



## Trabajo Fin de Grado

Cuidados de enfermería y perfil clínico y socio-demográfico de los pacientes crónicos dependientes en un centro de salud urbano.

Autor/es

Esther Peláez Gordon

Director/es

Santiago Valdearcos Enguidanos

Escuela Universitaria de Enfermería Teruel

2015

## **Índice**

Resumen/ Abstract .....	3
Introducción.....	5
Objetivos .....	8
Material y métodos .....	9
Resultados .....	10
Discusión .....	13
Limitaciones de estudio .....	15
Conclusión .....	16
Agradecimientos .....	16
Bibliografía .....	17
Anexos .....	19

## **Resumen**

Introducción: El envejecimiento vuelve a las personas más vulnerables y dependientes, por este motivo se ha creado un programa de atención al enfermo crónico dependiente dentro de OMI-AP , para tener de esta manera más controlado, organizado y registrado al enfermo por parte de los profesionales enfermeros.

Objetivos: Describir el perfil y las características de dependencia de los pacientes crónico-dependientes de un centro de salud urbano, teniendo en cuenta la implantación los diagnósticos enfermeros, el test Zarit y la influencia de variables.

Material y métodos: Se trata de un estudio epidemiológico observacional descriptivo transversal sobre todos los pacientes crónicos dependientes residentes del área de salud del Centro de Salud Teruel Ensanche, incluidos en el programa crónico-dependiente (Código 320) de la aplicación OMI-AP. Se estudió a 293 pacientes mediante una hoja de recogida de datos.

Resultados: La media de edad 84.01 años (DE=12.38 años). La procedencia principal, búsqueda activa (63.3%). Cuyo principal diagnóstico de inclusión fue senilidad (29,4%). El cuidador principal correspondía a los hijos (30,6%), que un 8,3% presentaba síntomas de cansancio. En el test de Zarit la Md fue de 32,5 puntos (IQR 45 puntos). El diagnóstico de enfermería más descrito, déficit de autocuidado (28,9%).

Conclusión: Los profesionales sanitarios cuentan con herramientas que facilitan y mejoran su trabajo en lo que a los registros de información sobre el enfermo y su enfermedad se refiere. Y observamos que dicho registro es muy limitado e incompleto, en cuanto a su calidad y cantidad. Hay que potenciar actividades preventivas sobre la UPP, y sobre la sobrecarga de los cuidadores mediante el control, seguimiento y registros adecuados.

Palabras clave: Diagnósticos enfermeros NANDA; Enfermo crónico dependiente; Sobrecarga cuidador; Úlceras por presión.

## **Abstract**

Introduction: Aging makes people more vulnerable and dependent. For that reason, a program to help and take care of the chronically ill was created within OMI-AP, so that the patient can be more controlled, organized and registered by the professional nurses.

Objectives: Describing the profile and the dependence degree and characteristics of the patients on an urban health center, having in mind the implantation the nursing diagnoses, ZARIT test and the influence of variables.

Material and methods: This is a descriptive epidemiological observational cross study on all chronically ill dependent patients who are residents of the Teruel Ensanche Health Center and who are included in the chronic-dependent program (code 320) of the OMI-AP application. 293 patients were studied through data recollection.

Results: The average age is 84.01 years old (SD=12.38 years old). The place of origin, pro-active resource (63.3%), whose main diagnosis of inclusion was senility (29.4 %). Primary caregiver corresponded to children (30.6%), 8,3 % having weariness symptoms. In Zarit test the Md was 32.5 points (IQR 45 points). The most described nursing diagnosis was deficit of self-care (28.9%).

Conclusions: Health professionals have tools that facilitate and improve its work regarding the registration of information about the patient and his illness. We observe that the mentioned record is very limited and incomplete because of its quality and quantity. We must strengthen preventive activities on the PU and the overload of caregivers through the control, pursuit and suitable records.

Keywords: Nursing Diagnoses NANDA; Chronic-dependent patients; Overload caregiver; Pressure ulcers.

## **Introducción**

El envejecimiento poblacional es el fenómeno demográfico más importante de los últimos años. El índice de envejecimiento en España es del 17% y llegará en 2049 al 37%<sup>1</sup>.

Los cambios que se producen a medida que envejecemos, hacen de la persona mayor una persona vulnerable y susceptible de llegar a algún nivel de dependencia.

Algunas personas mayores por falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria (comer, caminar, asearse, vestirse, bañarse, ir al baño) y/o instrumentales (usar el teléfono, comprar, preparar la comida, tareas domésticas, utilizar transporte, tomar sus medicamentos, administrar dinero, salir a la calle). El mejor recurso de valoración de esta situación es el test de Barthel de actividades básicas de la vida diaria. Además se puede también valorar cognitivamente al paciente con el test de Pfeiffer. De igual forma, la pérdida de la dependencia de los pacientes, va inevitablemente asociado a la mayor inmovilización y la aparición de úlceras por presión (UPP), para lo que se dispone de la Escala de Norton de valoración del riesgo de UPP. **Anexos 1.**

Cuando la dependencia es definitiva y se necesita de manera sistemática cuidados de otra persona, hablamos de crónico-dependencia.

La enfermedad crónica viene dada y precedida por factores genéticos, biológicos y del comportamiento y se caracteriza por presentar pluripatología, elevada carga de morbilidad, vulnerabilidad, dependencia, complejidad de cuidados y elevado consumo de recursos socio-sanitarios<sup>2,3</sup>.

La atención a enfermos crónicos dependientes proporciona cuidados y servicios sanitarios individualizados con el objetivo de mejorar el estado de salud en las diferentes fases de la enfermedad y la autonomía. Con ello también conseguimos mejorar la calidad de vida del paciente, sus necesidades y sus intereses, respetando lo máximo posible sus estilos de

vida y sus preferencias<sup>4</sup> para realizar un plan terapéutico, lograr un cambio conductual y resolver los problemas identificados.

Esta atención se presta a las personas dependientes que, ante un proceso patológico, requieren una atención con unos cuidados especiales y específicos para mantener una vida social digna. Cualquier persona puede ser dependiente sin tener en cuenta la edad. Los cuidados son prestados habitualmente por un cuidador informal, suele ser del entorno socio-familiar. Más del 60 % necesitan ayuda de un cuidador, y el 40% de estos presentan signos de sobrecarga<sup>5</sup>. El medio de detección más usado es el Test de Zarit de sobrecarga del cuidador. **Anexo 2.**

Se estima que el 8% de la población aragonesa presenta algún grado de dependencia, refiriéndose a la falta o pérdida de la autonomía física, psíquica o intelectual<sup>4</sup>.

El Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón puso en marcha un Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes, para la prevención de las situaciones de dependencia y a la coordinación de todos los recursos asistenciales implicados en el tratamiento de estos enfermos. El objetivo era mejorar su capacidad funcional, su calidad de vida controlando síntomas y emociones y promocionar confort<sup>4</sup>.

Dicho programa se encuentra integrado dentro de la aplicación informática de consulta médica OMI-AP que facilita la organización, visualización de las actividades, recogida de información para la planificación, desarrollo, seguimiento y gestión de la información asistencial de los episodios, planes de cuidados y diagnósticos enfermeros.

La aplicación tiene un asistente para la codificación de los episodios con la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) y para la codificación de los diagnósticos identificados mediante la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)<sup>6</sup> para medir el estado de salud del enfermo, los cuidados que se requieren en la prevención de la enfermedad, el manteniendo y mejora de salud.

Cabe destacar, el propósito principal de la enfermera es proporcionar una visión integral que contextualiza la necesidad y capacidad de autocuidado, para poner en marcha un plan de cuidados y unos diagnósticos enfermeros adecuados<sup>7</sup>. Por ello contamos con la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y las necesidades descritas por Virginia Henderson para crear un programa de valoración enfermera muy utilizado en la atención primaria española<sup>3</sup>.

Siendo de esta manera los principales diagnósticos enfermeros NANDA que encontraremos en estos pacientes y en sus cuidadores: gestión ineficaz de la propia salud, conocimientos deficientes, afrontamiento ineficaz de su enfermedad, baja autoestima situacional, situaciones de déficit de autocuidado, y cansancio en el desempeño del rol de cuidador causando un afrontamiento familiar comprometido entre los identificados en el trabajo con el cuidador principal<sup>3</sup>.

Es función de la enfermera el establecer junto con la persona y la familia el plan de cuidados más adecuado a cada situación individual, y adecuar los registros con la información de cada paciente de forma actualizada. Hay que tener en cuenta que todos los pacientes crónicos no son iguales, y que la información que existe en nuestros sistemas de información, mayormente segmentados, necesitan elementos de identificación adecuados, para mejorar dicha atención<sup>8</sup>.

## **Objetivo Principal**

- Describir el perfil clínico, socio-demográfico y las características definitorias de dependencia de los pacientes crónico-dependientes de un centro de salud urbano.

## **Objetivos secundarios**

- Describir implantación de uso de los diagnósticos enfermeros más prevalentes descritos para los pacientes dependientes.
- Describir implantación de uso de los test de valoración de sobrecarga del cuidador y de riesgo de úlceras por presión.
- Analizar las posibles influencias de variables asociadas a la situación del paciente dependiente.

## **Material y métodos**

Se realizó un estudio epidemiológico observacional descriptivo transversal sobre pacientes crónicos-dependientes.

La población diana de estudio fueron todos los residentes del área de salud del Centro de Salud Teruel Ensanche desde Diciembre 2014 a Marzo 2015, incluidos en el programa crónico-dependiente (Código 320) de la base de datos OMI-EST del programa OMI-AP.

La población diana fue de 445, teniendo como criterio de inclusión a todas las personas que presentaron cualquier enfermedad que llevó a dependencia, siendo considerados crónicos dependientes.

Se excluyeron del estudio a todos los pacientes que no tenían activado el plan personal de crónico-dependiente y a los pacientes que al introducir su nombre no apareció en el programa OMI.

Los datos de las diferentes variables seleccionadas se extrajeron del programa OMI-AP, mediante una hoja impresa creada para la recogida de datos **Anexo 3**.

Dichas variables se encuentran detalladas y descritas en el **Anexo 4**.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa estadístico SPSS.

Para comparar una variable cuantitativa y otra cualitativa de dos categorías se utilizó T de Student.

Para la comparación de una variable cuantitativa y otra cualitativa de más de dos categorías se utilizó Anova.

Cuando comparamos dos variables cuantitativas se utilizó la Regresión lineal.

Por otro lado, para la comparación de variables que no cumplieron las condiciones de normalidad se utilizaron las pruebas No paramétricas.

Además también se utilizó el programa Microsoft Excel 2010 para la realización de los diferentes gráficos.

## Resultados

La muestra final de nuestro estudio fue de 293 pacientes registrados, eliminando de esta manera de los 445 iniciales aquellos que no aparecían en el programa, o que no tenían plan de cuidados de dependiente al introducirse en su historia clínica. **Anexo 5.**

El porcentaje de mujeres (70.2%) fue bastante superior al de hombres.

La media de edad de estos pacientes corresponde a 84.01 años (DE=12.38 años), siendo en mujeres 85.48 años (DE=8.52 años) y en hombres 80.55 años (DE=18.17 años).

La procedencia de este tipo de pacientes era claramente superior en búsqueda activa (63.3%). **Gráfica 1.**

Entre las personas estudiadas la diferencia entre inmovilizados y no, es bastante equiparada (inmovilizados 46.3% y no inmovilizados 56.7%).

Únicamente un 5% de los inmovilizados tenían contratada Teleasistencia domiciliaria, mientras que había un 8.6% de los pacientes sobre el total de dependientes los que la tenían contratada.

Los diagnósticos de inclusión en el programa más frecuentes fueron: senilidad (29,4%), degeneración cerebral (23,8%). **Gráfica 2.**

Se observó que el 76% de los pacientes incluidos en el programa precisaban cuidados de convalecencia, el resto de mantenimiento.

En lo que se refería al soporte socio-familiar, se encontró que solamente el 2,8% tenía una red de apoyo familiar inadecuada.

A la hora de valorar el entorno y la movilidad de los pacientes dependientes, un 25,8% tenía una movilidad para su estado inadecuada, un 35,3% realizaban una actividad física inadecuada también. Todo ello unido a que un 73,2% tenía riesgo real de caídas.

En lo que al cuidador principal se refiere en los crónicos-dependientes la primera opción fue otros (45%, que pueden ser residencias, personal contratado...), seguido de los hijos (30,6%). **Gráfica 3.** De todos ellos,

presentaron síntomas de cansancio un 8,3%, y un 4,1% signos físicos de cansancio. **Gráfica 4.** En un 16,7% de las historias clínicas no constaba información alguna sobre el estado del cuidador.

Referente al registro del test de Zarit de sobrecarga del cuidador, un 85% no tenía el registro. De todos los registros encontrados, la Md del test fue de 32,5 puntos (IQR 45 puntos). **Gráfica 5.**

El 79,5% de los cuidadores de los que se disponía registro en la historia, no padecían sobrecarga alguna. Ninguno presentó sobrecarga grave.

En toda anamnesis que se realiza al paciente dependiente se registró el conocimiento que los pacientes tenían de su enfermedad y su tratamiento, siendo adecuada la misma en un 94,3% y un 92,3 % respectivamente.

