



**Universidad
Zaragoza**

**Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca**

Trabajo Fin de Grado

Revisión bibliográfica: Aspectos imprescindibles de
la visita domiciliaria enfermera a los pacientes
inmovilizados.

Autor

Chesús Lanaspá López

Directora

María Orduna Navas

Curso académico 2020/2021

Dorothea Orem: "los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismos o en su entorno. Pero puede darse una situación en la que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda, que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería" ¹.

Teoría del Déficit de Autocuidado.

ÍNDICE

1. RESUMEN	5
2. ABSTRACT	7
3. PALABRAS CLAVE	9
4. INTRODUCCIÓN	9
5. JUSTIFICACIÓN	11
6. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
7. METODOLOGÍA	12
8. DESARROLLO	15
8.1 EDUCACIÓN SANITARIA	15
8.1.1 PREVENCIÓN DE LESIONES DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	15
8.1.2 HIGIENE Y ASEO	18
8.1.3 CAMBIOS POSTURALES E HIDRATACION DE LA PIEL	19
8.1.4 NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	21
8.2 DEPENDENCIA	22
8.2.1 DEFINICIÓN	22
8.2.2 GRADOS DE DEPENDENCIA.....	23
8.3 ESCALAS	25
8.3.1 VALORACIÓN DEL PACIENTE	25
8.3.2 ÍNDICE DE BARTHEL.....	25
8.3.3 CUESTIONARIO DE ZARIT.....	26
8.3.4 ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY	27
8.3.5 CUESTIONARIO DE PFEIFFER	27

8.4 CANSANCIO CUIDADOR	28
8.4.1 PERFIL DEL CUIDADOR.....	28
8.4.2 LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR.....	29
8.4.3 FACTORES PRONÓSTICO DE LA SOBRECARGA	30
8.5 PRESTACIONES ECONÓMICAS Y OTRAS AYUDAS	31
8.5.1 SAAD	31
8.5.2 PRESTACIONES ECONÓMICAS	31
8.5.3 AYUDAS TÉCNICAS.....	33
TELEASISTENCIA.....	33
8.5.4 PRESTACIONES Y BENEFICIARIOS EN ARAGÓN	33
9. DISCUSIÓN	35
10. CONCLUSIÓN.....	36
11. BIBLIOGRAFÍA	37
12. ANEXOS.....	41
ANEXO I: ESCALA NORTON MODIFICADA.....	41
ANEXO II: ÍNDICE DE BARTHEL.....	42
ANEXO III: CUESTIONARIO DE ZARIT	43
ANEXO IV: ÍNDICE DE LAWTON AND BRODY.....	44
ANEXO V: CUESTIONARIO DE PFEIFFER.....	45

1.RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La atención domiciliaria va dirigida a aquellas personas que no pueden desplazarse a un centro sanitario generalmente por impedimentos físicos. Este grupo de personas está formado tanto por pacientes inmovilizados (personas que pasan la mayor parte del tiempo en la cama, con dificultad para desplazarse), como por pacientes dependientes (presentan la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana). Ambos conceptos (inmovilidad y dependencia), pueden ir de la mano, pero no necesariamente siempre. Por todo ello, se van a desarrollar en este trabajo la educación sanitaria, los cuidados y la valoración que ofrece la enfermera a estos pacientes en su domicilio.

JUSTIFICACIÓN: La rotación como estudiante de enfermería por Atención Primaria despertó mi interés por la visita domiciliaria y es por eso que he querido descubrir y dar a conocer la labor de enfermería en este servicio.

OBJETIVO PRINCIPAL: Desarrollar los aspectos principales de la labor enfermera en la visita domiciliaria, ofrecida al paciente inmovilizado y su cuidador.

METODOLOGÍA: Previo al desarrollo del trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, repositorios y páginas web. Las palabras clave se combinaron en todos los casos con el operador booleano AND, y se establecieron criterios de inclusión (artículos en castellano, antigüedad menor de 10 años y acceso libre al texto completo) y exclusión (artículos en inglés y acceso a la síntesis).

DESARROLLO: La educación sanitaria es una herramienta imprescindible pero infrutilizada en enfermería. Con ella se debe formar al paciente inmovilizado y al cuidador en la prevención de lesiones de la integridad cutánea, en la correcta nutrición e hidratación, así como en la higiene y aseo del paciente. Mediante la valoración enfermera se evaluará al paciente en diferentes áreas (riesgo de desarrollar úlceras por presión, realización de actividades de la vida diaria y actividades instrumentales, función cognitiva, o el cansancio del cuidador) de esta manera se pueden asignar los grados de dependencia, y en función de estos, podrán acceder a una serie de

prestaciones. Estas ayudas que ofrece el estado para solventar los problemas derivados de su situación, las dará a conocer la enfermera, así como otros servicios que puedan facilitar tanto la vida del paciente como la del cuidador.

DISCUSIÓN: En la búsqueda de información para desarrollar el trabajo ha surgido la discordancia de términos entre el castellano y el inglés por lo que se han utilizado únicamente artículos en castellano. Además, la mayor parte de los artículos hablan de pacientes de edad avanzada y hay que aclarar que los pacientes inmovilizados incluyen a personas de todas las edades, aunque la mayor parte sea población adulta. Por último, destacar que todos los autores hablan de la importancia de la visita domiciliaria en los pacientes como en los cuidadores, mejorando la calidad de vida de los primeros y empoderando a los segundos en el desempeño de su labor.

CONCLUSIÓN: La labor de enfermería en la atención domiciliaria del paciente inmovilizado es un eslabón fundamental e insustituible, que logra un cuidado integral de los pacientes y sus cuidadores. Se debe dar a conocer ante la población, ya que es un trabajo desconocido, y lograr así una optimización de las condiciones laborales de las enfermeras para poder desarrollar mejor su trabajo, beneficiando por consiguiente a los pacientes que la precisan.

2.ABSTRACT

INTRODUCTION: Home care is aimed at those people who are unable to travel to a clinic, generally due to physical impediments. This group of people consists of both, immobile patients (people who spend most of their time in bed, with difficulties in moving around) and dependent patients (who need significant help or assistance for activities of daily living). Both concepts (immobility and dependence) can go hand in hand, but not necessarily. For all these reasons, health education, care and assessment offered by the nurse to these patients at home will be developed in this work.

JUSTIFICATION: My rotation as a student nurse in Primary Care awakened my interest in home visits and that is why I wanted to discover and make the work of nurses known in this service.

MAIN OBJECTIVE: To develop the main aspects of nursing work in the home visit, offered to the immobilized patient and his/her caretaker.

METHODOLOGY: Prior to the development of the work, a bibliographic search was carried out in different databases, repositories and websites. The keywords were combined in all cases with the Boolean operator AND, and criteria for inclusion (articles in Spanish, less than 10 years old and free access to the full text) and exclusion (articles in English and access to the synthesis) were established.

DEVELOPMENT: Health education is an essential but an underused tool in nursing. It should be used to train the immobilized patient and the caretaker in the prevention of damage to skin integrity, in correct nutrition and hydration, as well as in the patient's hygiene and cleanliness. The nursing assessment will evaluate the patient in different areas (risk of developing pressure ulcers, carrying out activities of daily living and instrumental activities, cognitive function, or caretaker fatigue) in this way the degrees of dependency can be assigned, and depending on these, they will be able to access a series of benefits. These aids offered by the state to solve the problems derived from their situation will be made known by the nurse, as well as other services that can facilitate both the life of the patient and that of the caretaker.

