humanos:
  - Una vez revisado, someterlo al criterio de las Enfermeras y TCAES de enfermería de las unidades de hospitalización y apoyo de expertos.
3. Recursos materiales:
  - Marco conceptual: Teoría General de cuidados.(11)
  - Diagnósticos de enfermería de la NANDA. (2009-2011) (8,13)
  - Clasificación de Intervenciones de enfermería 5ª edición(NIC).(13,14,16)
  - Clasificación de Resultados de enfermería 4º edición (NOC).(13,15,16)
  - Manual procedimientos generales de enfermería institucional.
4. Revisión del PCE por parte del grupo de Registros, y aprobación por la Comisión de Planes de Cuidados del Complejo.

## Estructura de los planes de cuidados teóricos. (18)

1	Título	Descripción del problema de salud con la referencia al GDR correspondiente.
2	Definición problema de salud.	Breve descripción de la enfermedad y de su relevancia e impacto en la salud de los usuarios. Datos referidos a la incidencia y prevalencia de la enfermedad en la población general y en concreto en el hospital.
3	Objetivos.	Objetivos generales del plan de cuidados.
4	Criterios de aplicación del plan de cuidados.	Que circunstancias se han de cumplir para poner en marcha el plan de cuidados. Debe quedar muy claro cuando se aplica el plan.
5	Valoración estandarizada.	Descripción de los problemas y alteraciones de las distintas necesidades básicas que se da más frecuentemente en los pacientes que sufren un problema de salud determinado. Basada en el modelo institucional, al ingreso en el Hospital.
6	Diagnósticos detectados tras la valoración.	Diagnósticos detectados tras la valoración clasificados en los requisitos de autocuidado: respiración, alimentación, eliminación, movilización, seguridad, sueño, comunicación, realización, creencias,
7	Desarrollo del plan de cuidados estandarizado.	Todos los planes de cuidados del Complejo han de contener tienen Intervenciones de enfermería inherentes a la hospitalización y que no dependen del problema de salud por el cual ha ingresado en el hospital. Enumeración de diagnósticos con la fecha de inicio y resolución del problema. Criterios de resultados coherentes con los objetivos planteados para cada diagnóstico. Intervenciones de enfermería que se ejecutará para la resolución del diagnóstico, y actividades seleccionadas correspondientes.
8	Complicaciones potenciales.	Debe constar el objetivo a conseguir y las intervenciones o procedimientos a realizar para conseguir el objetivo.
9	Tabla resumen de los cuidados.	Aparecen los problemas con los cuidados clave de enfermería para solucionar dichos problemas del paciente.
10	Glosario de términos.	En aquellos planes en los que aparezcan términos muy específicos de la patología concreta.
11	Bibliografía	Bibliografía utilizada para la confección de los planes de cuidados.

### RESULTADOS:

Basados y analizados los datos obtenidos del servicio de documentación, y del aplicativo de registros de enfermería Gacela Care, hemos obtenido los siguientes:

Total pacientes G3 ingresados en 2015 es de 5016.

Estos pacientes han generado un TOTAL de INGRESOS= 8965 (ya que algunos han reingresado en varias ocasiones).

En cuanto a los pacientes ingresados con EPOC: 538, con ACV: 564, e ICC: 777, repartidos en las diferentes unidades tanto de Medicina Interna cómo de neumología, de los diferentes centros del Complejo: H. Cínico, H. Virgen Vega, H. Virgen del Castañar (Bejar) y H. los Montalvos.

### Datos extraídos del aplicativo GACELA CARE:

- 1) Pacientes ingresados con ACV, EPOC, Fractura de Cadera, ICC, y G3, con informe de continuidad de cuidados ( Informe de alta de enfermería):**

Relacionado con el Objetivo A1- 1: Mejorar la continuidad asistencial en la atención a pacientes crónicos:

**INDICADOR A1 – 1.1 Integración de cuidados en pacientes crónicos seleccionados.**

Porcentaje de pacientes ingresados por ictus, fractura de cadera, EPOC, insuficiencia cardiaca y crónicos clasificados como G3 e ingresados en el hospital al menos durante 72 horas, con informe de cuidados al alta recibida en atención primaria.

Porcentaje de pacientes con ictus, fractura de cadera, EPOC, insuficiencia cardiaca y paciente crónica clasificada como G3 dados de alta hospitalaria, y que han sido valorados por atención primaria en los primeros dos días laborables tras la recepción del informe de cuidados al alta.

Datos: CMBD, Gacela, cuadro de mandos.

	Ingresos	Altas	%
ACVA	564	465	82,44%
EPOC	538	435	80,85%
Fx CADERA	427	368	86,18%
ICC	777	669	86,10%
G3 ingresados (5016 pacientes con 8965 ingresos)	5016	4566	80,85%
	7322	6503	83,50%

Nº Pacientes ingresados	35.078	100%
Nº de Pacientes con informes de cuidados al alta	13.984	39%

De los 35.078 pacientes ingresados en las diferentes unidades, 13.534 (38,58%) son pacientes > 75 años.

**2) Valoración Cualitativa de Registros de Enfermería: (Fig.1 y 2)\***

- Nº de Pacientes Ingresados
- Nº de Informes de Continuidad al Alta.

Descripción de subcriterios:

Valoración

- .Nº de Historias en la cuales existen datos de valoración al ingreso en la unidad.
- .Nº de Historias en las que aparecen valoradas como **mínimo tres Necesidades Básicas**, (Modelo de Enfermería de Virginia Henderson) al ingreso del paciente en la Unidad de Enfermería.

### Evolutivos

- A. N° de Pacientes con comentarios evolutivos registrados.
- B. N° de Pacientes con al menos **un comentario evolutivo por turno, en las ultimas 48h.**
- C. N° de Pacientes con comentarios **evolutivos relacionados** con los **problemas** que **enfermería** trata de forma **autónoma.**

### Confirmación de acciones

- A. N° de Pacientes con Confirmación de Acciones.
- B. N° de Pacientes con **Acciones Confirmadas por Enfermera y Aux por turno,** en las ultimas 48h.

### Mantenimiento del Plan de Cuidados.

- A. N° de Intervenciones.
- B. N° de Diagnósticos Reales.
- C. N° de Diagnósticos de Riesgo.
- D. N° de Complicaciones Potenciales.
- E. N° de Planes Estándar.
- F. N° de Protocolos

### Variables

N° de pacientes con registro de variables y/o mediciones.

Hospital Clínico		VALORACIÓN CUALITATIVA DE PLANES DE CUIDADOS INFORMATIZADOS																		
Unidad de Enfermería	Personal		Cama	Pacien	% Valoración		Interv	C* Reale	C* Riesgo	*Poten	Stand	Protocolo	Variables	% Evolutivos			% Conf Acci. Inf		C*Alt	
	ENF	TCAE			A	B								A	B	C	A	B		
7I Psiquiatría (PSQ)	2	2	27	401	284	72%	524	429	84	12	313	586	100%	100	100	100	100	100	272	
7D Otorrino (ORL-OFT-ACV)	3	2	28	1418	285	21%	3921	39	5	21	363	309	100%	100	100	65	60	20	364	
6I M. Interna y Neur. (MIR)	3	3	32	1303	488	43%	632	228	2	2	134	283	100%	100	100	60	40	40	79	
6D Medicina Interna (MIR-INF)	3	2	34	1166	51	5%	64	81	1	87	356	718	100%	100	100	95	40	40	375	
5I Medicina Interna (DIG-END)	3	3	34	1515	634	42%	3354	115	53	34	1160	1762	100%	100	90	80	40	40	707	
5D M. Interna (NML-NRL)	3	3	26	1344	535	42%	9152	23	0	2	111	2041	100%	100	100	80	100	70	410	
4I Hematología (HEM)	5	3	27	619	120	20%	0	21	0	0	28	68	100%	100	100	60	60	40	174	
4D Derma - Oncología (DER-ONC)	3	3	34	1123	288	26%	945	215	56	198	321	1110	100%	100	100	100	70	50	346	
4I Obstetricia (OBS)	2	2	24	1991	1700	85%	2555	0	4	7	3948	3519	100%	100	100	90	100	100	1597	
4D Gine-Obstetricia (GIN-OBS)	3	3	28	1887	1731	91%	3248	12	1	13	1294	4086	100%	100	100	100	100	100	943	
3I Cirugía Cardi-Tora (CCA-CTO)	2	3	26	1173	52	5%	1616	6	0	12	656	1994	100%	100	100	100	100	70	563	
3D Cardiología (CAR)	3	3	32	2054	1177	60%	263	24	7	36	1800	2135	0%	100	100	100	100	100	1405	
3I Pediatría (PED)	2	2	35	1658	21	0,13%	4600	146	17	118	1138	3970	100%	100	100	100	100	100	1312	
2D Coronarias (COR)	4	2	12	1199	1	0,19%	0	0	0	0	0	0	0%	100	100	100	0	0	38	
2I Nefrología (NEF)	2	2	10	338	61	20%	202	14	3	0	78	195	0%	100	100	100	100	100	44	
2D Urología- nef (URO-NEFRO)	3	3	31	2022	155	10%	993	5	0	40	949	3815	100%	100	100	100	100	100	1018	
1D Cirugía General (CGD)	2	2	28	1730	123	7%	1792	18	1	5	198	2078	100%	100	100	100	90	70	111	
BI Cirugía General (CGD)	2	2	28	1561	158	10%	356	17	1	4	194	1303	100%	100	100	97	70	50	431	
BC Cirugía General (CGD)	2	2	31	1004	52	3%	41	5	0	0	21	302	100%	100	100	70	40	30	287	
<b>Total</b>			<b>527</b>	<b>25506</b>																<b>10476</b>
<b>%</b>																				
Hospital V. Castañar Bejar		VALORACIÓN CUALITATIVA DE PLANES DE CUIDADOS INFORMATIZADOS																		
Unidad de Enfermería	Personal		Cama	Pacien	% Valoración		Interv	C* Reale	C* Riesgo	*Poten	Stand	Protocolo	Variables	% Evolutivos			% Conf Acci. Inf		C*Alt	
	ENF	TCAE			A	B								A	B	C	A	B		
4I Medicina Interna	1	1	10	358	290	82%	299	72	13	127	300	648	100%	100%	100%	100%	100	100	275	
<b>Total</b>			<b>10</b>	<b>358</b>																<b>275</b>
<b>%</b>																				

(Fig.1)\*

(\*Fuente: Registros de Enfermería aplicativo Gacela Care. Unidad de Formación, cuidados y registros.)