Igualmente, respecto al resto de la anamnesis, en cuanto a síntomas psico-físicos, ingesta y eliminación, podemos ver los resultados en la **Gráfica 6.**

Otra de las partes a valorar en este estudio y sobre todo por parte de enfermería es la información general y los consejos que se dan al paciente para un correcto manejo de la enfermedad. **Gráfica 7.**

Respecto al riesgo de úlceras por presión (UPP), la media de la escala de Norton fue de 14,19 puntos (DE=2,99 puntos). Un 42,7% tuvieron algún riesgo de UPP. **Gráfica 8.** El 20,8% de los pacientes no tenía registrado el riesgo de UPP.

En lo que a la mediana del test de Barthel se refiere, la puntuación fue de 45 puntos (IQR= 60), siendo en mujeres 42,5 y en hombres 45 puntos.

El 25,6% presentaba una dependencia severa. **Gráfica 9.**

Por otro lado la mediana de puntuación del test Pfeiffer fue de 4 puntos, (IQR= 6) siendo en mujeres 4 y en hombres 3 puntos. El 60,8% presentaba deterioro cognitivo. No estaba registrado el test de Pfeiffer en el 25,9% de los pacientes.

En lo que respecta a los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) como enfermedad, presentes en los pacientes dependientes, la mediana del total de los mismos fue de 1 FRCV (IQR=2 FRCV). **Gráfica10.**

En cuanto a los diagnósticos de enfermería más descritos en este tipo de pacientes, en nuestro estudio, únicamente hemos hallado registros de déficit de autocuidado (28,9%) sin estar en esta muestra el resto de diagnósticos de enfermería presentes.

No encontramos relación alguna en la puntuación del test de Zarit con el nivel de dependencia del paciente (ANOVA,  $p=0,216$ ) ni con el valor del test de Barthel (Correlación de Pearson,  $p=0,083$ ).

Conforme aumentó el grado de dependencia, se observó un aumento del riesgo de UPP ( $p<0,001$ ).

El valor medio de la escala de Norton presentó diferencias estadísticamente significativas de 2,44 puntos según el nivel de conciencia de los pacientes (T Student,  $p=0,0001$ ).

De igual forma, dicha escala presentó diferencias según el tipo de cuidados (ANOVA,  $p=0,042$ ), y según la inmovilización o no (T Student,  $p<0'0001$ ).

## **Discusión**

Los resultados del estudio realizado sobre los pacientes crónicos dependientes del centro de salud urbano, ponen de manifiesto que los registros utilizados carecen de la suficiente calidad y competencia informacional para poder ser utilizados más allá de pequeños trabajos de investigación, en ningún caso como soporte de actuaciones futuras y repercusiones en la reasignación de recursos según el tipo de paciente.

Esto conlleva el seguir insistiendo en la formación e información de todos los profesionales de enfermería y medicina implicados, para poder tener toda la información clínica actualizada.

El concepto de dependiente no es un concepto asociado al de inmovilizado, pues como se ha comprobado en el estudio, únicamente alrededor del 46% lo eran.

Los diagnósticos de inclusión fueron similares a otros estudios, como el de López<sup>9</sup>, y que fue realizado sobre la población de todo el sector de Teruel, en lugar de un único centro de salud urbano.

Es de destacar que la red de apoyo familiar de este tipo de pacientes fue adecuada en casi todos los pacientes, lo que implica un punto de partida importante para el cuidado de estos pacientes.

Valorar además, que si analizamos el entorno y la movilidad de los pacientes, el riesgo de caídas fue muy elevado, por encima del 70%, lo que apoya los datos de algunas publicaciones que indican que un tercio de los ancianos se caen al menos una vez al año<sup>10</sup>.

Cuando se analiza la situación de los cuidadores, en nuestro estudio, los síntomas de cansancio y los signos físicos fueron especialmente bajos, y solamente alrededor de un 20% presentaba una sobrecarga leve, lo que contrasta con otros estudios como el de Orueta-Sánchez et al, en el que la sobrecarga era mayor del 50%<sup>11</sup>.

En la ausencia de relación entre el test de Zarit con el grado de dependencia y con el test de Barthel, nuestro estudio coincide con el de Orueta-Sánchez.

Si analizamos el riesgo de UPP en nuestro estudio, vemos que este aumentaba conforme lo hacía el grado de dependencia, resultado similar al estudio de Sancho et al<sup>12</sup>. Sin embargo, a diferencia de éste, en nuestro estudio, solamente encontramos alrededor de un 20% con riesgo de úlcera alto, y no un 47%, aunque hay que tener en cuenta que en dicho estudio define a los pacientes como atención domiciliaria y no estrictamente como crónicos dependientes, aunque por las características se asimilan.

Por otra parte, parece lógico pensar que los pacientes con peor tipo de conciencia presentes peores valoraciones de Norton, como así se ha detectado en el estudio, por el mayor grado de encamamiento y la mayor inmovilización. Este último hecho se corrobora por la diferencia del valor en la escala Norton en los que están registrados además como inmovilizados, dado que los no inmovilizados presentan medias situadas en la zona de no riesgo.

Todo esto nos hace pensar que la identificación de los pacientes de riesgo y la prevención, son la mejor forma de combatir las UPP<sup>13,14</sup>.

Los resultados obtenidos en el estudio al analizar los diagnósticos enfermeros, no son sino sorprendentes. El estudio de Rico-Blázquez et al<sup>3</sup> indicaba que los grupos de expertos de diversas comunidades autónomas identificaron los 5 diagnósticos enfermeros más prevalentes en los pacientes crónicos: Gestión ineficaz de la propia salud, conocimientos deficientes, afrontamiento ineficaz de su enfermedad, baja autoestima situacional y situaciones de déficit de autocuidado. Sin embargo, en nuestro estudio solamente se ha identificado uno de ellos, el último. Con toda seguridad, la explicación coherente no reside en las diferencias poblacionales, sino en las diferencias de la calidad de los registros, que en nuestro caso son enormemente deficientes. Hay que insistir de nuevo en realizar el esfuerzo de mejorar los registros de los diagnósticos enfermeros.

Al menos, y como único diagnóstico enfermero recogido, coincidimos con el estudio de Frías et al<sup>14</sup>, en que las situaciones de déficit de autocuidado son las más prevalentes.

Hacer finalmente extensivas las recomendaciones de mejora de todos los registros de enfermería y medicina en las historias clínicas, tanto como mejora para el paciente como para favorecer la investigación y la difusión de resultados acordes con la realidad.

### **Limitaciones del estudio**

En la definición de pacientes dependientes podemos encontrarnos pacientes de todas las edades, dado que cualquier proceso patológico puede conllevar una dependencia. Sin embargo, en la historia clínica podemos encontrarnos algunos pacientes que ya no son dependientes al haberse recuperado, pero a los que no se les ha desactivado su inclusión en el programa de dependencia, y por ello podrían variar algo los resultados reales.