DISCUSSION: In the search for information to carry out the study, there was a discordance of terms between Spanish and English, so only articles in Spanish were used. In addition, most of the articles refer to elderly patients and it should be clarified that immobilized patients include people of all ages, although most of them are adults. Finally, it should be noted that all the authors mention the importance of home visits for both patients and caretakers, improving the quality of life of the former and empowering the latter in the performance of their work.

CONCLUSION: The work of nurses in the home care of the immobilized patient is a fundamental and irreplaceable link, which achieves comprehensive care for patients and their caretakers. It should be made known to the population, as it is an unknown job, and thus achieve an optimization of the working conditions of nurses to be able to carry out their work better, thus benefiting the patients who need it.

3.PALABRAS CLAVE

Paciente inmovilizado, atención domiciliaria, enfermería, cuidado, deterioro, integridad cutánea, úlceras por presión, dependencia, escalas, valoración, cansancio y cuidador.

4.INTRODUCCIÓN

Como punto de partida de esta revisión bibliográfica, se quiere definir el término "Atención Domiciliaria (AD)", que hace referencia a un servicio mediante el que se provee asistencia continuada para la resolución domiciliaria de problemas de salud que no requieren hospitalización, y que está dirigida a personas que no se pueden desplazar a un centro sanitario por impedimentos generalmente de carácter físico, con el fin de potenciar su autonomía y mejorar la calidad de vida ^{2,3}.

No es hasta mediados del siglo XX, cuando el nivel de asistencia primaria empezó a ofrecer cuidados a domicilio. En 1970 se establecieron los Servicios de Asistencia al Anciano y, al año siguiente, se implantó el primer Plan Gerontológico Nacional. Con la Constitución de 1978, el Estado se convierte en el garante de la salud y el bienestar de la población y ya, con el Real Decreto de Estructuras Básicas, se incorpora de forma clara la AD como un elemento del sistema socio-sanitario ⁴.

Para este servicio, se precisa de una enfermería altamente cualificada, polivalente y entregada, a la que la población identifique como una fuente de cuidados. Se necesitan profesionales con amplias competencias tanto clínicas como asistenciales, con gran autonomía para desarrollar su trabajo, que realicen un seguimiento continuo de los problemas de salud de sus pacientes, en el ámbito familiar y de la comunidad ⁵.

Dos definiciones son claves en el desarrollo de este trabajo. Por un lado, el "paciente inmovilizado", que según el Gobierno de Aragón hace referencia a la persona que pasa la mayor parte de su tiempo en la cama (solo puede

abandonarla con ayuda de otras personas), que presenta dificultad importante para desplazarse (les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales), independientemente de las causas, y cuando el tiempo previsible de duración es superior a los dos meses ⁶.

Por otro lado se define la "dependencia" según el Consejo de Europa como "la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana", lo que se entiende como, "un estado en el que se encuentran las personas, que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes, a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal" ⁷.

Es por eso, que se llega a la conclusión de que todo paciente inmovilizado es dependiente para las actividades de la vida cotidiana (alimentación, vestido, higiene, movilizaciones...), pero, por el contrario, no todos los pacientes dependientes se encuentran inmovilizados, ya que no todas las pérdidas de autonomía que se puedan sufrir, son físicas.

En cuanto a la situación actual de los pacientes inmovilizados, el 66,9% son grandes dependientes y la mayoría de los cuidadores informales son mujeres (83,1%), con una edad media de 57,7 años. Sólo el 6,5% de los cuidados a dependientes son realizados por profesionales, recayendo la mayor parte del resto en el "cuidador informal". El número medio de visitas al mes por enfermería es 2,1, siendo superior en pacientes con úlceras o diversas patologías. Además, el 65,6% de los pacientes inmovilizados reciben prestación económica por dependencia, aunque solo el 19,4% recibe ayudas directas en el cuidado, el resto son ayudas indirectas ⁸.

Por último, para clasificar y evaluar a los pacientes y cuidadores, que precisan AD, hay una serie de escalas que se deben aplicar, ya que son un medio rápido de acercamiento a la evaluación global del paciente domiciliario. Entre otros parámetros, se valorará en el paciente inmovilizado: la dependencia total, la dependencia o independencia en las actividades instrumentales y la función cognitiva. Así como la sobrecarga del cuidador, cuando la dependencia sea total ^{9,10}.

5.JUSTIFICACIÓN

Cuando conocí la labor de la enfermera de AP en la visita domiciliaria, entré en un mundo que desconocía, donde los cuidados enfermeros se mezclan con otras ramas de la salud, colaborando de manera interdisciplinar para lograr el mayor beneficio del paciente al que se atiende.

Uno de los grupos mayoritarios que reciben estos cuidados en el domicilio, es el de los pacientes inmovilizados que dependiendo de la situación individual tienen un mayor o menor grado de dependencia, pero todos se benefician por igual de la visita domiciliaria, que mejora tanto la calidad de vida propia como la común, ya que estos pacientes necesitan a su alrededor a cuidadores para poder desarrollarse y vivir en unas condiciones adecuadas.

Es por eso que he elegido este tema, para dar a conocer la situación de estas personas y las actividades enfermeras que se llevan a cabo desde AP en beneficio de los inmovilizados.

6.OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo general: desarrollar los aspectos principales de la labor enfermera en la visita domiciliaria, ofrecida al paciente inmovilizado y su cuidador.

Objetivos específicos:

- Ofrecer educación sanitaria sobre la prevención de lesiones de la integridad cutánea, la higiene, el aseo, la nutrición y la hidratación del paciente inmovilizado.
- Determinar el grado de dependencia y sus consecuencias en el paciente inmovilizado.
- Valorar la situación del paciente y cuidador mediante escalas.
- Informar en la solicitud de ayudas tanto económicas como materiales.

7.METODOLOGÍA

De forma previa a la realización de esta revisión bibliográfica, se ha llevado a cabo una búsqueda de información contrastada en la que se han utilizado las bases de datos: Dialnet, Science Direct, y SciELO. Así como los repositorios RUIdeRA (Repositorio Universitario Institucional de Recursos Abiertos de la Universidad de Castilla-La Mancha), TDX (Tesis Doctorals en Xarxa de Catalunya) y UCREA (Repositorio Abierto de la Universidad de Cantabria). Por último, también se han empleado las páginas web del Gobierno de Aragón, Las Cortes de Aragón, El ministerio de Sanidad y Consumo, el IMSERSO y el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). Por otro lado, se han utilizado las escalas de valoración del OMI-AP, facilitadas por la directora del trabajo.

Para ello, se utilizaron las palabras clave combinadas con el operador booleano "AND", mediante los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSC): *paciente inmovilizado, atención domiciliaria, enfermería, cuidado, deterioro, integridad cutánea, úlceras por presión, dependencia, escalas, valoración, cansancio y cuidador*. Se excluyen los operadores booleanos "OR" y "NOT", por la dificultad a la hora de encontrar información relativa al tema, ya que aparecían artículos poco actualizados.

Para la búsqueda y selección de los artículos deseados se han establecido unos criterios de inclusión y exclusión. Como criterios de inclusión se especifica que sean artículos en castellano con una antigüedad que no supere los 10 años (a excepción de 3 artículos fundamentales para el trabajo), y que presenten acceso libre al artículo completo. Se han excluido los documentos en inglés por la ambigüedad de términos respecto al castellano y aquellos a los que solo se pudo acceder a la síntesis.