		2015																					
		VALORACIÓN CUALITATIVA DE PLANES DE CUIDADOS INFORMATIZADOS																					
		Hospital Y. Vega																					
Unidad de Enfermería	Personal		Cama	Pacien.		% Valoración		Interv.	D <sup>2</sup>	Fieles	D <sup>2</sup>	Riesgo	*Poter	F. Stand	Protocolo	Variables	% Evolutivos			% Conf. Acci. Inf <sup>2</sup> C <sup>2</sup> Alt.			
	ENF	TCAE		A	B	A	B										A	B	C	A	B		
2 <sup>a</sup> Neurocirugía (NCR) HVV2	2	2	23	893	22	3%	23	1	0	0	0	40	333	0%	100	100	100	40	60	161			
4 <sup>a</sup> Traumatología (TRA) HVV4	2	2	24	1150	385	34%	74	72	2	2	325	1586	100%	100	100	100	60	40	802				
5 <sup>a</sup> Especialidades (TRA-ESPC) HVV5	2	2	22	1440	884	62%	192	23	0	4	202	2641	100%	100	100	100	80	60	412				
6 <sup>a</sup> Traumatología (MIR) HVV6	2	2	24	965	423	44%	545	52	1	16	506	1248	100%	100	100	100	75	60	248				
7 <sup>a</sup> Traumatología (TRA) HVV7	2	2	24	893	317	36%	5597	16	0	6	828	1905	100%	100	100	100	100	80	127				
8 <sup>a</sup> Medicina Interna (MIR) HVV8	2	2	22	640	100	16%	99	27	2	31	234	528	100%	100	100	100	80	60	248				
<b>Total</b>				<b>139</b>	<b>5981</b>															<b>1998</b>			
				<b>%</b>																			
		Hospital Los Montalvos																					
Unidad de Enfermería	Personal		Cama	Pacien.		% Valoración		Interv.	D <sup>2</sup>	Fieles	D <sup>2</sup>	Riesgo	*Poter	F. Stand	Protocolo	Variables	% Evolutivos			% Conf. Acci. Inf <sup>2</sup> C <sup>2</sup> Alt.			
	ENF	TCAE		A	B	A	B										A	B	C	A	B		
1B M. Interna Montalvos 1 <sup>a</sup> B	2	2	20	990	27	28%	44	104	8	5	132	323	100%	100	100	100	80	60	149				
4B M. Interna Montalvos 4 <sup>a</sup> B	2	2	20	224	60	27%	8	0	0	0	48	388	100%	100	100	100	75	65	70				
4A Neumología Montalvos 4 <sup>a</sup> A	1	1	20	769	48	7%	48	43	5	2	120	625	100%	100	100	100	80	65	64				
2A Paliativos 2 <sup>a</sup> A	2	2	16	525	236	45%	48	295	27	160	258	761	100%	100	100	100	100	100	400				
2B Paliativos 2 <sup>a</sup> B	2	2	10	358	268	75%	13	1	1	0	336	602	100%	100	100	100	100	100	251				
4D Patología dual 4 <sup>a</sup> D	2	1	16	47	6	13%	14	36	5	0	10	28	100%	100	100	100	100	100	33				
3D Desintoxicación 3 <sup>a</sup> D	2	1	14	213	145	68%	1	0	0	0	190	285	100%	100	100	100	100	100	198				
3C Rehabilitación psq. 3 <sup>a</sup> C	1	2	14	55	9	17%	29	3	0	0	37	46	100%	100	100	100	100	100	37				
4C Rehabilitación psq. 4 <sup>a</sup> C	1	2	12	47	7	8%	20	5	0	0	42	47	100%	100	100	100	100	100	33				
<b>Total</b>				<b>142</b>	<b>3228</b>															<b>1235</b>			
				<b>%</b>																			

(Fig.2)\*

### 3) Valoración Cuantitativa de Registros de Enfermería: (Fig.3 y 4)\*

- Nº de pacientes ingresados por unidad.
- Nº de pacientes ingresados con escala de Barthel
- Nº de pacientes ingresados con escala de Norton
- Nº de pacientes ingresados con Registro de Riesgo Social
- Nº de pacientes ingresados con Registro de Úlceras
- Nº de pacientes ingresados con Registro de Catéter Vías Central
- Nº de pacientes ingresados con Registro de Catéter Vías Periféricas
- Nº de pacientes ingresados con Registro de Sondas Digestivas
- Nº de pacientes ingresados con Registro de Sondas Urinarias
- Nº de pacientes ingresados con Registro de Caídas
- Nº de pacientes ingresados con Registro de Flebitis
- Nº de pacientes ingresados con Registro de Cheslisk- Quirúrgico.

Paseo de San Vicente, 58-182  
37007 Salamanca

		01/01/2015 al 31/12/2015														
		2015 VALORACIÓN CUANTITATIVA DE REGISTROS DE CUIDADOS INFORMATIZADOS														
		Hospital Clínico														
Unidad de Enfermería		Personal	Cama	Pacientes	BARTH	Norton	Rº Social	Rº Úlcera	Vias C	ViasP	S. Digest	S. Urina	Caidas	Flebitis	Rº PQuirúr.	
		ENF	TCAE													
7I	Psiquiatría (PSQ)	2	2	27	401	1	1	290	2	0	0	1	1	1	0	
7D	Oorrino (ORL-OFT-ACV)	3	2	28	1418	4	6	17	8	40	493	27	43	4	30	
6I	Medicina Interna (MIR-INF)	3	2	32	1303	107	37	252	146	15	550	40	159	8	1	
6D	M. Interna y Neur. (MIR)	3	3	34	1166	45	17	190	61	41	659	33	149	3	6	
5I	Medicina Interna (DIG-END)	3	3	34	1515	353	308	191	53	23	1265	39	66	27	7	
5D	M. Interna (NML-NRL)	3	3	26	1344	134	104	106	74	15	745	89	114	8	3	
4I	Hematología (HEM)	5	3	27	619	3	0	0	0	261	124	5	41	0	0	
4D	Derma - Oncología (DER-ONC)	3	3	34	1123	102	57	65	22	131	370	22	88	5	0	
4I	Obstetricia (OBS)	2	2	24	1991	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	
4D	Gine-Obstetricia (GIN-OBS)	3	3	28	1887	0	18	85	4	28	606	16	98	0	243	
3I	Cirugía Cardi- Tora (CCA-CTO)	2	3	26	1173	6	7	21	3	137	349	10	84	1	3	
3D	Cardiología (CAR)	3	3	32	2054	43	33	50	19	56	616	3	174	15	10	
3I	Pediatría (PED)	2	2	35	1658	0	0	0	1	44	314	21	5	0	0	
2D	Coronarias (COR)	4	2	12	1199	4	0	1	0	2	21	0	1	0	0	
2I	Nefrología (NEF)	2	2	10	338	1	4	15	3	117	86	4	138	0	0	
2D	Urología- nef (URO-NEFRO)	3	3	31	2022	8	0	21	1	83	759	21	337	3	0	
1D	Cirugía General (CGD)	2	2	28	1730	6	0	10	5	24	500	44	27	1	1	
BI	Cirugía General (CGD)	2	2	28	1561	14	0	16	0	30	417	32	81	0	1	
BD	Cirugía General (CGD)	2	2	31	1004	11	0	5	0	27	223	23	19	0	16	
<b>Total</b>				<b>527</b>	<b>25506</b>	<b>842</b>	<b>592</b>	<b>1335</b>	<b>402</b>	<b>1075</b>	<b>8100</b>	<b>430</b>	<b>1625</b>	<b>76</b>	<b>31</b>	
<b>%</b>																
		Hospital V. Castañar Bejar														
Unidad de Enfermería		Personal	Cama	Pacientes	BARTH	Norton	Rº Social	Rº Úlcera	Vias C	ViasP	S. Digest	S. Urina	Caidas	Flebitis	Rº PQuirúr.	
		ENF	TCAE													
4I	Medicina Interna	1	1	10	358	81	65	167	59	3	198	21	41	0	5	
<b>Total</b>				<b>10</b>	<b>358</b>	<b>81</b>	<b>65</b>	<b>167</b>	<b>59</b>	<b>3</b>	<b>198</b>	<b>21</b>	<b>41</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	
<b>%</b>																

(Fig.3)\*

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA Paseo de San Vicente, 58-182 37007 Salamanca		2015 VALORACION CUANTITATIVA DE REGISTROS DE CUIDADOS INFORMATIZADOS													
Hospital V. Vega															
Unidad de Enfermería	Personal	Cama	Pacientes	BART	Norton	Rº Social	Rº Ulcera	Vias C	ViasP	S. Digest	S. Urina	Caidas	Flebitis	Rº PQuirúr.	
	ENF	TCAE													
2ª Neurocirugía (NCR) HVV2	2	2	23	893	43	35	27	1	57	198	2	26	0	0	1
4ª Traumatología (TRA) HVV4	2	2	24	1150	1	4	26	6	3	293	0	31	5	1	58
5ª Especialidades(TRA-ESPC) HVV5	2	2	22	1440	4	18	12	4	18	369	5	32	0	1	0
6ª Traumatología (MIR) HVV6	2	2	24	965	248	248	16	59	20	657	44	132	0	1	19
7ª Traumatología (TRA) HVV7	2	2	24	893	4	1	178	11	6	387	3	78	0	0	219
8ª Medicina Interna (MIR) HVV8	2	2	22	640	40	40	3	34	9	171	50	33	0	0	0
<b>Total</b>			<b>139</b>	<b>5981</b>	<b>340</b>	<b>346</b>	<b>262</b>	<b>115</b>	<b>113</b>	<b>2075</b>	<b>104</b>	<b>332</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>297</b>
<b>%</b>															
Hospital Los Montalvos															
Unidad de Enfermería	Personal	Cama	Pacientes	BART	Norton	Rº Social	Rº Ulcera	Vias C	ViasP	S. Digest	S. Urina	Caidas	Flebitis	Rº PQuirúr.	
	ENF	TCAE													
1B M. Interna Montalvos 1ª B	2	2	20	990	294	12	187	95	5	401	27	176	2	4	0
4B M. Interna Montalvos 4ª B	2	2	20	224	0	0	1	24	0	0	2	13	1	0	0
4A Neumología Montalvos 4ª A	1	1	20	769	210	1	148	85	4	354	14	51	1	0	0
2A Paliativos 2ª A	2	2	16	525	5	8	1	21	2	27	1	4	0	0	0
2B Paliativos 2ª B	2	2	10	358	8	20	2	5	7	53	1	18	2	1	0
4D Patología dual 4ª D	2	1	16	47	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0
3D Desintoxicación 3ª D	2	1	14	213	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3C Rehabilitación psq. 3ª C	1	2	14	55	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4C Rehabilitación psq. 4ª C	1	2	12	47	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
<b>Total</b>			<b>142</b>	<b>3228</b>	<b>517</b>	<b>41</b>	<b>339</b>	<b>230</b>	<b>18</b>	<b>835</b>	<b>45</b>	<b>262</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>0</b>
<b>%</b>															

(Fig.4)\*

4) Prevalencia de Pacientes ingresados > 75 años con Informe de continuidad de cuidados al alta. (Fig.5 y 6)\*