El valor 0 del Barthel significa una dependencia severa, pero hay constancia de que por un fallo en el programa informático, muchos pacientes pasaron de tener una cifra distinta de cero a cero. Aunque se intento arreglar el problema, en algunos pacientes no pudo corregirse, sin tener constancia de cuantos ni cuales fueron.

La población de estudio se vio disminuida en la muestra final de forma importante probablemente por los pacientes de la Residencia de Ancianos Javalambre, situada en Teruel, con los pacientes adscritos al Centro de Salud Teruel Ensanche, y con protocolos activados, pero teniendo la historia a papel en la propia residencia, y no constando nada en la electrónica de OMI.

En este estudio no se ha puesto limitación temporal a los registros realizados dentro del programa, solo que estuvieran incluidos. Su realización hubiera conllevado la disminución excesiva de la muestra final.

## **Conclusiones**

Según los resultados obtenidos en nuestro estudio, lo primero que pensamos es que el trabajo realizado por parte de los diferentes profesionales no es el adecuado, teniendo en cuenta que estos enfermos necesitan unos cuidados continuos y de larga duración. Con ello nos referimos a que la cantidad y la calidad del registro que nos encontramos en el programa es muy limitada e incompleta. Haciendo especial hincapié en lo que se refiere a los diagnósticos enfermeros.

Por ello debemos concienciarnos y esforzarnos en mejorarlo, dado que tenemos la oportunidad de contar con ellos y no seamos capaz de aprovecharlo, sabiendo que es una manera de mejorar y facilitarnos el trabajo.

Además, tampoco debemos dejar de lado que es función fundamental de la enfermera hacer al paciente y a la familia participes de la importancia que tiene el autocuidado y el saber gestionar la enfermedad, educación sanitaria, algo que se considera difícil tal vez por la falta de tiempo o sobre carga de trabajo, de la cual los profesionales se queja y ponen de manifiesto continuamente.

De igual forma hay que potenciar actividades preventivas sobre la UPP, y sobre la sobrecarga de los cuidadores, mediante el control, seguimientos y registros adecuados.

## **Agradecimientos**

A mi tutor Santiago Valdearcos, sin él este trabajo no hubiese sido posible, por su interés, dedicación, paciencia. Por aportarme sus conocimientos y sobre todo por enseñarme ver, la importancia que tiene un trabajo de investigación.

## **Bibliografía**

1. Instituto Nacional de Estadística. Proyección de la población de España a largo plazo, 2009-2049. 2010. 1-8.
2. Alconero-Camarero AR. Gestión ineficaz de la propia salud en personas con enfermedades crónicas. *Enfermería Clínica*. 2013; 23(3): 135-136.
3. Rico-Blázquez M, Sánchez Gómez S, Fuentelsaz Gallego C. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enferm Clín*. 2014; 24 (1): 44-50.
4. Departamento de salud y consumo. Gobierno de Aragón. Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes. Zaragoza. 2006.
5. Alvarez-Tello M, Casado-Mejía R, Ortega-Calvo M, Ruiz-Arias E. Sobrecarga sentida en personas cuidadoras informales de pacientes pluripatológicos en una zona urbana. *Enferm Clin*. 2012;22(6):286-292.
6. Nursing Diagnoses 2015-17: Definitions and Classification NANDA International. 20<sup>a</sup> Ed. Wiley-Blackwell. 2014.
7. Planas-Camomany C, Icart-Isern MT. Indicadores sensibles a la práctica enfermera: una oportunidad para medir la contribución de las enfermeras. *Enferm Clin*. 2014;24(2):142-147.
8. Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria*. 2012; 44(2):107-113.
9. López M. Estudio descriptivo sobre los enfermos crónicos dependientes en el sector de Teruel (2006-2008). Trabajo final de Diplomado en Sanidad. Zaragoza. 2009.
10. Edelman MA, Ficorrelli CT. La seguridad de los ancianos en casa. *Nursing*. 2012. 30(6):46-47.
11. Orueta-Sánchez R, Gómez-Calcerrada R, Gómez-Caro S, Sánchez-Oropesa A, López-Gil MJ, Toledano-Sierra P. Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores dependientes. *Aten Primaria*. 2011;43(9):490-496.
12. Sancho A, Albiol R, Mach N. Relación entre el estado nutricional y el riesgo de presentar úlceras por presión en pacientes incluidos en el

- programa de atención domiciliaria. Aten Primaria. 2012;44(10):586-594.
13. Ramón C, Torra JE. Prevención activa y efectiva de las úlceras por presión: un reto pendiente. Med Clin (Barc). 2003;120:576-7.
14. Ferrer A, Formiga F, Lombart I. Prevalencia y prevención de las úlceras por presión en una cohorte de nonagenarios. Estudio NonaSantfeliu. Aten Primaria. 2006;37:466.
15. Frías VM, Anguera M, Rius MM, Martínez E. Diagnósticos enfermeros en una unidad sociosanitaria de asistencia psicogeriatrífica. Enferm Clin. 2005;15(2):71-5.

## ANEXOS

### Anexo 1. Tests de Barthel, Pfeiffer y Norton

#### BARTHÉL

<b>ALIMENTACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance).</li> <li>– Necesita ayuda.</li> <li>– Necesita ser alimentado.</li> </ul>	10 5 0
<b>BAÑO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera.</li> <li>– Necesita cualquier ayuda.</li> </ul>	5 0
<b>VESTIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos...</li> <li>– NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente.</li> <li>– DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda.</li> </ul>	10 5 0
<b>ASEO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla...</li> <li>– NECESITA ALGUNA AYUDA.</li> </ul>	5 0
<b>USO DE RETRETE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas.</li> <li>– NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo.</li> <li>– DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.</li> </ul>	10 5 0
<b>DEFECACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema.</li> <li>– Tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas.</li> <li>– INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema.</li> </ul>	10 5 0
<b>MICCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda.</li> <li>– Tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda.</li> <li>– INCONTINENTE.</li> </ul>	10 5 0
<b>DEAMBULACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es INDEPENDIENTE: camina solo 50 metros.</li> <li>– NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros.</li> <li>– INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas.</li> <li>– DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.</li> </ul>	15 10 5 0
<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones.</li> <li>– NECESITA AYUDA física o verbal.</li> <li>– INCAPAZ de manejarse sin asistencia.</li> </ul>	10 5 0
<b>TRANSFERENCIA</b> (Trasladarse de la silla a la cama o viceversa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es INDEPENDIENTE.</li> <li>– NECESITA MÍNIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal).</li> <li>– NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda.</li> <li>– Es INCAPAZ, no se mantiene sentado.</li> </ul>	15 10 5 0
	<b>TOTAL</b>	

1. Total < 20
2. Grave = 20-35
3. Moderada = 40-55, y
4. Leve ; 60

## **PFEIFFER**

Realice las preguntas 1 a 11 de la siguiente lista y señale con una X las respuestas incorrectas.

¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Cómo se llama este sitio?	
¿En qué mes estamos?	
¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono,dirección de la calle)	
¿Cuántos años tiene usted?	
¿Cuándo nació usted?	
¿Quién es el actual presidente (del País)?	
¿Quién fue el presidente antes que él?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente	
TOTAL DE ERRORES	

Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. En ese caso, deben valorarse criterios de demencia.

- Puntuación máxima: 8 errores
- 0-2 errores: normal
- 3-4 errores: leve deterioro cognitivo
- 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico
- 8-10 errores: importante deterioro cognitivo

## **NORTON**

Estado General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4 .Caminando	4. Total	4. Ninguna
3. Débil	3. Apático	3. Con ayuda	3. Disminuida	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. Sentado	2. Muy limitada	2. Urinaria
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1.Doble incont.

**CLASIFICACION DE RIESGO:**

<b>PUNTUACION DE 5 A 9</b>	<b>RIESGO MUY ALTO</b>
<b>PUNTUACION DE 10 A 12</b>	<b>RIESGO ALTO</b>
<b>PUNTUACION DE 13 A 14</b>	<b>RIESGO MEDIO</b>
<b>PUNTUACION MAYOR DE 14</b>	<b>RIESGO MINIMO/ NO RIESGO</b>

## **Anexo 2. Test de Zarit de sobrecarga del cuidador.**

0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas veces 3=Bastantes veces 4=Casi siempre

1.- ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0 1 2 3 4
2.- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0 1 2 3 4
3.- ¿Se siente agotado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0 1 2 3 4
4.- ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0 1 2 3 4
5.- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0 1 2 3 4
6.- ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Vd. tiene con otros miembros de su familiar?	0 1 2 3 4
7.- ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0 1 2 3 4
8.- ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0 1 2 3 4
9.- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0 1 2 3 4
10.- ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
11.- ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
12.- ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
13.- ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
14.- ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0 1 2 3 4
15.- ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de su otros gastos?	0 1 2 3 4
16.- ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0 1 2 3 4
17.- ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0 1 2 3 4
18.- ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0 1 2 3 4
19.- ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0 1 2 3 4
20.- ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0 1 2 3 4
21.- ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0 1 2 3 4
22.- Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0 1 2 3 4

- No sobrecarga: 0-46
- Sobrecarga leve: 47-55
- Sobrecarga intensa: 56-88

**Anexo 3. Hoja de recogida de datos.**

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  Femenino  Masculino

**ENFS. RELACIONADAS**

HTA  DM  Dislipemia  Alcoholismo  Tabaquismo

**DATOS DE INCLUSIÓN**

Procedencia del paciente:

- Búsqueda activa
- Demanda espontánea
- Consultas externas
- Hospitalización
- Otros

¿Paciente INMOVILIZADO?

Si

¿Paciente TERMINAL?

Si

Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_

**TIPOS DE CUIDADOS**

- Cada 90dias-basicos-CONVALESCENCIA
- Cada 30dias-continuados-MANTENIMIENTO
- Cada 15dias-PALITIVOS

**SOPORTE SOCIO-FAMILIAR**

Red de apoyo familiar:  Adecuada  
 Inadecuada

¿Tiene teleasistencia?  Si  No

**ENTORNO Y MOVILIDAD**

Movilidad (para su estado):  Adecuada  
 Inadecuada

¿Riesgo de caídas?  Si  No

Actividad física que realiza:  Adecuada  
 Inadecuada

**CUIDADOR**

Cuidador principal:  Ayuda domiciliaria  
 Familiar  
 Hijos  
 Padres  
 Pareja  
 Otros

Estado del cuidador:  Adecuado  
 Falta de apoyo  
 Falta de información  
 Incapacidad física/mental  
 Signos de cansancio