BASES DE DATOS UTILIZADAS	PALABRAS CLAVE Y OPERADORES BOOLENAOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
DIALNET	Paciente inmovilizado AND enfermería	35	1 ²
	Atención domiciliaria AND enfermería	288	1 ⁴
	Enfermería AND deterioro integridad cutánea	387	1 ¹²
	Escalas AND valoración funcional	642	2 ^{18,19}
Science Direct	Cuidados domiciliarios AND enfermería	542	1 ⁵
	Atención domiciliaria AND inmovilizado	88	1 ⁸
SciELO	Cansancio cuidador AND inmovilizado	1	1 ⁷
	Valoración AND dependencia	145	1 ¹⁷
	Teoría déficit autocuidado AND Dorothea Orem	11	1 ¹¹

REPOSITARIOS UTILIZADOS	PALABRAS CLAVE Y OPERADORES BOOLENAOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
TDX	Atención domiciliaria AND valoración AND enfermería	5578	1 ³
RUIdeRA	Atención domiciliaria AND inmovilizados	7	1 ¹³
UCrea	Cuidado úlceras AND por presión	141	1 ¹⁴

PÁGINAS WEB UTILIZADAS	INFORMACIÓN BUSCADA	ARTÍCULOS UTILIZADOS
CORTES DE ARAGÓN	Dependencia en Aragón	1 ¹⁵
GOBIERNO DE ARAGÓN	Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados	1 ⁶
	Estadísticas sobre la dependencia en Aragón	1 ^{16,24}
	Dependencia y prestaciones económicas	1 ²¹
	Servicios sociales y teleasistencia	1 ²³
IMERSO	El SAAD	1 ²⁰
	Prestaciones económicas	1 ²²
CGCOM	Atención domiciliaria	1 ⁹

8.DESARROLLO

8.1 EDUCACIÓN SANITARIA

La educación para la salud (EpS), es una herramienta imprescindible en el cuidado de los pacientes con patologías crónicas, pero se encuentra infradesarrollada, por considerarse una pérdida de tiempo, cuando en realidad constituye un derecho y como tal, aparece recogido en la declaración de Alma-Ata (1978) dentro del programa "Salud para todos en el año 2000", en la carta de Ottawa, dentro de la Conferencia Internacional para la promoción de la Salud (1986) y también en la Constitución Española o en la Ley General de Sanidad.

La EpS constituye una verdadera inversión, que deriva frecuentemente en una menor necesidad de cuidados por parte de los pacientes y en una mayor autonomía tanto de los pacientes, como de los cuidadores, con lo cual finalmente da lugar a una disminución de la frecuencia y necesidad de intervenciones profesionales, pero sobre todo se refleja en la mejora de la calidad de vida de los que la reciben ¹¹.

8.1.1 PREVENCIÓN DE LESIONES DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

Personas que deben recibir EpS dentro del proceso de atención de pacientes con heridas, ver **TABLA I** ¹¹.

TABLA I: PERSONAS QUE DEBEN RECIBIR EPS

PERSONAS QUE DEBEN RECIBIR EPS
Individuos o grupos de población con riesgo de presentar heridas o que ya las han presentado (pacientes inmovilizados).
Cuidadores o grupo de cuidadores, formales o informales de personas dependientes y enfermos.
Población que su entorno laboral esté relacionado con la prevención y tratamiento de heridas.
Redes sociales de la comunidad (asociaciones vecinales, de enfermos, etc.).
Familiares de pacientes con riesgo o con heridas instauradas.
Personal de administración y cargos públicos relacionados con la salud, trabajo y educación social.
El equipo de salud.

Fuente: Elaboración propia

En la **RELACIÓN I**, se describen los principales factores de riesgo tanto extrínsecos (actúan directamente sobre la piel), como intrínsecos (pueden llegar a inmovilizar al paciente en la cama o sillón). Por otro lado, la desnutrición, los edemas y los psicofármacos pueden actuar como factores precipitantes. El instrumento más utilizado en la detección de pacientes con riesgo de úlceras por presión (UPP) es la escala de Norton; puntuaciones de 12 o inferiores indican un riesgo elevado de UPP, ver **ANEXO I** ⁸.

RELACIÓN I: FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS E INTRÍNSECOS



Fuente: Elaboración propia

Se debe tener en cuenta que el sistema sanitario solo consigue cubrir a través de los profesionales, el 12% del tiempo total de dedicación y cuidados de salud que precisan los pacientes, el 88% restante está cubierto por los cuidadores y familiares, fundamentalmente en el ámbito domiciliario. Es por ello, que se debe formar en este caso, al cuidador del paciente inmovilizado en el correcto cuidado de la piel, para prevenir la aparición de lesiones, empoderándolo así en el desarrollo de su labor y consiguiendo que sus inseguridades, miedos y dudas desaparezcan ¹¹.

8.1.2 HIGIENE Y ASEO

Existe una serie de recomendaciones a la hora de realizar la higiene y el aseo del paciente, para evitar posibles lesiones cutáneas, ver **TABLA II** ¹².

TABLA II: RECOMENDACIONES PARA EL ASEO E HIGIENE

RECOMENDACIONES PARA EL ASEO E HIGIENE	
1	Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por: la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
2	Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad.
3	Evitar el agua caliente ya que a veces está disminuida la sensibilidad térmica y pueden producirse quemaduras.
4	Utilizar un jabón suave (pH neutro) para el baño.
5	Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
6	Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida al hacer la higiene.
7	Secar la piel con toallas suaves a pequeños golpes, evitando el arrastre.

Fuente: Elaboración propia

Concluir que la humedad hasta hace poco, se consideraba una fuerza más que provocaba la aparición de estas lesiones de manera directa y no como factor coadyuvante. Ahora, se considera la humedad como un factor de riesgo de la aparición de las UPP, pero es importante diferenciar una lesión por presión de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH). Estas últimas, se dan principalmente, en la zona perianal perigenital, pliegues cutáneos y zonas periestomales ¹³.

8.1.3 CAMBIOS POSTURALES E HIDRATACION DE LA PIEL

A continuación, se presenta la **TABLA III** con algunas de las actividades recomendadas, en el marco de la hidratación de la piel y los cambios posturales, para el cuidado del paciente inmovilizado, logrando evitar las lesiones de la integridad cutánea ¹².

TABLA III: ACTIVIDADES PARA EL CUIDADO DE LA PIEL

ACTIVIDADES PARA EL CUIDADO DE LA PIEL	
8	Cambios posturales cada 2-3 horas en encamados siguiendo una rotación programada e individualizada.
9	Cambios posturales durante la noche cada 4 horas.
10	Secuencia de cambio recomendada: DS-DLD-DLI-DS.
11	Darse la vuelta con cuidado (p. ej., evitar el cizallamiento) para evitar lesiones en una piel frágil.
12	Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.
13	Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
14	Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
15	Utilizar camas y colchones especiales, según corresponda (colchones dinámicos, almohadas viscoelásticas...).
16	Utilizar barandillas u otros medios disponibles para evitar caídas.
17	Evitar mecanismos de tipo flotador para la zona sacra.
18	Hidratar la piel seca intacta, para promover la oxigenación de los tejidos, recomendando los AGHO.
19	Vigilar las fuentes de presión y de fricción a las que se ve sometido el paciente.
20	Aplicar protectores para los codos y los talones, según corresponda.
21	Proporcionar con frecuencia pequeños cambios de la carga corporal.