		2015		VALORACION CUANTITATIVA DE CUIDADOS INFORMATIZADOS				
<i>Prevalencia de Pacientes ingresados &gt; 75 años con Informe de continuidad de cuidados al alta.</i>								
<i>Hospital Clínico</i>								
<i>Unidad de Enfermería</i>		<i>Personal</i>		<i>Camas</i>	<i>P. ingresados</i>	<i>Pacientes &gt; 75 años</i>	<i>P. &gt; 75 años con Inf de Alta</i>	<i>%</i>
		<i>ENF</i>	<i>TCAE</i>					
7I	Psiquiatria (PSQ)	2	2	27	401	17	15	89
7D	Otorrino (ORL-OFT-ACV)	3	2	28	1418	465	131	29
6D	M. Interna y Neur. (MIR)	3	3	32	1303	826	258	32
6I	Medicina Interna (MIR-INF)	3	2	34	1166	712	61	9
5I	Medicina Interna (DIG-END)	3	3	34	1515	698	315	46
5D	M. Interna (NML-NRL)	3	3	26	1344	651	213	32
4I	Hematología (HEM)	5	3	27	619	69	18	26
4D	Derma - Oncología (DER-ONC)	3	3	34	1123	318	82	26
4I	Obstetricia (OBS)	2	2	24	1991	0	0	0
4D	Gine-Obstetricia (GIN-OBS)	3	3	28	1887	212	65	31
3I	Cirugía Cardi- Tora (CCA-CTO)	2	3	26	1173	363	130	36
3D	Cardiología (CAR)	3	3	32	2054	1062	714	68
3I	Pediatría (PED)	2	2	35	1658	0	0	0
2D	Coronarias (COR)	4	2	12	1199	525	17	4
2I	Nefrología (NEF)	2	2	10	338	117	14	12
2D	Urología- nef (URO-NEFRO)	3	3	31	2022	711	383	54
1D	Cirugía General (CGD)	2	2	28	1730	593	35	6
BI	Cirugía General (CGD)	2	2	28	1561	551	318	26
BD	Cirugía General (CGD)	2	2	31	1004	275	73	27
<b>Total</b>				<b>527</b>	<b>25506</b>	<b>8165</b>	<b>2842</b>	
<b>%</b>								
<i>Hospital V. Castañar. Bejar</i>								
<i>Unidad de Enfermería</i>		<i>Personal</i>		<i>Camas</i>	<i>P. ingresados</i>	<i>Pacientes &gt; 75 años</i>	<i>P. &gt; 75 años con Inf de Alta</i>	<i>%</i>
		<i>ENF</i>	<i>TCAE</i>					
4I	Medicina Interna			10	358	298	235	79
<b>Total</b>				<b>10</b>	<b>358</b>			
<b>%</b>								

(Fig.5)\*



43										
44										
45										
46										
47										
48										
49										
50										
51										
52										
53										
54										
55										
56										
57										
58										
59										
60										
61										
62										
63										
64										
65										
66										
67										
68										
69										
70										
71										
72										
73										
74										

(Fig.6)\*

5) Prevalencia de pacientes ingresados >75 años con Riesgo Social.(Fig.7y 8)\*

		2016		VALORACIÓN CUANTITATIVA DE CUIDADOS INFORMATIZADOS			
<b>Prevalencia de Pacientes ingresados &gt; 75 años con Rº Social.</b>							
<b>Hospital Clínico</b>							
Unidad de Enfermería	Personal		Camas	P. ingresados	Pacientes > 75 años	Pacientes > 75 años con Rº Social	%
	ENF	TCAE					
7I Psiquiatría (PSQ)	2	2	27	401	17	15	89
10 7D Otorrino (ORL-OFT-ACV)	3	2	28	1418	465	10	3
11 6D M. Interna y Neur. (MIR)	3	3	32	1303	826	205	25
12 6I Medicina Interna (MIR-INF)	3	2	34	1166	712	181	26
13 5I Medicina Interna (DIG-END)	3	3	34	1515	698	166	24
14 5D M. Interna (NML-NRL)	3	3	26	1344	651	87	14
15 4I Hematología (HEM)	5	3	27	619	69	15	89
16 4D Derma - Oncología (DER-ONC)	3	3	34	1123	318	27	9
17 4I Obstetricia (OBS)	2	2	24	1991	0	0	0
18 4D Gine-Obstetricia (GIN-OBS)	3	3	28	1887	212	7	4
19 3I Cirugía Cardi- Tora (CCA-CTO)	2	3	26	1173	363	10	3
20 3D Cardiología (CAR)	3	3	32	2054	1062	15	13
21 3I Pediatría (PED)	2	2	35	1658	0	0	0
22 2D Coronarias (COR)	4	2	12	1199	525	5	0,95
23 2I Nefrología (NEF)	2	2	10	338	117	15	13
24 2D Urología- nef (URO-NEFRO)	3	3	31	2022	711	23	4
25 1D Cirugía General (CGD)	2	2	28	1730	593	13	3
26 BI Cirugía General (CGD)	2	2	28	1561	551	22	4
27 BD Cirugía General (CGD)	2	2	31	1004	275	6	3
<b>Total</b>				<b>527</b>	<b>25506</b>	<b>8165</b>	<b>822</b>
<b>%</b>							
<b>Hospital V. Castañar Bejar</b>							
Unidad de Enfermería	Personal		Camas	P. ingresados	Pacientes > 75 años	Pacientes > 75 años con Rº Social	%
	ENF	TCAE					
33 4I Medicina Interna			10	358	298	169	57
<b>Total</b>			<b>10</b>	<b>358</b>			
<b>%</b>							

(Fig.7)\*

40	 							
41								
42								
43								
44	<b>2015</b> VALORACIÓN CUANTITATIVA DE CUIDADOS INFORMATIZADOS							
45								
46	<b>Prevalencia de Pacientes ingresados &gt; 75 años con Informe de continuidad de cuidados al alta.</b>							
47	<b>Hospital V. Vega</b>							
48	Unidad de Enfermería	Personal		Camas	P. ingresados	Pacientes > 75 años	P.> 75 años con Infº de Alta	%
49		ENF	TCAE					
50	2ª Neurocirugía (NCR) HVV2	2	2	23	893	263	39	15
51	4ª Traumatología (TRA) HVV4	2	2	24	1150	369	249	68
52	5ª Especialidades (TRA-ESPC) HVV5	2	2	22	1440	429	103	24
53	6ª Traumatología (MIR) HVV6	2	2	24	965	626	165	27
54	7ª Traumatología (TRA) HVV7	2	2	24	893	678	97	15
55	8ª Medicina Interna (MIR) HVV8	2	2	22	640	446	180	41
56		Total		139	5981	2811	833	
57		%						
58	<b>Hospital Los Montalvos</b>							
59	Unidad de Enfermería	Personal		Camas	P- ingresados	Pacientes > 75 años	P.> 75 años con Infº de Alta	%
60		ENF	TCAE					
61	1B M. Interna Montalvos 1ª B	2	2	20	990	860	132	16
62	4B M. Interna Montalvos 4ª B	2	2	20	224	264	54	21
63	4A Neumología Montalvos 4ª A	1	1	20	769	585	56	10
64	2A Paliativos 2ª A	2	2	16	525	317	245	78
65	2B Paliativos 2ª B	2	2	10	358	234	169	73
66	4D Patología dual 4ª D	2	1	16	47	0	0	0
67	3D Desintoxicación 3ª D	2	1	14	213	0	0	0
68	3C Rehabilitación psq. 3ª C	1	2	14	55	0	0	0
69	4C Rehabilitación psq. 4ª C	1	2	12	47	0	0	0
70		Total		142	3228	2260	656	
71		%						
72								
73								
74								

(Fig.8)\*

6) Prevalencia de Pacientes ingresados > 75 años con Rº Social.(Fig.9 y 10)\*

2015 VALORACIÓN CUANTITATIVA DE CUIDADOS INFORMATIZADOS								
Prevalencia de Pacientes ingresados > 75 años con Rº Social.								
Hospital Clínico								
	Unidad de Enfermería	Personal		Camas	P. ingresados	Pacientes > 75 años	Pacientes > 75 años con Rº Social	%
		ENF	TCAE					
9	7I Psiquiatría (PSQ)	2	2	27	401	17	15	89
10	7D Otorrino (ORL-OFT-ACV)	3	2	28	1418	465	10	3
11	6D M. Interna y Neur. (MIR)	3	3	32	1303	826	205	25
12	6I Medicina Interna (MIR-INF)	3	2	34	1166	712	181	26
13	5I Medicina Interna (DIG-END)	3	3	34	1515	698	166	24
14	5D M. Interna (NML-NRL)	3	3	26	1344	651	87	14
15	4I Hematología (HEM)	5	3	27	619	69	15	89
16	4D Derma - Oncología (DER-ONC)	3	3	34	1123	318	27	9
17	4I Obstetricia (OBS)	2	2	24	1991	0	0	0
18	4D Gine-Obstetricia (GIN-OBS)	3	3	28	1887	212	7	4
19	3I Cirugía Cardi- Tora (CCA-CTO)	2	3	26	1173	363	10	3
20	3D Cardiología (CAR)	3	3	32	2054	1062	15	13
21	3I Pediatría (PED)	2	2	35	1658	0	0	0
22	2D Coronarias (COR)	4	2	12	1199	525	5	0,95
23	2I Nefrología (NEF)	2	2	10	338	117	15	13
24	2D Urología- nef (URO-NEFRO)	3	3	31	2022	711	23	4
25	1D Cirugía General (CGD)	2	2	28	1730	593	13	3
26	BI Cirugía General (CGD)	2	2	28	1561	551	22	4
27	BD Cirugía General (CGD)	2	2	31	1004	275	6	3
28		Total			527	25506	8165	822
29		%						
Hospital V. Castañar, Bejar								
31	Unidad de Enfermería	Personal		Camas	P. ingresados	Pacientes > 75 años	Pacientes > 75 años con Rº Social	%
32		ENF	TCAE					
33	4I Medicina Interna			10	358	298	169	57
34		Total		10	358			
35		%						
36								
37								
38								

(Fig.9)\*



COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA		Personal		Camas	P. ingresados	Pacientes > 75 años	Pacientes > 75 años con Rº Social	%
Hospital V. Vega		ENF	TCAE					
<b>2016 VALORACIÓN CUANTITATIVA DE CUIDADOS INFORMATIZADOS</b>								
<i>Prevalencia de Pacientes ingresados &gt; 75 años con Rº Social.</i>								
<i>Hospital V. Vega</i>								
Unidad de Enfermería		Personal		Camas	P. ingresados	Pacientes > 75 años	Pacientes > 75 años con Rº Social	%
		ENF	TCAE					
2ª Neurocirugía (NCR) HVV2		2	2	23	893	263	21	8
4ª Traumatología (TRA) HVV4		2	2	24	1150	369	14	4
5ª Especialidades(TRA-ESPC) HVV5		2	2	22	1440	429	9	3
6ª Traumatología (MIR) HVV6		2	2	24	965	626	22	4
7ª Traumatología (TRA) HVV7		2	2	24	893	678	170	26
8ª Medicina interna (MIR) HVV8		2	2	22	640	446	11	3
<b>Total</b>				<b>139</b>	<b>5981</b>	<b>2811</b>	<b>247</b>	
<b>%</b>								
<i>Prevalencia de Pacientes ingresados &gt; 75 años con Rº Social.</i>								
<i>Hospital Los Montalvos</i>								
Unidad de Enfermería		Personal		Camas	P. ingresados	Pacientes > 75 años	Pacientes > 75 años con Rº Social	%
		ENF	TCAE					
1B M. Interna Montalvos 1ª B		2	2	20	990	860	175	21
4B M. Interna Montalvos 4ª B		2	2	20	224	264	1	0,38
4A Neumología Montalvos 4ª A		1	1	20	769	585	140	24
2A Paliativos 2ª A		2	2	16	525	317	8	3
2B Paliativos 2ª B		2	2	10	358	234	9	4
4D Patología dual 4ª D		2	1	16	47	0	0	0
3D Desintoxicación 3ª D		2	1	14	213	0	0	0
3C Rehabilitación psq. 3ª C		1	2	14	55	0	0	0
4C Rehabilitación psq. 4ª C		1	2	12	47	0	0	0
<b>Total</b>				<b>142</b>	<b>3228</b>	<b>2260</b>	<b>333</b>	
<b>%</b>								