¿Presenta síntomas de cansancio?  Si  No

Resultado del cuest. De ZARIT: \_\_\_\_\_

Grado de sobrecarga del cuidador: \_\_\_\_\_

**INFORM. PACIENTE/FAMILIA**

La información del PACIENTE sobre su enfermedad es:  Adecuada  Inadecuada

La información del PACIENTE sobre su tratamiento es:  Adecuada  Inadecuada

La información de la FAMILIA sobre su enfermedad es:  Adecuada  Inadecuada

**SINTOMAS PSICO-FISICOS**

¿Alteración del ánimo?  Si  No

¿Se automedica?  Si  No

¿Alteración del sueño?  Si  No

**INGESTA**

¿La ALIMENTACION es adecuada?  Si  No

¿La ingesta de LIQUIDOS es adecuada?  Si  No

**ELIMINACION**

¿Tiene estreñimiento?  Si  No

¿Incont. Urinaria/fecal?  Si  No

**ESTADO GENERAL**

El nivel de CONCIENCIA es:  Normal El estado NUTRICIONAL es:  Normal

Anormal

Anormal

**ESCALA DE NORTON (úlcera)**

Puntuación: \_\_\_\_\_

**INFORMACION GENERAL**

Sobre su enfermedad

**MOVILIDAD**

Prevención de caídas

Sobre hábitos de descanso

Eliminación de barreras

Sobre el plan de cuidados

**INGESTA**

Sobre el tto

Alimentación correcta

Sobre automedicación

Ingesta adecuada de líquidos

**EVACUACIÓN**

**PREVENCIÓN DE ÚLCERAS**

Prevención estreñimiento

Prevención de úlcera

**TEST DE BARTHEL** \_\_\_\_\_

**TEST DE PFEIFFER** \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

Gestión ineficaz de la propia salud  Si  No

Conocimientos deficientes  Si  No

Afrontamiento ineficaz  Si  No

Baja autoestima situacional  Si  No

Situaciones de déficit de autocuidado  Si  No

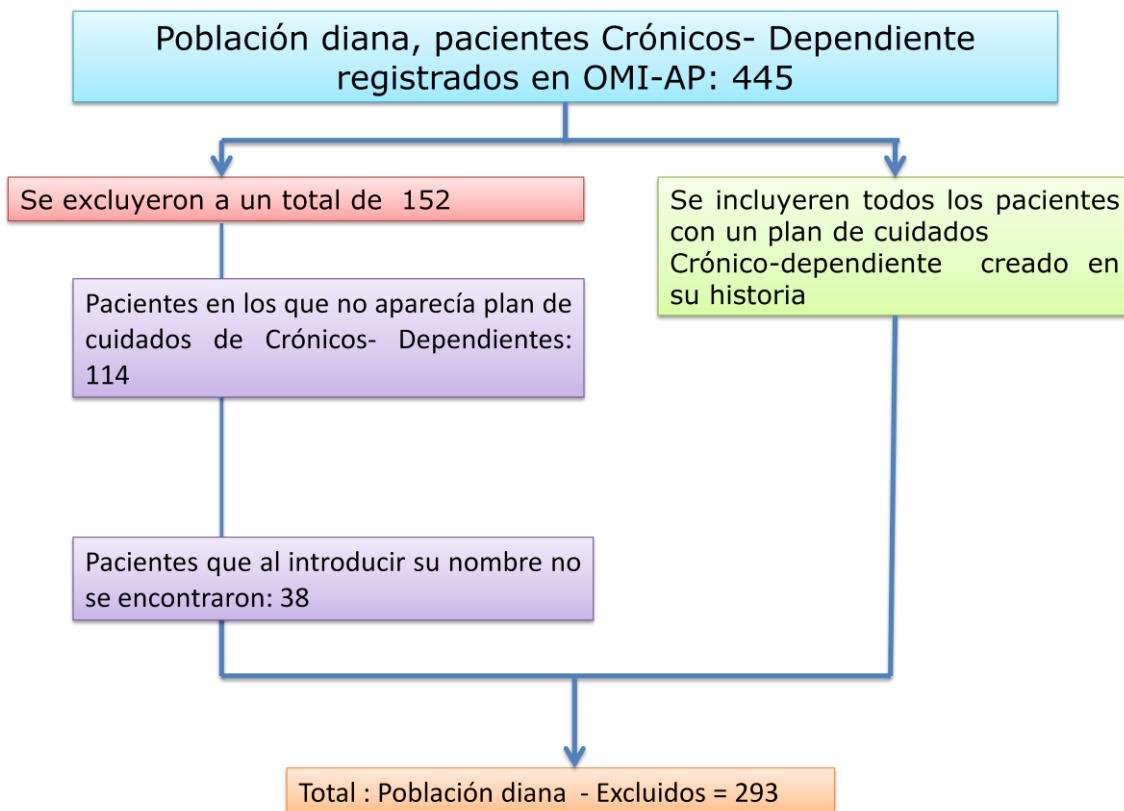
**Anexo 4. Descripción detallada de variables.**

- Edad: en años cumplidos. → Variable cuantitativa discreta.
- Sexo: Masculino/ Femenino. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Procedencia del paciente: Búsqueda activa/ Demanda espontánea/ Consultas externas/ Hospitalización/ otros. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Paciente inmovilizado: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Diagnóstico de inclusión en el programa de crónicos dependientes: Degeneración cerebral/ Senilidad/ Alteración de la columna vertebral/ Atención post quirúrgica/ Otros. → Variable cualitativa nominal politómica.
- Tipos de cuidados que recibirá: Convalecencia/ Mantenimiento/ Paliativos. → Variable cualitativa ordinal politómica.
- Soporte socio- familiar:
  - Red de apoyo familiar: Adecuada/ Inadecuada. → Variable cualitativa nominal dicotómica
  - Tele asistencia: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica
- Cuidador principal: Ayuda domiciliaria/ Familiar/ Hijos/ Padres/ Pareja/ Otros. → Variable cualitativa nominal politómica.
- Estado del cuidador: Adecuado/ Falta de apoyo/ Falta de información/ Incapacidad fisca-mental/ Signos de cansancio. → Variable cualitativa nominal politómica.
- Presencia del cuidador de síntomas de cansancio: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Puntuación de la encuesta ZARIT. → Variable cuantitativa discreta.
- Información al paciente y la familia sobre la enfermedad y el tratamiento: Adecuada/ Inadecuada. → Variable cualitativa nominal dicotómica.

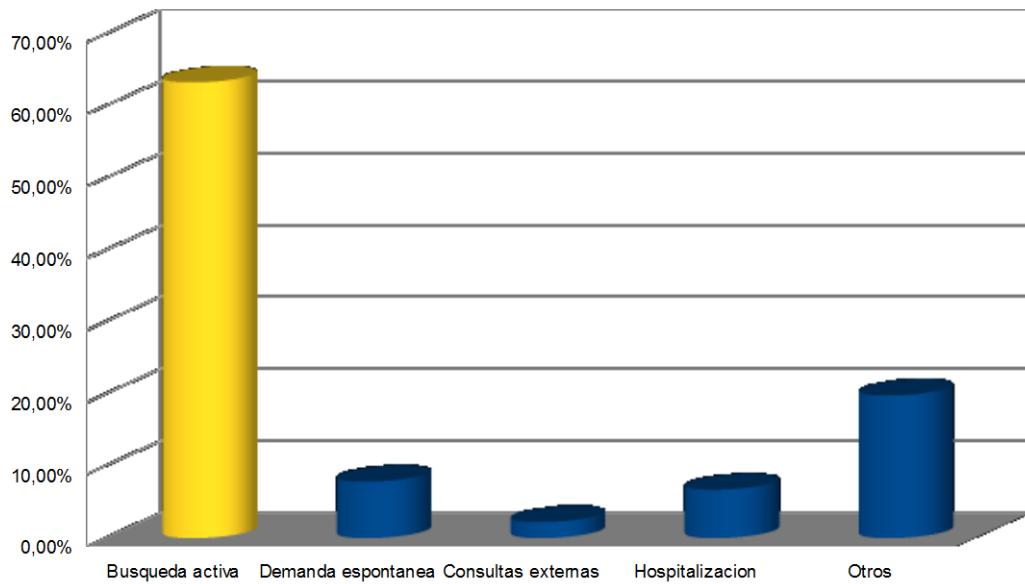
- Síntomas psico- físicos:
  - Alteración del estado de ánimo: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
  - Alteración del sueño: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
  - Se automedica: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Ingesta de alimentos y líquidos: Adecuada/ Inadecuada. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Eliminación:
  - Estreñimiento: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
  - Incontinencia urinaria: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Estado general:
  - Nivel de conciencia: Normal/ Anormal. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
  - Estado nutricional: Normal/ Anormal. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Puntuación de la escala de Norton. → Variable cuantitativa discreta.
- Información general sobre:
  - Su enfermedad: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
  - Hábitos de descanso: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
  - Plan de cuidados: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
  - Tratamiento: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
  - Automedicación: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
  - Prevención de estreñimiento: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.

- Prevenir caídas: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Eliminación de barreras: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Alimentación correcta: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Ingesta adecuada de líquidos: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
- prevención de ulceras: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Puntuación en la escala de Barthel. → Variable cuantitativa discreta.
- Puntuación en la escala Pfeiffer. → Variable cuantitativa discreta.
- Diagnósticos de enfermería:
  - Gestión ineficaz de la propia salud: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
  - Conocimientos deficientes: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
  - Afrontamiento ineficaz: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
  - Baja autoestima situacional: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.
  - Déficit de auto cuidado: SI/NO. → Variable cualitativa nominal dicotómica.