22	Instalar un trapecio para ayudar al paciente a desplazar el peso con frecuencia.
23	Controlar la movilidad y la actividad del paciente.
24	Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel, según corresponda.
25	Tener especial atención en zonas donde ha habido lesiones previas (alto riesgo de recurrencia).
26	Elaborar un PAE que fomente y mejore la movilidad y actividad del paciente.
27	Utilizar dispositivos para movilizaciones (entremetida).
28	En periodos de sedestación, realizar movilizaciones horarias.
29	Si el paciente es autónomo que haga movilizaciones cada 15 minutos (cuando este sentado).
30	Cojín de asiento especial que redistribuya la presión al paciente sentado.
31	Mantener un alineamiento corporal, distribuyendo el peso y el equilibrio del paciente.
32	Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí y no apoyar al paciente sobre las lesiones
33	Identificar al cuidador principal y dejar registrado su capacidad de manejo frente a las UPP.
34	Medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo de UPP.
35	Apósitos de protección hidrocoloides y espumas de poliuretano para reducir posibles lesiones en las prominencias.
36	Dar prioridad al juicio clínico para planificar cuidados.

Fuente: Elaboración propia

8.1.4 NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Existe una estrecha relación entre un estado nutricional poco adecuado y el riesgo de desarrollar UPP. La evidencia explica de que la intervención nutricional en pacientes de riesgo de generar UPP es una intervención costo-efectiva. La nutrición debe de ser óptima en cada persona, según su estado general y sus preferencias, siendo abordado de manera interdisciplinar con otros profesionales, y asegurando un adecuado aporte nutricional e hídrico, ver **RELACIÓN II** ^{12,13}.

RELACIÓN II: ADECUADO APOORTE NUTRICIONAL E HÍDRICO



Fuente: Elaboración propia

8.2 DEPENDENCIA

8.2.1 DEFINICIÓN

La dependencia se define en el BOE como: "estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria"

La situación de dependencia del paciente se define con tres factores. En primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria; y, en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero ².

Por último, en la **RELACIÓN III**, se describe el perfil del paciente dependiente en Aragón ¹⁴.

RELACIÓN III: PERFIL PACIENTE DEPENDIENTE EN ARAGÓN



Fuente: Elaboración propia

8.2.2 GRADOS DE DEPENDENCIA

En la ley 39/2006 se concreta el baremo de la dependencia (BVD), y mediante el cual se establecen los grados y criterios de valoración del estado de autonomía de las personas y de su capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria. En la **TABLA III**, se reflejan los diferentes grados de dependencia y sus criterios de valoración ².

TABLA III: GRADOS DE DEPENDENCIA

GRADOS	NIVEL DE DEPENDENCIA	CRITERIOS DE VALORACIÓN
<i>GRADO I</i>	DEPENDENCIA MODERADA	Cuando necesita ayuda para realizar varias ABVD, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
<i>GRADO II</i>	DEPENDENCIA SEVERA	Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
<i>GRADO III</i>	GRAN DEPENDENCIA	Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se citan los últimos datos sobre la evolución mensual de personas beneficiarias con derecho a prestación según grado de dependencia, a fecha de febrero de 2021, ver **TABLA IV**¹⁵.

TABLA IV: BENEFICIARIOS Y DEPENDIENTES EN ARAGÓN

VARIABLE	UNIDADES
Nº PERSONAS BENEFICIARIAS CON DERECHO A PRESTACIÓN	36.061
Nº PERSONAS DEPENDIENTES GRADO I	12.017
Nº PERSONAS DEPENDIENTES GRADO II	13.613
Nº PERSONAS DEPENDIENTES GRADO III	10.421
Nº RESOLUCIONES DE DEPENDENCIA	44.425
% BENEFICIARIOS CON DERECHO A PRESTACIÓN SOBRE EL TOTAL DE RESOLUCIONES	81,17

Fuente: Elaboración propia

Nota: Las unidades hacen referencia al número de resoluciones y personas beneficiarias y porcentaje.

8.3 ESCALAS

8.3.1 VALORACIÓN DEL PACIENTE

En la planificación de cuidados del paciente inmovilizado, se necesita valorar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), las cuales son esenciales para el autocuidado, es decir, asearse, vestirse, usar el baño etc. También se debe valorar el nivel de consciencia del paciente al que se asiste, así como el cansancio y la situación del cuidador ¹⁶.

Las escalas de valoración, suponen una herramienta de gran importancia para una valoración universal y objetiva, fácilmente interpretable por diferentes personas para valorar la capacidad funcional del paciente, y de este modo incidir sobre aquellos aspectos más delicados o que mayor riesgo puedan suponer para la vida cotidiana de este grupo poblacional ¹⁷.

8.3.2 ÍNDICE DE BARTHEL

El índice de Barthel es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar las ABVD y cuantificarlas a través de su nivel de independencia. Se comenzó a aplicar en 1955 por Mahoney y Barthel en un hospital para enfermos crónicos de Maryland. Se define como una *"medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria"* ¹⁶.

Es la escala de mayor uso en AP en el momento actual y la más sensible para la medición de ABVD. Puntuaciones bajas presentan valor predictivo de deterioro funcional, institucionalización y mortalidad; mientras que valores elevados se correlacionan con un buen pronóstico rehabilitador ¹⁷.

Consta de diez ítems fundamentales de las ABVD. La puntuación de cada actividad es diferente, asignándose 0, 5, 10 o 15 puntos y la valoración total va desde los 0 (dependencia severa total) a 100 puntos (independencia). Como valores intermedios se establece: dependencia grave (puntuación

menor a 45 puntos), dependencia moderada (entre 45 y 60 puntos) y dependencia leve (mayor de 60 puntos), ver **ANEXO II**.

Es fácil de aplicar, aprender y de interpretar, con un tiempo medio para su realización de cinco minutos, su aplicación no causa problemas y es bien aceptada por los pacientes. Además, puede ser repetido periódicamente y es de fácil adaptación a diferentes ámbitos culturales ^{14,15}.

En cuanto a su validez, es un buen predictor de mortalidad, necesidad de institucionalización, utilización de servicios sociosanitarios (rehabilitación), mejoría funcional y del riesgo de caídas ¹⁸.

8.3.3 CUESTIONARIO DE ZARIT

Los pacientes dependientes moderados y severos, necesitan el apoyo de sus familias y/o cuidadores. Con la finalidad de evaluar a dichos cuidadores, se introduce el término de carga o sobrecarga del cuidador, siendo esta *“un estado psicológico de la combinación de problemas físicos, psicológicos o emocionales, sociales y financieros que se pueden experimentar al cuidar a los pacientes dependientes”*.

Es uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional para evaluar la sobrecarga de cuidadores. Consta de 22 preguntas con 5 opciones cada una (puntuando de 0-4), cuyos resultados se suman y dan un total comprendido entre los 22 y los 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en ausencia de sobrecarga, sobrecarga ligera o sobrecarga intensa, ver **ANEXO III**.

Fue adaptada y validada al español en 1996, siendo revalidada en el año 2010. Presenta fiabilidad y consistencia, además ha demostrado validez de apariencia, contenido y detección de patologías principalmente de salud mental. Su principal inconveniente es su extensión, por lo que en España se ha validado recientemente una forma abreviada (Escala de Zarit Abreviada-EZA), la cual consta de 7 preguntas tomadas de la escala original, con 5 puntos cada una ¹⁶.

8.3.4 ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY

Esta escala de origen estadounidense, es el instrumento de medición de ABVD instrumentales más usado en España e internacionalmente. Consiste en la evaluación de ocho actividades habituales: capacidad de usar el teléfono, ir de compras, cocinar, realizar cuidados domésticos, lavado de ropa, medios de transporte, toma de medicación habitual y manejo del dinero.

En dichas actividades se establecen diferentes matices con el objetivo de valorar diferentes grados de las mismas, (puntuando 0 o 1). La puntuación final oscilará entre 0 y 8 puntos, ver **ANEXO IV**.