(Fig.10)\*

7) Total de Pacientes Con Rº Social derivados a T. Social. (Fig.11 y 12)\*

		2015		VALORACIÓN CUANTITATIVA DE CUIDADOS INFORMATIZADOS					
<b>Total de Pacientes Con Rº Social derivados a T.Social</b>									
<b>Hospital Clínico</b>									
<b>Unidad de Enfermería</b>		<b>Personal</b>		<b>Camas</b>	<b>P. ingresados</b>	<b>Total derivados TS</b>	<b>Total riesgo social</b>	<b>%</b>	
		<b>ENF</b>	<b>TCAE</b>						
9	7I	Psiquiatria (PSQ)	2	2	27	401	167	348	48,00%
10	7D	Otorrino (ORL-OFT-ACV)	3	2	28	1418	8	22	37,00%
11	6D	M. Interna y Neur. (MIR)	3	3	32	1303	186	281	67,00%
12	6I	Medicina Interna (MIR-INF)	3	2	34	1166	153	236	65,00%
13	5I	Medicina Interna (DIG-END)	3	3	34	1515	47	208	23,00%
14	5D	M. Interna (NML-NRL)	3	3	26	1344	50	125	40,00%
15	4I	Hematología (HEM)	5	3	27	619	3	7	43%
16	4D	Derma - Oncología (DER-ONC)	3	3	34	1123	70	80	88,00%
17	4I	Obstetricia (OBS)	2	2	24	1991	0	0	0%
18	4D	Gine-Obstetricia (GIN-OBS)	3	3	28	1887	3	9	34%
19	3I	Cirugia Cardi- Tora (CCA-CTO)	2	3	26	1173	12	23	53,00%
20	3D	Cardiología (CAR)	3	3	32	2054	22	60	37,00%
21	3I	Pediatría (PED)	2	2	35	1658	0	0	0%
22	2D	Coronarias (COR)	4	2	12	1199	5	7	72%
23	2I	Nefrología (NEF)	2	2	10	338	1	15	7,00%
24	2D	Urologia- nef (URO-NEFRO)	3	3	31	2022	11	34	33,00%
25	1D	Cirugia General (CGD)	2	2	28	1730	6	16	38,00%
26	BI	Cirugia General (CGD)	2	2	28	1561	4	26	15,00%
27	BD	Cirugia General (CGD)	2	2	31	1004	0	11	0%
28					527	25506	748	1508	
29									
<b>Hospital V. Castañar Bejar</b>									
<b>Unidad de Enfermería</b>		<b>Personal</b>		<b>Camas</b>	<b>P. ingresados</b>	<b>Total derivados TS</b>	<b>Total riesgo social</b>	<b>%</b>	
		<b>ENF</b>	<b>TCAE</b>						
33	4I	Medicina Interna	1	1	10	358	6	193	4%
34					10	358			
35									

(Fig.11)\*

43	COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO D SALAMANCA Paseo de San Vicente, 58-182 37007 Salamanca											Sacyl			
44															
45															
46															
47			2015	VALORACIÓN CUANTITATIVA DE CUIDADOS INFORMATIZADOS											
48	<i>Total de Pacientes Con Rº Social derivados a T.Social</i>														
49	Hospital V. Vega														
50	Unidad de Enfermería		Personal		Camas	P. ingresados	Total derivados TS	Total riesgo social	%						
51			ENF	TCAE											
52	2*	Neurocirugia (NCR) HVV2	2	2	23	893	9	33	28,00%						
53	4*	Traumatologia (TRA) HVV4	2	2	24	1150	30	35	86,00%						
54	5*	Especialidades(TRA-ESPC) HV	2	2	22	1440	9	14	65,00%						
55	6*	Traumatologia (MIR) HVV6	2	2	24	965	17	29	59,00%						
56	7*	Traumatologia (TRA) HVV7	2	2	24	893	155	192	81,00%						
57	8*	Medicina Interna (MIR) HVV8	2	2	22	640	8	15	54,00%						
58			Total		139	5981	228	318							
59			%												
60															
61	Hospital Los Montalvos														
62	Unidad de Enfermería		Personal		Camas	P. ingresados	Total derivados TS	Total riesgo social	%						
63			ENF	TCAE											
64	1B	M. Interna Montalvos 1ª B	2	2	20	990	2	193	15%						
65	4B	M. Interna Montalvos 4ª B	2	2	20	224	1	2	50%						
66	4A	Neumologia Montalvos 4ª A	1	1	20	769	2	156	2%						
67	2A	Paliativos 2ª A	2	2	16	525	2	9	23%						
68	2B	Paliativos 2ª B	2	2	10	358	8	14	56%						
69	4D	Patologia dual 4ª D	2	1	16	47	21	31	68%						
70	3D	Desintoxicación 3ª D	2	1	14	213	2	4	50%						
71	3C	Rehabilitacion psq.3ª C	1	2	14	55	12	18	67%						
72	4C	Rehabilitacion psq.4ª C	1	2	12	47	20	21	96%						
73			Total		142	3228	70	448							
74			%												

(Fig.12)\*

## 1) TABLA DE RELACIONES BIBLIOGRÁFICAS CON DIAGNÓSTICOS EN CUIDADOS:

DIAGNÓSTICOS DE CUIDADOS	BIBLIOGRAFÍA RELACIONADA.
<b>DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00047) (RIESGO DE )</b>	<p>Resende DM, Bachion MM, Araújo LAO.: Integridade da pele prejudicada em idosos: estudio de incidência numa comunidade atendida por uma equipe do Programa Saúde da Família. Acta paul enferm. 2006; 19:168-73.</p> <p>Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE et al. 2º Estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España, 2005: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Vol. 17, nº3, 2006, pags. 154-172.</p> <p>-Proceso Asistencial Pluripatológico. Unidad de Seguimiento y Desarrollo de Procesos asistenciales. <a href="http://www.carloshaya.net/portal/procesos/pluripatologico/arquitecturapluripatologico.pdf">http://www.carloshaya.net/portal/procesos/pluripatologico/arquitecturapluripatologico.pdf</a>.</p> <p>-Máximo Bernabeu-Wittel. El paciente pluripatológico hospitalizado. Unidad Clínica de Atención Médica Integral. H.H.U.U. Virgen del Rocío. Sevilla.</p>
<b>RIESGO DE INFECCIÓN (00004)</b>	<p>-Aguilar, L. V. (2011). Diagnósticos de enfermería en pacientes dados de alta, con enfermedades crónicas, según taxonomía Nanda-I (North American Nursing Diagnosis Association). Enfermería Global, 10(3).</p> <p>-Ollero Baturone, M., Álvarez Tello, M., Barón Franco, B., Bernabéu Wittel, M., Codina Lanaspá, A., Fernández Moyano, A. &amp; Romero Carmona, S. (2002). Atención al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado.</p>
<b>RIESGO DE ESTREÑIMIENTO (00015)</b>	<p>-Aguilar, L. V. (2011). Diagnósticos de enfermería en pacientes dados de alta, con enfermedades crónicas, según taxonomía Nanda-I (North American Nursing Diagnosis Association). Enfermería Global, 10(3).</p> <p>-Ollero Baturone, M., Álvarez Tello, M., Barón Franco, B., Bernabéu Wittel, M., Codina Lanaspá, A., Fernández Moyano, A. &amp; Romero Carmona, S. (2002). Atención al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado.</p> <p>-Villarejo Aguilar, L., &amp; Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2011). Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. Gerokomos, 22(4), 152-161.</p>
<b>ANSIEDAD (00146).</b>	<p>- Aguilar, L. V. (2011). Diagnóstico de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, 22(4), 152-161.</p> <p>-Ollero Baturone, M., Álvarez Tello, M., Barón Franco, B., Bernabéu Wittel, M., Codina Lanaspá, A., --Fernández Moyano, A. &amp; Romero Carmona, S. (2002). Atención al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado.</p> <p>-García Fernández, F. P., &amp; Carrascosa García, M. (2008). Resultados de las intervenciones enfermeras en el proceso pluripatológico para mejorar la práctica clínica. Gerokomos, 19(4), 18-24.</p> <p>-Proceso Asistencial Pluripatológico. Unidad de Seguimiento y Desarrollo de Procesos asistenciales. <a href="http://www.carloshaya.net/portal/procesos/pluripatologico/arquitecturapluripatologico.pdf">http://www.carloshaya.net/portal/procesos/pluripatologico/arquitecturapluripatologico.pdf</a>.</p> <p>-Máximo Bernabeu-Wittel. El paciente pluripatológico hospitalizado. Unidad Clínica de Atención Médica Integral. H.H.U.U. Virgen del Rocío. Sevilla.</p>
<b>INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD (00155)</b>	<p>- Araújo LAO, Bachion M.M. Diagnósticos de enfermagem do padrao mover em idosos da comunidade. Rev esc enferm USP.2005;39;53-61.</p> <p>- Guedes HM, Nakatani AYK, Santana RF, Bachion MM. Identificação de diagnósticos de enfermagem do domínio segurança/proteção em idosos admitidos no sistema hospitalar. Rev Electrónica de Enfermagem.2009 [citado em 05 jan 2010]; 11:249-56. Disponível em: <a href="http://www.fen.ufg.br/revista/htm">http://www.fen.ufg.br/revista/htm</a></p> <p>- Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos R. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. Rev Saude Publica. 2004; 38:687-94.</p> <p>- Aguilar M, Ramirez N, Romero S, Ollero M, Limpo P, Cuello JA, Bernabeu M, García JS, González MA. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. Medicina Clínica 2005; 125:5-9.</p> <p>-Mª Pilar García-Abad Martínez: Enfermera gestora de casos: clave para la continuidad de cuidados. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master. 2 (1): 871-889, 2010 ISSN: 1989-5305.</p>