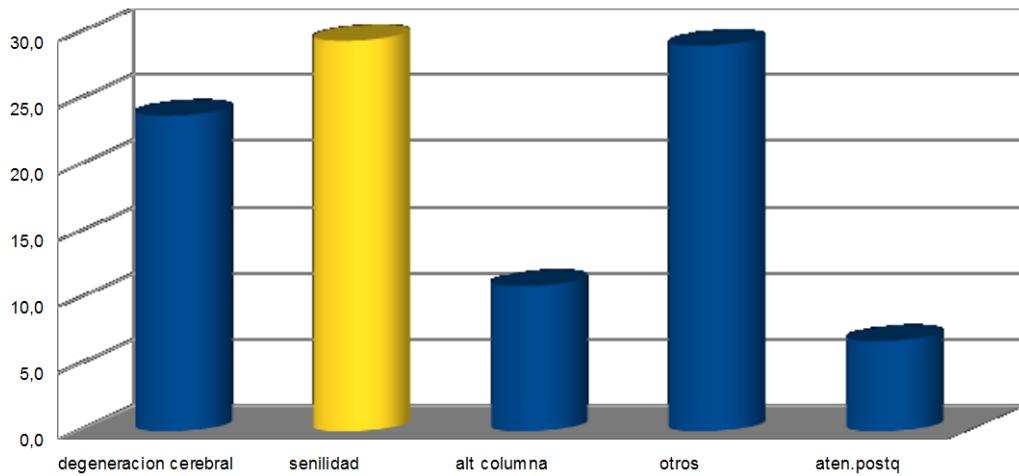
## **Anexo 5. Población de estudio**



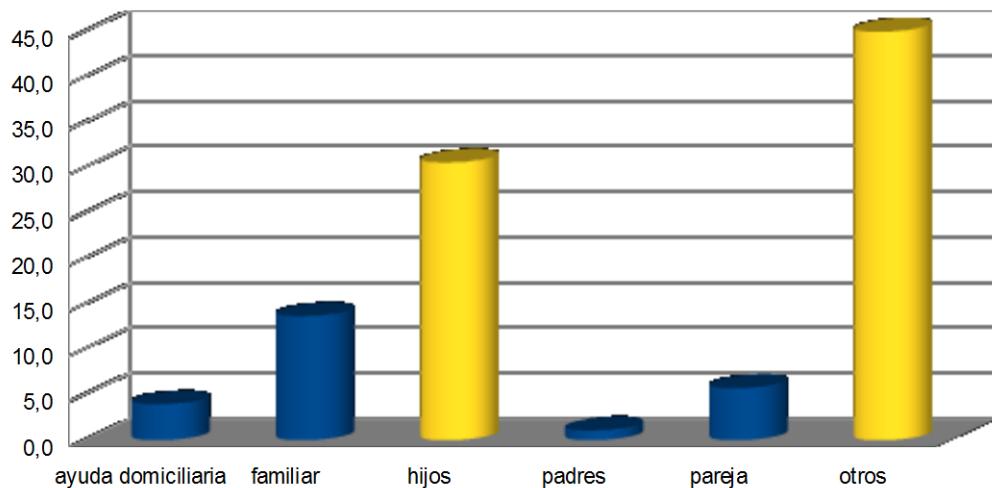
**Gráfica 1.- Procedencia de los pacientes**



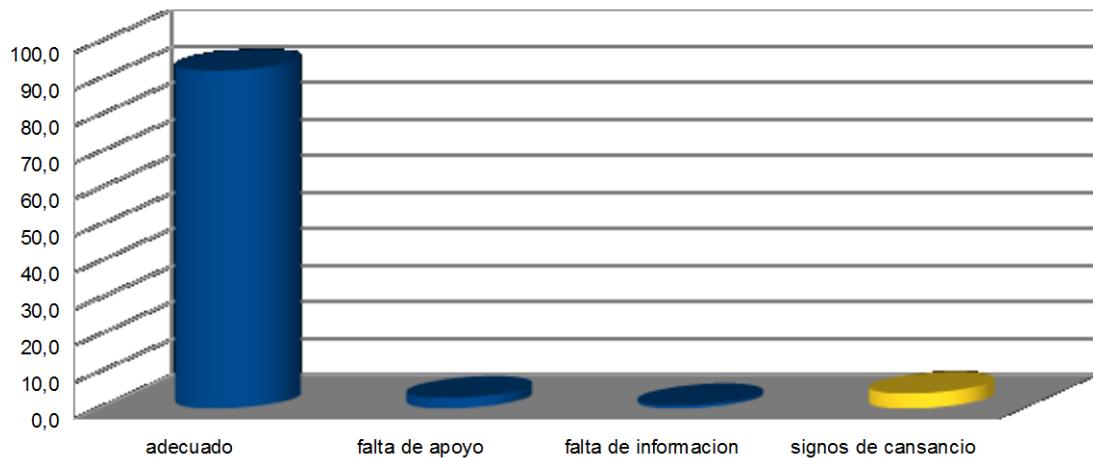
**Gráfica 2.- Diagnósticos de Inclusión**