Como aspecto negativo, destaca una característica propia de las actividades instrumentales, que van a estar influidas por diversos factores, ver **RELACIÓN IV**^{8,17}.

RELACIÓN IV: FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ÍNDICE DE L&B



Fuente: Elaboración propia

8.3.5 CUESTIONARIO DE PFEIFFER

Debido a su brevedad a la hora de realizarlo, en atención domiciliaria, se recomienda el uso del Test de Pfeiffer, o Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ): versión traducida al español, validado en 1975, que alcanza una sensibilidad del 68%, y una especificidad del 96%.

Consta de 10 ítems, es abreviado, de fácil ejecución y un instrumento útil para detectar el deterioro cognitivo en los pacientes, aunque su principal problema es que no detecta deterioros leves, ni cambios pequeños en la evolución, ver **ANEXO V**.

Es un test de detección del deterioro cognitivo, cuya aplicación es muy rápida (5 minutos), valora 4 parámetros: memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo. Se introduce una corrección según el nivel de escolarización del individuo (se permite un error de más si no ha recibido educación primaria, o un error de menos si ha recibido estudios superiores) ^{2,8}.

8.4 CANSANCIO CUIDADOR

8.4.1 PERFIL DEL CUIDADOR

El perfil más frecuente de la persona cuidadora principal en Aragón es el siguiente, ver **RELACIÓN V** ¹⁴.

RELACIÓN V: PERFIL DEL CUIDADOR EN ARAGÓN



Fuente: Elaboración propia

8.4.2 LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR

La sobrecarga del cuidador es uno de los conceptos más estudiados en el ámbito del cuidado a personas con dependencia, dado las consecuencias negativas que comporta en todas las personas implicadas, tanto cuidador principal, persona cuidada, como otras personas del entorno.

Las personas que asumen el cuidado de una persona con problemas de dependencia suelen experimentar graves problemas de salud física y mental, así como consecuencias negativas sobre su bienestar psicológico derivados del estrés que se genera cuando las demandas de atención exceden los recursos. Esta situación de malestar y estrés sobre el cuidador ha sido conceptualizada con el término general de carga.

En esta definición se pueden diferenciar dos componentes, la carga objetiva y la subjetiva, ver **TABLA V**².

TABLA V: CARGA OBJETIVA Y CARGA SUBJETIVA

CARGA OBJETIVA	CARGA SUBJETIVA
Corresponde a los cambios que debe realizar el cuidador en diversos ámbitos de la vida. Implica las repercusiones concretas sobre la vida del cuidador (el tiempo de cuidado, las tareas realizadas, el impacto del cuidado en el ámbito laboral, las limitaciones en la vida social y las restricciones en el tiempo libre).	Se refiere a los sentimientos, actitudes y reacciones emocionales frente a las demandas y desarrollo del cuidado, como por ejemplo un estado de ánimo desmoralizado, ansiedad y depresión.

Fuente: Elaboración propia

8.4.3 FACTORES PRONÓSTICO DE LA SOBRECARGA

En la **TABLA VI**, se describe una serie de variables que da lugar a un mayor riesgo de sobrecarga del cuidador informal por el deterioro que pueden representar para su salud, y por consiguiente para la calidad de vida del paciente.

También se establece que el nivel socioeconómico y la situación laboral están relacionados de forma significativa con la capacidad para continuar proporcionando los cuidados; y se ha demostrado que estas características son importantes para identificar a los cuidadores vulnerables ².

TABLA VI: VARIABLES ASOCIADAS AL PACIENTE Y AL CUIDADOR

VARIABLES ASOCIADAS AL PACIENTE	VARIABLES ASOCIADAS AL CUIDADOR
1. Nivel de dependencia	1. Género
2. Demencia	2. Edad
3. Complejidad de la patología del paciente	3. Parentesco
	4. El apoyo social
	5. La convivencia en el mismo domicilio
	6. Nivel de ingresos
	7. Capacidad y estrategias de afrontamiento

Fuente: Elaboración propia

8.5 PRESTACIONES ECONÓMICAS Y OTRAS AYUDAS

8.5.1 SAAD

Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD): Es el conjunto de servicios y prestaciones económicas destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia, a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados.

El SAAD logra la participación de las Administraciones Públicas, en materia de promoción de la autonomía personal y la atención y protección a las personas en situación de dependencia; optimiza los recursos públicos y privados disponibles, y contribuye a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos ¹⁹.

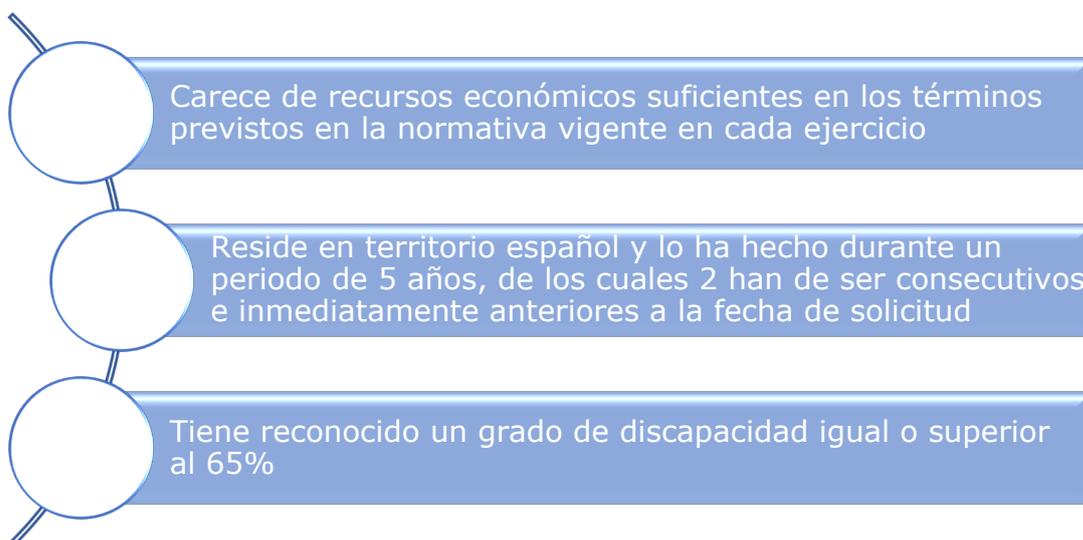
8.5.2 PRESTACIONES ECONÓMICAS

Están destinadas a contribuir en la financiación del coste de los servicios establecidos en el Catálogo, únicamente cuando en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón no sea posible la atención a través de los servicios públicos o de aquellos otros servicios de titularidad privada que forman parte del Sistema de Servicios Sociales de responsabilidad pública.

La Pensión no Contributiva de Invalidez asegura a todos los ciudadanos en situación de invalidez y en estado de necesidad una prestación económica, asistencia médico-farmacéutica gratuita y servicios sociales complementarios, aunque no se haya cotizado o se haya hecho de forma insuficiente para tener derecho a una Pensión Contributiva.

Esta pensión puede solicitarla cualquier persona, entre 18 y 65 años, residente en la Comunidad Autónoma de Aragón en la siguiente situación, ver **RELACIÓN VI** ²⁰.

RELACIÓN VI: PERSONAS QUE PUEDEN SOLICITAR LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA



Fuente: *Elaboración propia*

En la **TABLA VII**, aparecen las cuantías de los subsidios económicos para 2021 ²¹.

TABLA VII: SUBSIDIOS ECONÓMICOS 2021

SUBSIDIO	CUANRIA ANUAL	CUANTIA MENSUAL
SGIM	2.098,04€	149,86€
SATP	818,30€	58,45€
SMGT	825,60€	68,80€

Fuente: *Elaboración propia*

Nota: Subsidios de Garantía de Ingresos Mínimos (SGIM), Subsidios por ayuda de Tercera Persona (SATP) y Subsidio de Movilidad y Compensación para Gastos de Transporte (SMGT).