## 2) TABLA DE RELACIONES BIBLIOGRÁFICAS CON DIAGNÓSTICOS EN CUIDADOS:

DIAGNÓSTICOS DE CUIDADOS	BIBLIOGRAFÍA RELACIONADA.
<b>DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO (00002)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guirao-Goris JA, Alonso A, Soler J, Dasí MJ. Diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería en Atención Domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006.</li> <li>- Guirao-Goris JA, Alonso A, Soler J, Dasí MJ. Diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería en Atención Domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006.</li> <li>- Montse Canalias: Nutrición en el paciente pluripatológico y frágil. Noviembre 2009. Clinic Corporación Sanitaria. Nov. 2009.</li> <li>- Proceso Asistencial Pluripatológico. Unidad de Seguimiento y Desarrollo de Procesos asistenciales. <a href="http://www.carloshaya.net/portal/procesos/pluripatologico/arquitecturapluripatologico.pdf">http://www.carloshaya.net/portal/procesos/pluripatologico/arquitecturapluripatologico.pdf</a>.</li> <li>- Máximo Bernabeu-Wittel. El paciente pluripatológico hospitalizado. Unidad Clínica de Atención Médica Integral. H.H.U.U. Virgen del Rocío. Sevilla.</li> </ul>
<b>RIESGO DE CAIDAS(00155)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nicolussi AC, Fhon JRS, Santos CAV, Kusumota L, Marques S, Rodrigues RAP. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas: revisao integrativa da literatura. <i>Ciência Saúde Coletiva</i>. 2012;17 (3): 723-30.</li> <li>- World Health Organization. Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice. Secretario do Estado de Sao Paulo, WHO; 2010.</li> <li>- Sao Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Vigilância e prevenção de quedas em idosos. Sao Paulo: SES/SP; 2010.</li> <li>-Silva A, Faleiros HH, Shimizu WAL, Nogueira LM, Nhan LL, Silva BMF, et al. Prevalência de quedas e de fatores associados em idosos segundo etnia. <i>Ciência Saúde Coletiva</i>. 2012; 17(8): 2181-190.</li> <li>- Gawryszewski VP. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no Estado de Sao Paulo. <i>Rev Assoc Med Bras</i>. 2010; 56(2): 162-7.</li> <li>- Espada CVOA, Pereira MMN. Falls in elderly people living in the community: the health policies and strategies of prevention. <i>Rev enferm UFPE on line [periódico na internet]</i>. 2012 mai [acesso em 2012 out 14]; 6(5): 1226-33. Disponível em: <a href="http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/idex.php/revista/article/view/2625/pdf_1073">http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/idex.php/revista/article/view/2625/pdf_1073</a>.</li> <li>- Alves Junior ED, Paula FL. A prevenção de quedas sob o aspecto da promoção da saúde. <i>Fit Perform J [periódico na internet]</i>. 2008 [acesso em 2012 out 16]; 7(2): 123-29. Disponível em: <a href="http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo/codigo/2934958">http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo/codigo/2934958</a>.</li> <li>- Perfil da mortalidade por quedas em idosos. Aíla Marôpo Araújo, Rejane Maria Paiva de Menezes, Ana Elza Oliveira de Mendonça, Monique da Silva Lopes, Alessandre de Medeiros Tavares, Heloísa Cristina Ferreira de Lima.</li> <li>- Tinetti ME, Baker DI, McAway G, Claus EB, Garret P, Gottschalk M et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. <i>New England Journal of Medicine</i>. 1994; 33:821-827. Disponível em: <a href="http://nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199409293311301">http://nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199409293311301</a>.</li> <li>- Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e consequências das quedas de idosos atendidos em um hospital público. <i>Revista Saúde Publica</i>. 2004; 38(1): 93-9. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18457.pdf">http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18457.pdf</a>.</li> <li>- Paula FL, Alves Junior ED, Prata HL. Teste Timed "Upand Go": uma comparação entre valores obtidos em ambiente fechado e aberto. <i>Fisioterapia em Movimento</i>. 2007; 20 (4): 143-148. Disponível em: <a href="http://www2.pucpr.br/reol/index.php">http://www2.pucpr.br/reol/index.php</a></li> <li>- Stel VS, Smith JH, Pluijm SMF, Lips P. Consequences of falling in older men and women and risk factors for health service use and functional decline. <i>Age and Ageing</i>. 2004; 33(1): 58-65. Disponível em: <a href="http://ageing.oxfordjournals.org/content/33/1/58.full.pdf+html">http://ageing.oxfordjournals.org/content/33/1/58.full.pdf+html</a>.</li> <li>- Samara Greice Röpke Faria da Costa, Daiane da Rosa Monteiro, Melissa Prade Hemesath, Miriam de Abreu Almeida. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário.</li> </ul>

### 3) TABLA DE RELACIONES BIBLIOGRÁFICAS CON DIAGNÓSTICOS EN CUIDADOS:

DIAGNÓSTICOS DE CUIDADOS	BIBLIOGRAFÍA RELACIONADA.
<b>RIESGO DE CAIDAS (00155)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Denise Cristina de Oliveira Ferreira, Aparecida Yoshie Yoshitome. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados.</li> <li>- Rafaela Vivian Valcarenghi, Silvana Sidney Costa Santos, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, Edison Luiz Devos Barlem, Giovana Calcagno Gomes, Bárbara Tarouco da Silva. Ações institucionais alicerçadas em diagnósticos de enfermagem para prevenção de quedas em idosos.</li> <li>- Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, owe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Database Syst Rev. 2003; (4): CD000340.</li> <li>- Silva Gama, Zenewton André da, Gómez Conesa, Antonia and Sobral Ferreira, Marta. Epidemiología de caídas en España: una revisión sistemática, 2007. Rev. Esp. Salud Publica, Feb 2008, vol.82, nº1, p.43-55.</li> <li>-Proceso Asistencial Pluripatológico. Unidad de Seguimiento y Desarrollo de Procesos asistenciales.<a href="http://www.carloshaya.net/portal/procesos/pluripatologico/arquitecturapluripatologico.pdf">http://www.carloshaya.net/portal/procesos/pluripatologico/arquitecturapluripatologico.pdf</a>.</li> <li>-Máximo Bernabeu-Wittel. El paciente pluripatológico hospitalizado. Unidad Clínica de Atención Médica Integral. H.H.U.U. Virgen del Rocío. Sevilla.</li> </ul>
<b>DOLOR(00250)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- María de Lourdes García Hernández, Beatriz Arana Gómez, Verónica Salvador Gutiérrez, Cristina Salvador Martínez, Alicia Gutiérrez López, Yolanda Hernández Ortega. Propuesta de validación de indicadores y estándares para el manejo del dolor en el paciente.</li> <li>- Marina de Góes Salvetti, Andrea Cobelo, Patricia de Moura Vernalha, Carmen Ilca de Almeida Vianna, Luciana Cristina Carvalho Costa Campos Canarezi, Renata Gomes Lacerda Calegare. Efectos de un programa psicoeducativo en el control del dolor crónico. Rev. Latino-Am. Enfermagem 20(5): [08 pantallas] sep.-oct. 2012. <a href="http://www.eerp.usp.br/rlae">www.eerp.usp.br/rlae</a>.</li> <li>- María Helena Barbosa, Larissa Carvalho Silva, Érica Vieia de Andrade, Raissa Blanca Luiz, Alisson Fernandes Bolina, Ana Lúcia De Mattia, Daniel Ferreira da Cunha. Avaliação da dor crônica em idosos institucionalizados. Rev.Min.Enferm.;16(1):63-68, jan./mar.,2012.</li> <li>- Magda Carla de Oliveira Souza e Silva, Patricia Aparecida Barbosa Silva, Liliam Barbosa Silva, Sônia Maria Soares. Instrumentos de avaliação da dor cronica em idosos e suas implicacoes para a enfermagem. R. Enferm. Cent. O. Min. 2011 out/dez; 1(4): 560-570.</li> <li>- Fabricia Conceição de Carvalho, Adriana Cristina Camargos de Rezende. A enfermagem no cuidado ao paciente com dor: revisao de literatura.</li> </ul>

<p><b>AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO (00074)</b></p>	<p>El País. Los hospitales de Canarias tienen 400 camas ocupadas por pacientes crónicos. [internet]. 2014 [11 Mayo 2014]; Available from: <a href="http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/01/20/actualidad/1390221644_283452.html">http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/01/20/actualidad/1390221644_283452.html</a>. IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2002. Disponible en: <a href="http://www.seg-social.es/imserso/">http://www.seg-social.es/imserso/</a>. Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Moreno-Gaviño L, Barón-Franco B, Fuertes A, Murcia-Zaragoza J, et al. Development of a new predictive model for poly pathological patients. The Profound index. Eur J Intern Med. 2011 Jun; 22(3):311-317.</p> <p>Margarita Álvarez-Tello, Rosa Casado-Mejía, Manuel Ortega-Calvo, Esperanza Ruiz-Arias. Sobrecarga sentida en personas cuidadoras informales de pacientes pluripatológicos en una zona urbana. Enferm Clin. 2012; 22(6): 286-292.</p> <p>Ferrer-Arnedo, C., Fernández-Batalla, M., Santamaría-García, J. M., &amp; Salazar-Guerra, R. (2014). The value of nursing care in the paradigm of chronicity and dependency. New roles and redesigns. Investigación y Educación en Enfermería, 32(3), 488-497.</p> <p>Guijarro, J. A. C. (2013). Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado (PAI). Dasí, M. J., &amp; Rojo, E. Continuidad de los cuidados de enfermería: necesidad de coordinación entre niveles.</p> <p>-Guijarro, J. A. C. (2013). Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado (PAI). - Plan funcional Personas Cuidadoras en Hospitalización Hospital U. Virgen de las Nieves. Granada.</p> <p>-Tapia-Valero Carmen; Novo-García Carmen; Hernández-Pedraza Raquel; Sánchez-Gómez María Begoña; Duarte-Clíments Gonzalo.: Las enfermeras mejoran la salud de los pacientes crónicos. Revisión sistemática. Centro de Salud de Carbonero el Mayor. Segovia. Sacyl. Junta de Castilla y León.</p> <p>-Dolores de Paz, et all: Continuidad de cuidados entre atención especializada y atención primaria. Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera. en el Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud Junta de Andalucía.</p> <p>-Planes de Cuidados de Enfermería en Atención Especializada: Estandarización en Extremadura. Grupo de Trabajo de Enfermería en JARA Atención Sanitaria. Guía Práctica: SES N° 18. Mérida 2011.</p> <p>-Gonzalo Duarte Clíments, et all: Recomendaciones para la Continuidad de Cuidados elaborado por el grupo de trabajo SAS-ASANEC.</p>
---	---