8.5.3 AYUDAS TÉCNICAS

Las ayudas técnicas, en el ámbito de los Servicios Sociales Comunitarios, son todos aquellos mecanismos, instrumentos técnicos y materiales, que se utilizan para aumentar, mantener o mejorar el funcionamiento de las personas en cualquier actividad (sillas de ruedas, bastones, andadores, scooters motorizadas, audífonos, lectores especiales o el uso de letra grande o Braille, teléfonos u ordenadores adaptados). No incluye adaptaciones en la arquitectura de los edificios como rampas, barandillas, pasamanos o aseos adaptados.

TELEASISTENCIA

Este servicio se dirige a situaciones derivadas de limitaciones físicas, intelectuales o sensoriales, o a cualquier otra situación de riesgo para permanecer en el domicilio. La teleasistencia es un servicio de copago, cuya naturaleza es esencial para personas en situación de dependencia y complementaria para la población en general. Cualquier persona con limitaciones físicas, intelectuales o sensoriales, o en situación de riesgo para permanecer en su domicilio puede solicitarlo.

La atención que procura el servicio de teleasistencia es de carácter personalizado, a través de la línea telefónica o de otros dispositivos tecnológicos, apoyos para el desarrollo personal y mejoras en la vivienda para favorecer el acceso y la movilidad ²².

8.5.4 PRESTACIONES Y BENEFICIARIOS EN ARAGÓN

En la **TABLA VIII**, aparecen los últimos datos sobre la evolución mensual de tipo de prestaciones y personas beneficiarias con prestaciones en Aragón a fecha de febrero de 2021 ²³.

TABLA VIII: PRESTACIONES EN ARAGÓN 2021

PRESTACIONES	UNIDADES
PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA Y PROMOCIÓN DE AUTONOMÍA PERSONAL	3.575
TELEASISTENCIA	2.871
AYUDA A DOMICILIO	4.117
ATENCIÓN RESIDENCIAL	3.388
PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA AL SERVICIO	5.305
PRESTACIÓN ECONÓMICA DE CUIDADOS FAMILIARES	15.953
TOTAL DE PRESTACIONES	36.768
PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACIONES	31.101

Fuente: Elaboración propia

Nota: las unidades hacen referencia al número de prestaciones y personas beneficiarias.

9.DISCUSIÓN

En algunos artículos encontramos descrito al paciente únicamente como inmovilizado, sin embargo, en otros de manera directa son clasificados como dependientes. En los artículos de origen inglés, hay una diferencia importante en los términos respecto al castellano, ya que inmovilizado (*immobilized*) hace referencia a los pacientes a los que se les ha realizado una inmovilización (ya sea por una intervención quirúrgica o por la colocación de una férula o una tracción), y no aquellos que no pueden desplazarse o que pasan la mayor parte de su tiempo en cama.

Por otro lado, la mayor parte de los artículos disponibles, hacen referencia a personas de edad avanzada, pero hay que precisar que los pacientes inmovilizados a los que AP ofrece sus cuidados abarcan todas las edades, y aunque la población anciana es un porcentaje más elevado, los cuidados, procedimientos, escalas, ayudas y prestaciones son iguales para todos.

La prevalencia de UPP en el inmovilizado puede llegar a ser del 30% o más, en función de la patología, grado y duración de la incapacidad. Es por eso que la actuación enfermera mediante la educación sanitaria es necesaria para reducir este porcentaje. Los cuidadores que reciben estos conocimientos, según los estudios, son principalmente mujeres, de edad media, casadas y con estudios primarios y serán quienes se encarguen del paciente inmovilizado a diario. Recordar, que en torno a un 5% de los cuidados a dependientes son realizados por profesionales, y en consecuencia recae la mayor parte, en estos cuidadores informales.

Por último, recalcar que todos los autores defienden la importancia de la visita domiciliaria en los pacientes inmovilizados y su cuidador, porque les aporta numerosos beneficios, empodera al cuidador en el desempeño de su función, y el paciente siente que los profesionales están a su alcance para solucionar cualquier problema, así como para educar en lo relativo a su situación.

10. CONCLUSIÓN

Se puede concluir que la visita domiciliaria en pacientes inmovilizados presenta grandes ventajas, tanto en la atención de estos pacientes, como de sus cuidadores. La EpS, centrada en lograr el mejor cuidado de los inmovilizados, a través de la enseñanza a los cuidadores, hasta la valoración de los pacientes mediante escalas que evalúan la dependencia del inmovilizado, logran una mejoría del paciente gracias a la labor de un equipo multidisciplinar.

Mediante esta valoración, se logra asignar los grados de dependencia, a través de los cuales, podrán acceder a unas ayudas y prestaciones por parte de las Comunidades Autónomas o del Gobierno Central, para satisfacer las necesidades que afloran de su inmovilidad, ya sean prestaciones económicas para costear la ayuda a domicilio y ayudas técnicas, o servicios sociales como la teleasistencia o los centros de día.

La labor de enfermería en la atención domiciliaria del paciente inmovilizado es pues un eslabón fundamental e insustituible, que logra un cuidado integral de los pacientes y sus cuidadores. Es por eso que se debe dar a conocer ante la población, ya que es un trabajo desconocido, y lograr así una optimización de las condiciones laborales de las enfermeras para poder desarrollar mejor su trabajo, beneficiando por consiguiente a los pacientes que la precisan.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Naranjo Hernández Y; Concepción Pacheco J.A; Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit. [Internet]. 2017 [citado 20 febrero 2020]; 19 (3): p. 89-100 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
2. López Coteló M.E; Seoane Sexto E; Fouz Figueiras M.D; Sanjurjo Buján L; López coteló M.J; Sanjurjo Guerrero C. Protocolo: pacientes inmovilizados prevención y atención al paciente. Enferm Dermatol. [Internet]. 2009 [citado 20 febrero 2021]; 3 (7): p. 20-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4329107>
3. Ayuso Margañón S. Valoración enfermera en atención domiciliaria: un instrumento de evaluación de sobrecarga del cuidador informal [Tesis]. Tesis Doctorals en Xarxa: Universitat de Barcelona; 2019. Disponible en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/667623/SAM_TESIS.pdf?sequence=7&isAllowed=y
4. Iruzubieta Barragán F.J. La atención domiciliaria. En: Giró Miranda J. Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. La Rioja: Universidad de La Rioja, 2006. P. 211-230. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2756907>
5. Corrales Nevado D; Palomo Cobos L. La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. Enfermería Clínica [Internet]. 2014 [citado 20 febrero 2021]; 24 (1): p. 51-58. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862113001319>
6. Gobierno de Aragón [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Servicio Aragonés de Salud; [actualizado 26 noviembre 2019; citado 20 febrero 2021]. Atención primaria, servicio 313: Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados. Disponible en:

- <https://www.aragon.es/documents/20127/674325/SERVICIO+313+Y+314.PDF/034fe131-ecdd-b6e7-e16e-ac7304adfce1>
7. Peña Ibáñez F; Álvarez Ramírez M.A; Melero Martín J. Sobrecarga del cuidador informal de pacientes inmovilizados en una zona de salud urbana. *Enferm Glob.* [Internet]. 2016 [citado 20 febrero 2021]; 15 (43): p. 100-111. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300004
 8. García Alcaraz F; Delicado Useros V; Alfaro Espín A; López-Torres Hidalgo J. Utilización de recursos sociosanitarios y características del cuidado informal de los pacientes inmovilizados en atención domiciliaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2015 [citado 20 febrero 2021]; 47 (4): p. 195-204. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002042>
 9. Esteban Sobreviela J.M; Ramírez Puerta D; Sánchez del Corral Usaola F. Atención Primaria de calidad. En: Toquero de la Torre F; Zarco Rodríguez J. Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria. Madrid: IM&C, 2005. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf
 10. Rey Grandal M. Paciente inmovilizado [Internet]. Vigo: Centro de salud Sardoma; 2016 [citado 20 febrero 2021]. Disponible en: <https://centrosaludsardoma.files.wordpress.com/2017/01/paciente-inmovilizado.pdf>
 11. Calvo Pérez A.I; Fernández Segade J; Arantón-Areosa L; Rumbo Prieto J.M; Romero M; Trueba Moreno M.A; et al. La enfermería ante el reto de la promoción de la salud en pacientes y cuidadores con riesgo de deterioro de la integridad cutánea o con heridas (1ª parte). *Enferm Dermatol.* [Internet] 2011 [citado 20 febrero 2021]; Nº 13-14: p. 16-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4076286>
 12. García Alcaraz F. Cuidados formales e informales a pacientes inmovilizados: evaluación de la atención domiciliaria de enfermería en el área de salud de Albacete [Tesis]. RUIdeRA: Universidad de Castilla

- La Mancha; 2014. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/handle/10578/5972>
13. Robles Mendo E. Plan de cuidados estandarizado para la prevención de úlceras por presión en pacientes con riesgo según la escala Braden [TFG]. UCrea: Universidad de Cantabria; 2014. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/20066/ROBLES%20MENDO%2c%20ELENA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Esparza Catalán C. Discapacidad y dependencia en Aragón. Inform. port. mayor. [Internet]. 2011 [citado 20 febrero 2021]; Nº 111: p. 1-21. Disponible en: <http://bases.cortesaragon.es/bases/ndocumenVIII.nsf/e86600a24e054a61c12576d2002e551c/6c78d578f080b97fc1257b7a002b7a72?OpenDocument>
15. Gobierno de Aragón, IAEST [Internet]. Zaragoza: IAEST; 2008 [actualización mensual; citado 20 febrero 2021]. Evolución mensual de personas beneficiarias con derecho a prestación según grado. Disponible en: <https://servicios3.aragon.es/iaeaxi/tabla.do?path=/06/02/01/&file=06020104.px&type=pcaxis&L=0>
16. Muñoz Silva C.A; Rojas Orellana P.A; Marzuca-Nassr G.N. Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2015 [citado 20 febrero 2021]; 143 (5): p. 612-618. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000500009
17. Gázquez Linares J.J; Pérez Fuentes M.C; Molero Jurado M.M; Barragán Martín A.B; Martos Martínez A; Cardila Fernández F. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor. Volumen 1. Almería: ASUNIVEP; 2015. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5696162>
18. Trigás Ferrín M; Ferreira González L; Mejide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Gal. Clínica. [Internet]. 2011 [citado 20 febrero 2021]; 72 (1): p.11-16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4098178>

19. Instituto de Mayores y Servicios Sociales [Internet]. Madrid: IMSERSO; 2020 [citado 20 febrero 2021]. El Sistema para la Autonomía y Atención s la Dependencia. Disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/saad/saad/index.htm
20. Gobierno de Aragón, IASS [Internet]. Zaragoza: IASS; 2020 [actualizado 16 julio 2020; citado 20 febrero 2021]. Dependencia. Prestaciones económicas. Disponible en: <https://www.aragon.es/-/dependencia.-prestaciones-economicas>
21. Instituto de Mayores y Servicios Sociales [Internet]. Madrid: IMSERSO; 2021 [actualizado 27 enero 2021; citado 20 febrero 2021]. Actualización de las prestaciones para 2021. Disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/prestaciones_y_subvenciones/precitaciones_lismi/actualizacion_prestaciones/index.htm
22. Gobierno de Aragón, IASS [Internet]. Zaragoza: IASS; 2019 [actualizado 5 noviembre 2019; citado 20 febrero 2020]. Servicios sociales generales. Teleasistencia. Disponible en: <https://www.aragon.es/-/servicios-sociales-generales.-teleasistencia>
23. Gobierno de Aragón, IAEST [Internet]. Zaragoza: IAEST; 2008 [actualización mensual; citado 20 febrero 2021]. Evolución mensual de tipo de prestaciones y personas beneficiarias con prestaciones. Disponible en: <https://servicios3.aragon.es/iaeaxi/tabla.do?path=/06/02/01/&file=06020105.px&type=pcaxis&L=0>
24. Servicio Aragonés de Salud. Gobierno de Aragón. Escala Norton Modificada [OMI-AP]. [citado 25 febrero 2021].
25. Servicio Aragonés de Salud. Gobierno de Aragón. Test de Valoración Funcional de Barthel [OMI-AP]. [citado 25 febrero 2021].
26. Servicio Aragonés de Salud. Gobierno de Aragón. Cuestionario Zarit [OMI-AP]. [citado 25 febrero 2021].
27. Servicio Aragonés de Salud. Gobierno de Aragón. Escala de Actividades de la Vida Diaria [OMI-AP]. [citado 25 febrero 2021].
28. Servicio Aragonés de Salud. Gobierno de Aragón. Test de Valoración Cognitiva de Pfeiffer [OMI-AP]. [citado 25 febrero 2021].

12. ANEXOS

ANEXO I: ESCALA NORTON MODIFICADA

Escala Norton Modificada					
Estado físico	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	
Bueno	4 Alerta	4 Ambulante	4 Total	4 Ninguna	4
Mediano	3 Apático	3 Camina con ayuda	3 Disminuida	3 Ocasional	3
Regular	2 Confuso	2 Sentado	2 Muy limitada	2 Urinaria y fecal	2
Muy malo	1 Estup./coma	1 Encamado	1 Inmóvil	1 Urinaria + fecal	1

Estado Físico						
Bueno	4	Mediano	3	Regular	2	Muy Malo
4 comidas diarias		3 comidas diarias		2 comidas diarias		1 comida diaria
4 raciones proteínas		3 raciones proteínas		2 raciones proteínas		1 ración proteína
Menú 2000 Kcal.		Menú 1500 Kcal.		Menú 1000 Kcal.		Menú < 1000 Kcal.
Toma todo el menú		Toma más ½ del menú		Toma ½ del menú		Toma 1/3 del menú
Bebe 1500-2000 ml.		Bebe 1000-1500 ml.		Bebe 500-1000 ml.		Bebe < 500 ml.
Tª 36-37 °C		Tª 37-37,5 °C		Tª 37,5-38 °C		Tª < 35,5 ó >38 °C
Mucosas húmedas		Relleno capilar lento		Piel seca, escamosa		Edemas generalizados, piel muy seca
NPT y SNG						Obesidad
Normopeso		Delgadez		Sobrepeso		

Estado Mental							
Valoración del nivel de conciencia y relación con el medio							
Alerta	4	Apático	3	Confuso	2	Estup./coma	1
"Diga su nombre, día, lugar y hora"		Pasivo, torpe, responde órdenes sencillas: "Deme la mano"		Muy desorientado, agresivo o somnoliento		"Valorar el reflejo corneal, pupilar,..."	
				"Pellizcar la piel en busca de respuesta"			