**4) TABLA DE RELACIONES BIBLIOGRÁFICAS CON DIAGNÓSTICOS EN CUIDADOS:**

DIAGNÓSTICOS DE CUIDADOS	BIBLIOGRAFÍA RELACIONADA.
--------------------------	---------------------------

<p><b>CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wagner EH, Grothaus LC, Sandhu N, Galvin HS et al. Chronic care clinics for diabetes in primary care: a system-wide randomized trial. <i>Diabetes care</i> 2001; 24(4): 695-700.</li> <li>- Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonami AE et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. <i>Jt Comm J Qual Improv</i> 2001; 27(2): 63-80.</li> <li>- Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JthM van, Assendelf WJJ. Intervenciones para mejorar el tratamiento de la diabetes mellitus en el ámbito de la atención primaria, pacientes ambulatorios y la comunidad. Disponible en : <a href="http://www.update-software.com">http://www.update-software.com</a>.</li> <li>- Murray E, Burns J, See Tai S, Lai R, Nazareth I. Programas de comunicación sanitaria interactiva para personas con enfermedades crónicas.</li> <li>- Ramírez Duque N, García Morillo S, Nieto Guindo M y cols. Mapa de acciones medicamentosas con relevancia clínica tras entrevista interdomiciliaria, en una cohorte de pluripatológicos y polimedcados del área de Sevilla. XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. <i>Rev. Clin. Esp.</i> 2006.</li> <li>- Estudio de evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de los medicamentos en los hospitales españoles (2007). <a href="http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/evaluacionSeguridadSistemasMedicamentos.pdf">http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/evaluacionSeguridadSistemasMedicamentos.pdf</a>.</li> <li>- Schipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC, Wahlstrom SA, Brown BA, Tarvin E et al. Role of pharmacist counseling in prevent adverse drug events after hospitalisation. <i>Arch Intern Med</i> 2006; 166: 565-571.</li> <li>- Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The brief medication: a tool for screening patient adherence and barriers questionnaire to adherence. <i>Patient Educ Couns.</i> 1999, 37: 113-24.</li> <li>- B. Santos-Ramos, M.J. Otero López, M. Galván-Banqueri, E.R. Alfaro-Lara, M.D. Vega-Coca, M.D. Nieto-Martín y M. Ollero-Baturone. Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria.</li> <li>- Eva Rocío Alfaro-Lara, María Dolores Vega-Coca, Mercedes Galván-Banqueri, María Dolores Nieto-Martín, Concepción Pérez-Guerrero, Bernardo Santos-Ramos. Metodología de conciliación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. <i>Aten Primaria.</i> 2014; 46(2): 89-99. <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.002">http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.002</a>.</li> <li>- Mª Pilar García-Abad Martínez: Enfermera gestora de casos: clave para la continuidad de cuidados. <i>Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master.</i> 2 (1): 871-889, 2010 ISSN: 1989-5305.</li> <li>- B. Santos-Ramos1*, M.J. Otero López2, M. Galván-Banqueri1, E.R. Alfaro-Lara1, M.D. Vega-Coca3, M.D. Nieto-Martín3 y M. Ollero-Baturone4.: Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria. <i>Farm Hosp.</i> 2012; 36(6):506-517.</li> <li>- Guía de atención compartida al paciente pluripatológico. Comisión de cuidados de área hospital infantil elena distrito huelva-costa distrito compaña-condado.</li> <li>- Iñigo Catalán Gil: la enfermera gestora de casos en la gestión de pacientes crónicos. Universidad Pública de Navarra. 2014.</li> </ul>
---	---



### 1) TABLA DE DIAGNÓSTICOS:

DIAGNOSTICO	DEFINICIÓN	R/C	NOC	NIC
<b>ANSIEDAD (00146)</b>	Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambio en el estado de salud.</li> <li>- Amenaza para el estado de salud.</li> </ul>	1211 - Nivel de ansiedad.	5820 - Disminución de la ansiedad.
<b>RIESGO DE INFECCIÓN (00004)</b>	Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedimientos invasivos.</li> <li>- Enfermedad crónica.</li> </ul>	1902 Control del riesgo. 1908 Detección del riesgo. 1101 - Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	6610 Identificación de riesgos. 6550 Protección contra las infecciones. 2440 - Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso.
<b>RIESGO DE CAÍDAS (00155)</b>	Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad igual o superior a 65 años.</li> <li>- Historia de caídas.</li> <li>- Uso de dispositivos de ayuda (p.ej., andador, bastón).</li> <li>- Diuréticos.</li> <li>- Hipnóticos.</li> <li>- Dificultad en la marcha.</li> <li>- Deterioro de la movilidad física</li> </ul>	1902 Control del riesgo. 1908 Detección del riesgo. 1909 Conducta de prevención de caídas. 1912 Caídas.	6490 Prevención de caídas*. 6610 Identificación de riesgos*.
<b>RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00047)</b>	Riesgo de alteración cutánea adversa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inmovilización física.</li> <li>- Factores mecánicos.</li> <li>- Humedad.- Hipertermia.</li> <li>- Excreciones.</li> <li>- Extremos de edad.</li> <li>- Prominencias óseas.</li> <li>- Alteración de la circulación.</li> <li>- Alteraciones del talón.</li> <li>- Estado de desequilibrio nutricional.</li> <li>- Deterioro de la circulación.</li> </ul>	1009 Estado nutricional: ingestión de nutrientes. 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 1902 Control del riesgo.	3500 Manejo de presiones. 3540 Prevención de las úlceras por presión. 3590 Vigilancia de la piel. 4070 Precauciones circulatorias.

## 2) TABLA DE DIAGNÓSTICOS:

DIAGNOSTICO	DEFINICIÓN	R/C	NOC	NIC
<b>RIESGO DE ESTREÑIMIENTO (00015)</b>	Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces y/o eliminación de heces exclusivamente duras y secas.	-Fármacos - Alt. neurológica - Menor actividad física -Deshidratación - Entorno hospitalario	0501 Eliminación Intestinal	0450 Manejo del estreñimiento/impactación
<b>CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126)</b>	Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.	- Limitación cognitiva. - Falta de exposición. - Poca familiaridad con los recursos para obtener información.	1802 Conocimiento: dieta. 1808 Conocimiento: medicación. 1827 Conocimiento: mecanismos corporales. 1828 Conocimiento: prevención de caídas.	3660 Cuidados de las heridas. 5510 Educación para la salud. 5520 Facilitar el aprendizaje*. 5614 Enseñanza: dieta prescrita. 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos. 5602. Enseñanza: proceso de enfermedad. 7370. Planificación del alta.
<b>AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO (00074)</b>	La persona principal(familiar) que habitualmente brinda soporte proporciona un apoyo, confort, ayuda o estímulo que puede ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas R/C su reto de salud, que es insuficiente, ineficaz o está comprometido.		2202 Preparación del/de la cuidador/a familiar domiciliar/a. 2205 Rendimiento del/ de la cuidador/a principal: cuidados directos. 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia. 2604 Normalización de la familia.	7040 Apoyo al cuidador familiar 7110 Fomentar la implicación familiar. 5230 Aumentar el afrontamiento 5240 Asesoramiento.

### 3) TABLA DE DIAGNÓSTICOS:

DIAGNOSTICO	DEFINICIÓN	R/C	NOC	NIC
<b>DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO (00002)</b>	Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas	- Incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos o económicos.	0303 Autocuidados: Comer 1004 Estado nutricional	1404: Estado Nutricional. 1100. Manejo de la nutrición
<b>RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADO/A (00062)</b>	El cuidador es vulnerable por percibir dificultad en el desempeño del rol del cuidador familiar.	-Falta de experiencia en cuidados. -Deterioro salud del cuidador -Enfermedad grave del receptor de cuidados	1902 Control del riesgo 2506 Salud emocional del cuidador principal. 2507 Salud física del cuidador principal	7040 Apoyo al cuidador familiar 6610 Identificación del riesgo 5510 Educación sanitaria 7110 Fomentar la implicación familiar
<b>DETERIORO GENERALIZADO DEL ADULTO (00101)</b>	Deterioro funcional progresivo de naturaleza física y cognitiva. Notable disminución de la capacidad de la persona para vivir con enfermedades multisistémicas, afrontar problemas subsiguientes y manejar sus propios cuidados.	- Depresión.	0006 Energía psicomotora. 0113 Envejecimiento físico. 1602 Conducta de fomento de la salud. 1808 Conocimiento: medicación. 1824 Conocimiento: cuidados de la enfermedad.	0200 Fomento del ejercicio*. 2380 Manejo de la medicación*. 4360 Modificación de la conducta. 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad*.
<b>INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD. (00092)</b>	Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas	-Reposo en cama o inmovilidad -Debilidad generalizada -Desequilibrio entre aportes y demanda de oxígeno.	0005 Tolerancia de la actividad	1800 Ayuda al autocuidado 0180 Manejo de energía

## **NUEVO PLAN DE CUIDADOS A PACIENTES CRÓNICOS Y PLURIPATOLÓGICOS.**

### **PES10009 PACIENTE PLURIPATOLÓGICO**

**Población diana:** Paciente ingresado en una unidad de enfermería con dos o más enfermedades crónicas, que conllevan la aparición de síntomas continuos, reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionan una especial fragilidad clínica que grava la paciente con un deterioro progresivo, y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional. (Que aumentan las necesidades del cuidado y va a tener importantes repercusiones tanto a nivel personal como familiar, social y económico)

### **DRI00047 - RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA**

**FRI08028** - Inmovilidad física

**RES01101** - Integridad tisular piel y membranas mucosas

**IND16209** – Integridad cutánea

**INT03540** - Prevención de úlceras por presión.

**ACT57245** - Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Norton).

**ACT60189** - Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida

**ACT48362** - Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.

**ACT42524** - Proporcionar con frecuencia cambios del peso corporal.

- Mantener la piel seca e hidratada
- Vigilar el estado de la piel a diario
- Realizar cambios posturales con la frecuencia adecuada

### **DRI00155 - RIESGO DE CAIDAS**

**FRI04003** – Edad  $\geq 65$  años

**FRI03027** - Deterioro de la movilidad física

**RES01909** - Conducta de prevención de caídas

**IND04122** - Colocación de barreras para prevenir caídas

**INT06490** - Prevención de caídas.

**ACT42549** - Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable.

**ACT06307** - Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.

**ACT57023** - Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama.

### **DRI0004 - RIESGO DE INFECCIÓN**

**FRI15046** - Procedimientos invasivos.

**RES01101** - Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

**IND16137** - Eritema.

**IND08141** - Induración.

**INT02440** - Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso

**ACT06047** - Cambiar los sistemas, vendajes y tapones de acuerdo con el protocolo del centro.

**ACT39399** - Observar si hay signos y/o síntomas asociados con infección local o sistémica (enrojecimiento, tumefacción, sensibilidad, fiebre, malestar).

### **DRI00015 – RIESGO DE ESTREÑIMIENTO**

**FRI00005** - Actividad física insuficiente

**RES00501** - Eliminación intestinal

**IND28080**- Patrón de eliminación

**INT00450** - Manejo del estreñimiento/impactación

**ACT60193** - Vigilar signos y síntomas de estreñimiento.

**ACT15260** – Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos a menos que esté contraindicado.

### **DRE00146 - ANSIEDAD**

**CDE06516** – Nerviosismo

**CDE04139** - Inquietud

**FRE02092** - Cambios en el estado de salud

**RES01211** - Nivel de ansiedad

**IND16204** - Inquietud

**IND00206** - Ansiedad verbalizada

**INTO5820** - Disminución de la ansiedad

**ACT39396** - Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

**ACT13295** - Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.

**DRE00092 – INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD**

**CDE01684** - Disnea de esfuerzo

**CDE04128**.- Informes verbales de fatiga o debilidad

**FRE03124** – Debilidad generalizada.

**RES0005** - Tolerancia a la actividad.

**IND10005** - Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD).

**INT00180** - Manejo de la energía

**ACT60239** - Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras disritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria).