Actividad							
Capacidad para realizar series de movimientos que tienen una finalidad							
Ambulante	4	Camina con ayuda	3	Sentado	2	Encamado	1
Independiente		Capaz de caminar con ayuda de una persona o aparatos con más de un punto de apoyo (andador, muletas,...)		No puede caminar ni ponerse en pie, pero puede movilizarse en silla o sillón		Dependiente total	
Capaz de caminar solo, aunque se sirva de aparatos de un punto de apoyo (bastón) o lleve prótesis							

Movilidad							
Capacidad de cambiar, mantener o sustentar posiciones corporales							
Total	4	Disminuida	3	Muy limitada	2	Inmóvil	1
Completamente autónomo		Inicia movimientos voluntarios, pero requiere ayuda para completarlos o mantenerlos		Inicia movilizaciones con excusa frecuencia y necesita ayuda para realizar los movimientos		Incapaz de cambiar de postura por sí mismo	

Incontinencia							
Pérdida involuntaria de orina y/o heces							
Ninguna	4	Ocasional	3	Urinaria o fecal	2	Urinaria+fecal	1
Control voluntario de esfínteres Igual puntuación si es portador de sonda vesical o rectal		Pérdida involuntaria de orina y heces, una o más veces al día		Pérdida permanente del control de uno de los dos esfínteres. Igual puntuación si es portador de colector peneano		No control de ninguno de los dos esfínteres	

Fuente: Servicio Aragonés de Salud. Gobierno de Aragón. Escala Norton Modificada [OMI-AP]. [citado 25 febrero 2021] ²⁴.

ANEXO II: ÍNDICE DE BARTHEL

TEST DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE BARTHEL		
Puntos		
ALIMENTACIÓN		Independiente = 2. Con ayuda = 1. Dependiente = 0
BAÑO		Independiente = 1, Dependiente = 0
ASEO PERSONAL		Independiente = 1. Dependiente = 0
VESTIDO		Independiente =2. Con ayuda = 1. Dependiente = 0
USO DEL RETRETE		Independiente =2. Con ayuda = 1. Dependiente = 0
MICCIÓN		Continente = 2. Incontinencia ocasional =1. Incontinente = 0
DEPOSICIÓN		Continente = 2. Incontinencia ocasional =1. Incontinente = 0
DEAMBULACIÓN		Independiente =3. Mínima ayuda = 2. Gran ayuda = 1. Dependiente = 0
USO DE ESCALERAS		Independiente = 2. Con ayuda = 1. Dependiente = 0
SILLÓN-CAMA		Independiente =3. Mínima ayuda = 2. Gran ayuda = 1. Dependiente = 0
PUNTUACIÓN TOTAL		

Fuente: Servicio Aragonés de Salud. Gobierno de Aragón. Test de Valoración Funcional de Barthel [OMI-AP]. [citado 25 febrero 2021] ²⁵.

ANEXO III: CUESTIONARIO DE ZARIT

CUESTIONARIO DE ZARIT	
	Puntos
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	
¿Se siente agotado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Cree que cuidar a su familiar afecta negativamente a la relación con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar a su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que cuida a su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
Globalmente: ¿qué grado de carga experimenta por cuidar a su familiar?	
PUNTUACIÓN TOTAL *	

Puntuar según la siguiente escala:	INTERPRETACIÓN
0 = Nunca	No sobrecarga: 0-46 puntos
1 = Rara vez	Sobrecarga leve: 47-55 puntos
2 = Algunas veces	Sobrecarga intensa: 56-88 puntos
3 = Bastantes veces	
4 = Casi siempre	

* Anotar la puntuación total en la casilla correspondiente del protocolo

Fuente: Servicio Aragonés de Salud. Gobierno de Aragón. Cuestionario Zarit [OMI-AP]. [citado 25 febrero 2021] ²⁶.

ANEXO IV: ÍNDICE DE LAWTON AND BRODY

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA – (Lawton y Brody, 1989)			
VIVIENDA		TELÉFONO	
Asea la casa sin ayuda	1 <input type="checkbox"/>	Capaz de utilizarlo sin problemas	1 <input type="checkbox"/>
Hace todo menos el trabajo pesado	2 <input type="checkbox"/>	Sólo para lugares muy familiares	2 <input type="checkbox"/>
Tareas ligeras únicamente	3 <input type="checkbox"/>	Puede contestar, pero no llamar	3 <input type="checkbox"/>
Necesita ayuda	4 <input type="checkbox"/>	Incapaz de utilizarlo	4 <input type="checkbox"/>
Incapaz de hacer nada	5 <input type="checkbox"/>		
LAVADO DE ROPA		USO DEL TRANSPORTE	
Lo realiza personalmente	1 <input type="checkbox"/>	Viaja en transporte público	1 <input type="checkbox"/>
Sólo lava pequeñas prendas	2 <input type="checkbox"/>	Sólo en taxi, pero no en autobús	2 <input type="checkbox"/>
Es incapaz de lavar	3 <input type="checkbox"/>	Necesita acompañamiento	3 <input type="checkbox"/>
		Incapaz de usarlo	4 <input type="checkbox"/>
COCINA		MANEJO DEL DINERO	
Compra, prepara y cocina sin ayuda	1 <input type="checkbox"/>	Lleva cuentas, va a Bancos	1 <input type="checkbox"/>
Cocina, pero no compra	2 <input type="checkbox"/>	Sólo maneja cuentas sencillas	2 <input type="checkbox"/>
Prepara platos precocinados	3 <input type="checkbox"/>	Incapaz de utilizar dinero	3 <input type="checkbox"/>
Tienen que darle la comida hecha	4 <input type="checkbox"/>		
COMPRA		MEDICAMENTOS	
La hace sin ninguna ayuda	1 <input type="checkbox"/>	Responsable de la medicación	1 <input type="checkbox"/>
Sólo hace pequeñas compras	2 <input type="checkbox"/>	Hay que preparársela	2 <input type="checkbox"/>
Tienen que acompañarle	3 <input type="checkbox"/>	Incapaz de hacerlo por sí solo	3 <input type="checkbox"/>
Es incapaz de salir a comprar	4 <input type="checkbox"/>		
Puntuación: Hasta 8 puntos: INDEPENDIENTE De 8 a 20 puntos: NECESITA CIERTA AYUDA Más de 20 puntos: NECESITA MUCHA AYUDA			
1. VIVIENDA	5. TELÉFONO		
2. LAVADO ROPA	6. USO TRANSPORTE		
3. COCINA	7. MANEJO DINERO		
4. COMPRA	8. MEDICAMENTOS		
TOTAL: <input style="width: 100px;" type="text"/> GRADO DE DEPENDENCIA: <input style="width: 100px;" type="text"/>			

Fuente: Servicio Aragonés de Salud. Gobierno de Aragón. Escala de Actividades de la Vida Diaria [OMI-AP]. [citado 25 febrero 2021] ²⁷.

ANEXO V: CUESTIONARIO DE PFEIFFER

TEST DE VALORACIÓN COGNITIVA DE PFEIFFER	
	Puntos
¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes y año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Cuál es el nombre del sitio donde estamos?	
¿Cuál es su número de teléfono o su dirección?	
¿Qué edad tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento?	
¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno?	
¿Cómo se llama el anterior Presidente del Gobierno?	
¿Cuál era el primer apellido de su madre?	
Reste de 3 en 3 desde 20	

PUNTUACIÓN TOTAL	
-------------------------	--

Cada respuesta incorrecta supone un punto
Una puntuación igual o superior a 4 sugiere deterioro cognitivo

Fuente: Servicio Aragonés de Salud. Gobierno de Aragón. Test de Valoración Cognitiva de Pfeiffer [OMI-AP]. [citado 25 febrero 2021] ²⁸.