**RES0208** - Movilidad.

02. Mantenimiento de la posición corporal

06 Ambulación

**0204**.- Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.

01.Úlceras por presión

02. Estreñimiento

**0300**.- Autocuidados: AVD.

**DRE00002 – DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO**

**CDE04106** – Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas

**CDE07535** – Pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado.

**CDE00149** – Aversión a comer

**FRE08022** – Incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos, psicológicos o económicos.

**RES01004** – Estado nutricional

**IND16181** – Ingestión alimentaria

**INT01100** – Manejo de la nutrición

**ACT42423** – Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente.

### **DRE00126 - CONOCIMIENTOS DEFICIENTES**

**CDE09010** - Seguimiento inexacto de las instrucciones.

**CDE10517** - Verbalización del problema

**FRE12002** - Mala interpretación de la información

**RES01824** - Conocimiento: cuidados de la enfermedad

**IND06530** - Descripción del régimen terapéutico

**INTO5602** - Enseñanza: Proceso de enfermedad

**ACT12884** - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de la enfermedad específico

**ACT42641** - Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, si procede

**INTO7370** - Planificación del alta

**ACT15466** - Formular un plan de mantenimiento para el seguimiento posterior al alta

**ACT24077** - Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.

### **DRE00074 – AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO**

**FRE15062** - Prolongación de la enfermedad o progresión de la incapacidad que agota la capacidad de apoyo de la persona de referencia.

**RES02208** - Factores estresantes del cuidador familiar

**IND10010** - factores estresantes referidos por el cuidador

**INT07040** - Apoyo al cuidador principal

**ACT09370** - Determinar el nivel de conocimientos del cuidador

**ACT12562** - Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.

Proporcionar la información necesaria acerca del proceso de la enfermedad y tratamiento

Enseñarle estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para mantener la propia salud física y mental.

**RES02202.-** Preparación del/de la cuidador/a familiar domiciliar/a.

02. Conocimiento del papel de cuidador/a principal

05. Conocimiento del proceso de enfermedad

06. Conocimiento del régimen del tratamiento recomendado

**2205.-** Rendimiento del/de la cuidador/a principal: cuidados directo.

05. Adhesión al plan de tratamiento

**2600.-** Afrontamiento de los problemas de la familia

19. La familia comparte responsabilidad en las tareas familiares

**00062.- RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE**

**FRI15066** - Problemas cognitivos del receptor de cuidados

**RES02508** – Bienestar del cuidador principal

**IND34015** – Satisfacción con el apoyo profesional

**INT07040** - Apoyo al cuidador principal

**ACT09370** - Determinar el nivel de conocimientos del cuidador

**ACT00941** - Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo

**ACT24338** - Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios

**INT7370** - Planificación del alta.

**ACT15466** – Formular un plan de mantenimiento para el seguimiento Posterior al alta.

**ACT24077** – Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades Necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para Poner en práctica después del alta.

**00078 MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPEÚTICO**

**RES01813.-** Conocimiento: régimen terapéutico

09. Descripción de los procedimientos prescritos

16. Descripción de los beneficios del tratamiento

**1806.-** Conocimientos: recursos sanitarios

01.Descripción de los recursos que aumentan la salud

**INT05602.-** Enseñanza: proceso de enfermedad

Evaluar el nivel actual de conocimientos de la persona afectada relacionado con el proceso de enfermedad

Comentarle los cambios en el estado de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones

Instruirle sobre los signos y síntomas de los que debe informar

**4360.-** Modificación de la conducta

Ayudarle a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse, en términos positivos.

**4410.-** Establecimiento de objetivos comunes

Ayudarle a fijar límites temporales realistas



### **00069 AFRONTAMIENTO INEFECTIVO (INDIVIDUAL)**

**RES01501.-** Ejecución del rol

07. Descripción de los cambios conceptuales con la enfermedad o incapacidad

**1205.-** Autoestima

09. Mantenimiento del cuidado y la higiene personal

**INT05230.-** Aumentar el afrontamiento.

Identificar el impacto de la situación vital de la persona afectada en su rol habitual y relaciones

Valorar su capacidad para tomar decisiones

**5400.-** Protección de la autoestima

Animarle a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades

Ayudarle a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo

**5230.-** Aumentar el afrontamiento

Favorecer la comprensión del proceso de la enfermedad

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 aceptar la dependencia de otros, si procede.

### **00102 DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS**

**RES00300.-** Autocuidados: Actividades de la vida diaria (AVD)

**INT01800.-** Ayuda al autocuidados

Valorar la necesidad de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, el aseo y alimentación

Ayudarle a realizar las AVD ajustadas al nivel de capacidad

Enseñar a la familia a fomentar la independencia de la persona afectada

### **CPO00250 - DOLOR**

**RES02102 -** Nivel del dolor

**IND06743 -** Dolor referido

**INT01400 -** Manejo del dolor

**ACT48196 -** Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición /duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

- ACT51080** – Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas y no farmacológicas e interpersonales) que facilite el alivio del dolor, si procede
- ACT12914** – Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.

### **CPO00365 – ALTERACIÓN DE LA GLUCEMIA**

**RES02300** - Nivel de glucemia

**IND04199** - Concentración sanguínea de glucosa

**INT02120** - Manejo de la hiperglucemia.

**ACT60281** - Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado.

**ACT39420** - Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia

**INT02130** - Manejo de la hipoglucemia.

**ACT60281** - Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado.

**ACT09710** - Determinar signos y síntomas de hipoglucemia

**ACT00210** - Administrar hidratos de carbono simple, si está indicado.

### **INTERVENCIONES NO ASOCIADAS A DIAGNÓSTICOS**

**INT06680** – Monitorización de signos vitales

**ACT07054** – Control periódico de TA, pulso, temperatura, estado respiratorio si procede.

**ACT24029** – Identificar causas posibles de los cambios en las constantes vitales

**INT02300** – Administración de medicación

**ACT51038** – Seguir los cinco puntos de administración de medicación.

**INT. 7370.** Planificación del alta.

## CONCLUSIONES

- La importante transformación que está sufriendo la estructura de la población en las últimas décadas, exige un nuevo rumbo en el abordaje de la cronicidad. La pluripatología, la cronicidad y la polimedicación requieren de una actuación multidisciplinar, integradora y centrada en el paciente y en la comunidad.
- La atención a los pacientes crónicos exige una reorientación del modelo tradicional que se basa en la curación, hacia un nuevo modelo dirigido al “cuidar” de los pacientes crónicos.
- La atención al paciente pluripatológico requiere una asistencia sanitaria integral, coordinando a los profesionales, servicios y centros, a lo largo del tiempo y en el marco del actual Sistema Sanitario Público.
- En la práctica de cada día, se cuida a los pacientes en base al juicio clínico de la enfermera que lo valora y atiende y la asignación de intervenciones.
- En los resultados, con el nuevo plan, se observa la concordancia entre la detección de problemas y de intervenciones en cuidados, para la solución de los problemas, en los que destacan como más frecuentes las agrupadas en los campos fisiológicos y de apoyo o compensación.
- Destaca las intervenciones de ayuda a los autocuidados, las relacionadas con la enseñanza del paciente/familiar, la prevención y detección de problemas, y la disminución del dolor y la ansiedad,
- Son muy importantes las intervenciones relacionadas, con la prevención de riesgos como prevención de caídas o prevención de úlceras por presión, o desnutrición, derivadas del alto índice de edad y la limitación funcional, que presentan la mayoría de éstos pacientes, y que le hacen presentar alta dependencia general.
- También aparecen como apoyo, las intervenciones relacionadas con los cuidadores, como apoyo emocional y asesoramiento, entrenamiento, para promover el seguimiento por parte de las enfermeras de atención primaria y el ámbito socio-sanitario,
- El plan de cuidados ha de estar orientado hacia intervenciones efectivas y eficaces que sirvan para prevenir el deterioro progresivo provocado por las enfermedades crónicas, prevenir complicaciones y evitar sufrimiento prolongado.



## **BIBLIOGRAFIA**

1. (1)Proyección de la Población de España 20142064. Dic.2015  
[www.ine.es/prensa/np870.pdf](http://www.ine.es/prensa/np870.pdf).
2. Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2009. Ministerio de sanidad y política social.
3. Estrategia de atención a los pacientes crónicos: Proceso de Atención Integrada a Pacientes Crónicos Pluripatológicos Complejos. (PCPPP). (Sacyl 2014.)
4. Plan de Cuidados Enfermeros por Procesos Asistenciales. Complejo hospitalario de Toledo. Servicio de salud de castilla- La Mancha (pg.: 3-17).
5. González Álvarez MA, Quinteiro Dopazo MT, del Castillo Arévalo F, Cao Fernández A, Fernández González E, Álvarez Alonso ME. Hacia un nuevo modelo de atención en los cuidados del paciente pluripatológico. Punto de vista de las enfermeras de Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 2014 Ago ; 2 (3): 36-42.
6. M (Coord.), Álvarez M, Barón B y cols. Proceso asistencial integrado. Atención a pacientes pluripatológicos. 2ª Edición. Consejería de Salud. Andalucía. 2007. [http://mps1.minproteccion-social.gov.co/evtmedica/linea\\_14/2.3\\_pacientes.html\\_-\\_ftnref1#\\_ftnref1](http://mps1.minproteccion-social.gov.co/evtmedica/linea_14/2.3_pacientes.html_-_ftnref1#_ftnref1).
7. Mosquera Álvarez R, Domínguez González N, Lado Lema E, Monteagudo Romero J.: La visión en Galicia sobre la asistencia al paciente crónico y pluripatológico del hospital al sistema sanitario del futuro: Estrategia SERGAS 2014. Galicia Clin 2012; 73 (Supl.1): S42-S47.
8. Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. GEROKOMOS 2011; 22 (4): 152-161.
9. Metodología enfermera: el proceso enfermero. Módulo 3. Curso de prescripción enfermera. Consejo General de Enfermería, y Escuela de Ciencias de la salud. Organización Colegial de Enfermería.2011.
10. María Teresa Luis Rodrigo, Carmen Fernández Ferrín, María Victoria Navarro Gómez, De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, editorial Elsevier Masson, España, 2005, ISBN 8445814885 y 9788445814888 (consultar 'Capítulo 1 - Proceso enfermero' en texto en línea).
11. Rosalinda Alfaro-LeFevre. Aplicación del Proceso enfermero, 4ºth ed. : Springer-Verlag Ibérica.
12. Arribas Cachá A.A, Aréjula Torres J.L, et al. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. FUDEN. Observatorio de metodología enfermera. Madrid. 2006. 84-89174-96-2.
13. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid; Ed. Harcourt.
14. Gloria M. Bulechek et all.: Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier Health Sciences, 27 dic. 2013.
15. Sue Moorhead, Marion Johnson: Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier Health Sciences, 19 feb. 2009.
16. Gloria M. Bulechek, Marion Johnson, Meridean L. Maas, Ph.D., Joanne McCloskey Dochterman. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Elsevier, 2006.
17. Conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Real

- Decreto 1093/2010, de 3 de Septiembre. Boletín Oficial del Estado, número 225. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>.
18. Unidad de Planes de Cuidados. Dirección de Enfermería: Guía Validación de los Planes de Cuidados Estandarizados. Proceso de validación teórica y clínica. Hospital General Universitario de Alicante. 01/10/2010.
  19. Zambrana García J.L, Velasco Malagón M.J, Díez García F., Cruz Caparrós G., Martín Escalante M.D, Adarraga Cansino M.D. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en los servicios de Medicina Interna. Rev. Clin. Esp. 2005;205(9):413-7.
  20. García-Morillo J. S, Bernabéu Wittel M., Ollero Baturone M, González de la Puente M. A, Cuello-Contreras J. A. Factores de riesgo asociados a la mortalidad y al deterioro funcional a la insuficiencia cardiaca del paciente pluripatológico. Rev. Clin. Esp. 2007; 207:1-5.
  21. Curso Revisiones Sistemáticas.Unidad de Investigación en Cuidados de Salud Investénisciii (Sevilla 5 - 9 de Octubre 2015.)
  22. Plataforma: NNNConsult herramienta de consulta de lenguaje estandarizado de diagnósticos Nanda International (NANDA), de resultados de la Nursing Outcomes Classification (NOC), y de intervenciones de la Nursing Interventions Classification (NIC) y los vínculos entre ellas. Elsevier. Biblioteca on line Sacyl profesionales.
  23. Programa de lectura crítica CASPe. Leyendo críticamente la evidencia clínica. Critical Appraisal Skills Programme Español. 2015.  
<http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>.
  24. Plan de Intervención Poblacional Gestión de Caso: Paciente Pluripatológico. Gestión de Enfermedad: Diabetes – EPOC - Insuficiencia Cardiaca. Protocolo de Intervención. Comarca Araba Hospital Universitario Araba.Red de Salud Mental Araba. Hospital de Leza. Área Integrada de Salud Araba. 6 Nov. 2012.)
  25. Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería al Alta. ICCAE. Comisión de Cuidados de Enfermería. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Junta de Andalucía.
  26. Montse Canalias: Nutrición en el paciente pluripatológico y frágil. Noviembre 2009.Clinic Corporación Sanitaria. Nov. 2009.
  27. Proceso Asistencial Pluripatológico. Unidad de Seguimiento y Desarrollo de Procesos asistenciales.<http://www.carloshaya.net/portal/procesos/pluripatologico/arquitecturapluripatologico.pdf>.
  28. Máximo Bernabeu-Wittel. El paciente pluripatológico hospitalizado. Unidad Clínica de Atención Médica Integral. H.H.U.U. Virgen del Rocío. Sevilla.
  29. B. Santos-Ramos1\*, M.J. Otero López2, M. Galván-Banqueri1, E.R. Alfaro-Lara1, M.D. Vega-Coca3, M.D. Nieto-Martín3 y M. Ollero-Baturone4.: Modelos de atención al paciente pluripatológico y el papel de la farmacia hospitalaria. Farm Hosp. 2012; 36(6):506-517.
  30. M<sup>a</sup> Pilar García-Abad Martínez: Enfermera gestora de casos: clave para la continuidad de cuidados. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master. 2 (1): 871-889, 2010 ISSN: 1989-5305.
  31. Iñigo Catalán Gil: La enfermera gestora de casos en la gestión de pacientes crónicos. Universidad Pública de Navarra. 2014.
  32. Gonzalo Duarte Clíments, et all: Recomendaciones para la Continuidad de Cuidados elaborado por el grupo de trabajo SAS-ASANEC.
  33. Dolores de Paz, et all: Continuidad de cuidados entre atención especializada y atención

- primaria. Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera. en el Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud Junta de Andalucía.
34. Guía de atención compartida al paciente pluripatológico. Comision de cuidados de area hospital infanta elena distrito huelva-costa distrito compiña-condado.
  35. Tapia-Valero Carmen; Novo-García Carmen; Hernández-Pedraza Raquel; Sánchez-Gómez María Begoña; Duarte-Clíments Gonzalo.: Las enfermeras mejoran la salud de los pacientes crónicos. Revisión sistemática. Centro de Salud de Carbonero el Mayor. Segovia. Sacyl. Junta de Castilla y León.
  36. Planes de Cuidados de Enfermería en Atención Especializada: Estandarización en Extremadura. Grupo de Trabajo de Enfermería en JARA Atención Sanitaria. Guía Práctica: SES N° 18. Mérida 2011.

**ANEXOS:**

 		
3. INDICE DE BARTHEL - ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA		
ACTIVIDADES	VALORACION	PUNTOS
Comer	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente	0
Deposiciones	Contínente	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinente	0
Micción	Contínente o capaz de cuidarse la sonda	10
	Ocasionalmente, máx. un episodio de incontinencia en 24 h, necesita ayuda para cuidar la sonda	5
	Incontinente	0
Usar el retrete	Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	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
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas, sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para subir y bajar escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión	5
	Dependiente	0
<b>Puntuación Total</b>		

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 I) \*Fuente: Proceso de atención al Paciente crónico Pluripatológico Complejo. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid. 2014. Pag.50.


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

ACTIVIDAD	VALORACION	PUNTOS
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
	Marca unos cuantos números bien conocidos	1
	Contesta el teléfono pero no marca	1
	No usa el teléfono	0
IR DE COMPRAS	Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
	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
	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 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
	No participa en ninguna tarea doméstica	0
LAVADO DE ROPA	Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
	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
	No viaja	0
RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
	Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas	0
	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
	Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.	1
	Incapaz de manejar el dinero	0
<b>Puntuación total</b>		

Máxima dependencia: 0 puntos  
Independencia total: 8 puntos

(ANEXO 2)\* Fuente: *Proceso de atención al Paciente crónico Pluripatológico Complejo. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid. 2014. Pag.51.*



5. 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	¿En qué año estamos?	1
	¿En qué estación del año estamos?	1
	¿En qué día de la semana estamos?	1
	¿Qué día (número) es hoy?	1
	¿En qué mes estamos?	1
	¿En qué provincia estamos?	1
	¿En qué país estamos?	1
	¿En qué pueblo o ciudad estamos?	1
	¿En qué lugar estamos en este momento?	1
¿Se trata de un piso o una planta baja?	1	
FIJACIÓN	Repita estas tres palabras: "peseta, caballo, manzana". <b>Un punto por cada respuesta correcta.</b>	1
	<b>Una vez puntuado</b> , si nos lo ha dicho bien, se le repetirán con un límite de seis intentos hasta que los aprenda. "Acuérdese de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato"	1
		1
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO		1
	Si tiene 30 pesetas y me dan 3 ¿cuántas le quedan? ¿Y si me da 3? <b>Hasta 5 restas. Un punto por cada resta correcta.</b>	1
		1
		1
		1
		1
MEMORIA	¿Recuerda los 3 objetos que le he dicho antes?. <b>Un punto por cada respuesta correcta.</b>	1
		1
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?	1
	Mostrar un reloj. ¿Qué es esto?	1
	Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros" ( <b>un punto si es correcta</b> )	1
	Ahora haga lo que le diga: "Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa" ( <b>1 punto por cada acción correcta</b> )	1
	Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos: "CIERRE LOS OJOS").	1
	Ahora escriba, por favor, una frase, la que quiera, en este papel (le da un papel y se le dice que no será correcto si escribe su nombre, se requiere una frase con sujeto, verbo y complemento)	1
	Copie este dibujo, anotando un punto si <b>cada pentágono tiene cinco lados y cinco ángulos y están entrelazados con dos puntos de contacto.</b>	1
		1
<b>TOTAL</b>		



La puntuación máxima es de 30 puntos:

- Sugiere deterioro cognitivo en  $\geq 65$  años:  $< 24$  puntos (24-29= borderline)
- Sugiere deterioro cognitivo en  $< 65$  años:  $< 28$  puntos

(ANEXO 3) \* Fuente: Proceso de atención al Paciente crónico Pluripatológico Complejo. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid. 2014. Pag.52.

6. ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG (versión adaptada al castellano por A. Lobo y cols.)		
<b>SUBESCALA DE ANSIEDAD</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?</li> <li>¿Ha estado muy preocupado por algo?</li> <li>¿Se ha sentido muy irritable?</li> <li>¿Ha tenido dificultad para relajarse?</li> </ul> <p><i>(Si hay 3 o más respuestas afirmativas continuar preguntando)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?</li> <li>¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?</li> <li>¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?</li> <li>¿Ha estado preocupado por su salud?</li> <li>¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?</li> </ul>	<p>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p>	<p>No</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p>
<b>TOTAL ansiedad (suma de respuestas afirmativas)</b>		
<b>SUBESCALA DE DEPRESIÓN</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Se ha sentido con poca energía?</li> <li>¿Ha perdido usted el interés por las cosas?</li> <li>¿Ha perdido la confianza en sí mismo?</li> <li>¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?</li> </ul> <p><i>(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Ha tenido dificultades para concentrarse?</li> <li>¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)</li> <li>¿Se ha estado despertando demasiado temprano?</li> <li>¿Se ha sentido usted enlentecido?</li> <li>¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?</li> </ul>	<p>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p> <p>Si</p>	<p>No</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p>
<b>TOTAL depresión (suma de respuestas afirmativas)</b>		
<p><b>Criterios de valoración:</b> 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.</p>		

(ANEXO 4) \* Fuente: Proceso de atención al Paciente crónico Pluripatológico Complejo. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid. 2014. Pag.53.

**7. VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR ESCALA GIJÓN**

	VALORACION	VALOR ASIGNADO A CADA OPCION	PUNTOS
<b>SITUACIÓN FAMILIAR</b>	Vive con la familia sin dependencia físico/psíquica	1	
	Vive con cónyuge de similar edad	2	
	Vive con familia y/o cónyuge con algún grado de dependencia	3	
	Vive solo y tiene hijos próximos	4	
	Vive solo y carece de hijos o viven lejos	5	
<b>SITUACIÓN ECONÓMICA</b>	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	
	Pensión no contributiva (PNC), LISMI o FAS	4	
	Menos del apartado anterior	5	
<b>VIVIENDA</b>	Adecuada a necesidades	1	
	Barreras arquitectónicas en vivienda o portal	2	
	Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado	3	
	Ausencia de ascensor/teléfono	4	
	Vivienda inadecuada	5	
<b>RELACIONES SOCIALES</b>	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	
<b>APOYOS DE LA RED SOCIAL</b>	Con apoyo familiar o vecinal	1	
	Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2	
	No tiene apoyo	3	
	Pendiente de residencia geriátrica	4	
	Tiene cuidados permanentes	5	
<b>TOTAL</b>			

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 5) \* Fuente: Proceso de atención al Paciente crónico Pluripatológico Complejo. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid. 2014. Pag.54.

	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 avergonzada/o por el comportamiento de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Se siente irritada/o cuando está 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 agotada/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 insegura/o 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 sobrecargada/o al tener que cuidar de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
<b>TOTAL</b>					

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

(ANEXO 6) \* Fuente: Proceso de atención al Paciente crónico Pluripatológico Complejo. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Valladolid. 2014. Pag.55.

**Autores:**

**GRUPO de EBE (ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA).CAUSA.**

1. Emilia Ruiz Antúnez (Autora/coordinadora)  
([emruiza@saludcastillayleon.es](mailto:emruiza@saludcastillayleon.es); [eruizan@gmail.com](mailto:eruizan@gmail.com); [eruizan@usal.es](mailto:eruizan@usal.es))
2. Apolonia Poyo Poyo ([apoyo@saludcastillayleon.es](mailto:apoyo@saludcastillayleon.es))
3. M<sup>a</sup> Paulina Pérez Yuste ([papeyu@gmail.com](mailto:papeyu@gmail.com))
4. M<sup>a</sup> Luz García Prieto ([maryluzhds@hotmail.com](mailto:maryluzhds@hotmail.com))