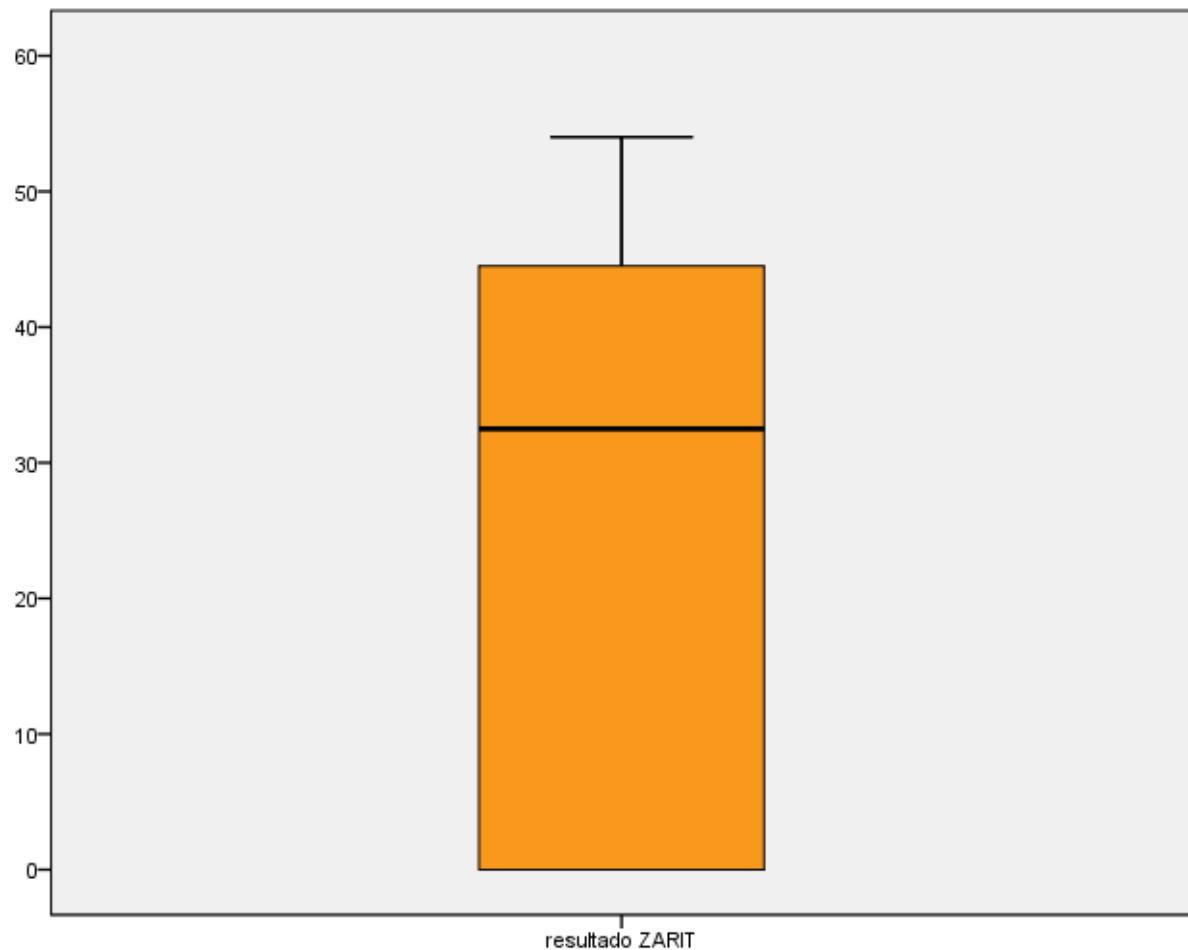
**Gráfica 3.- Cuidadores principales de los crónico-dependientes**



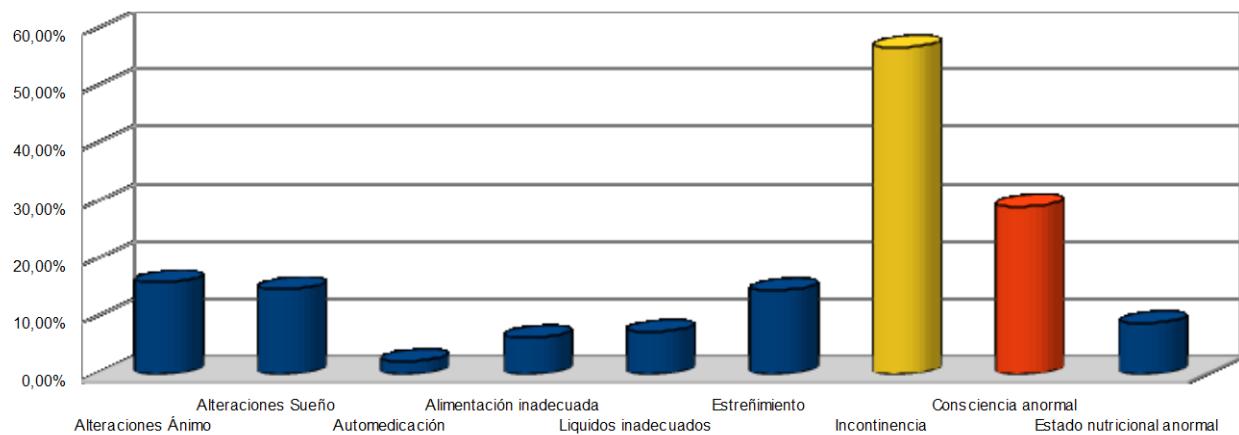
**Gráfica 4.- Estado del cuidador principal**



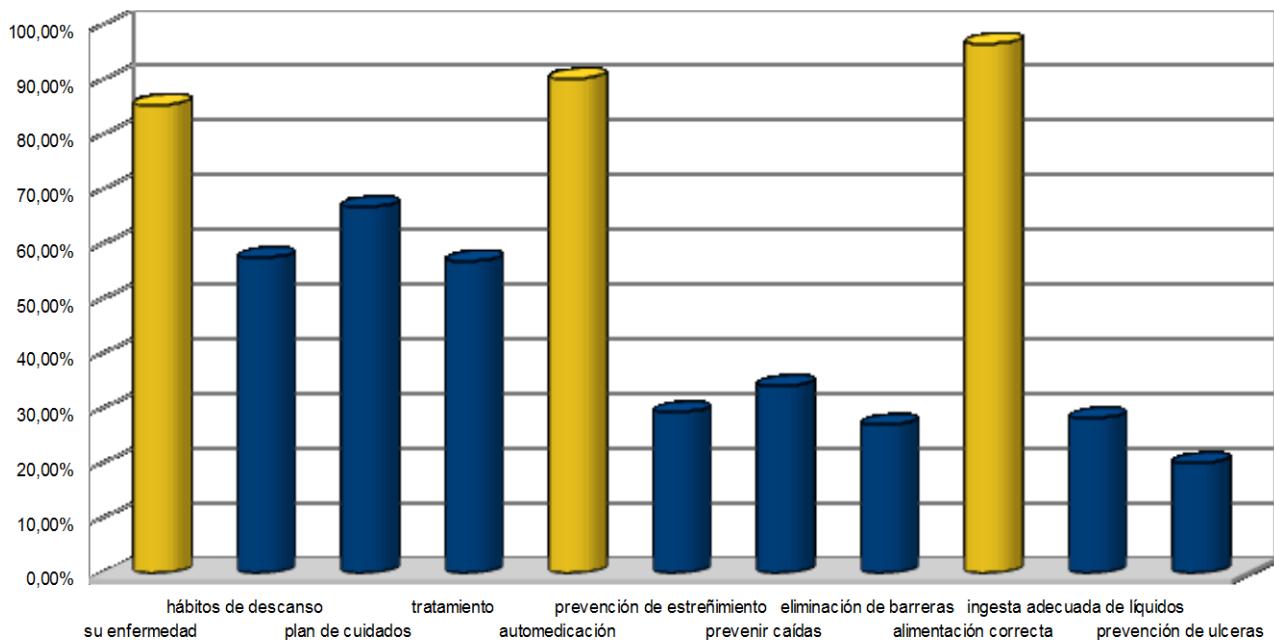
**Gráfica 5.- Test de Zarit**



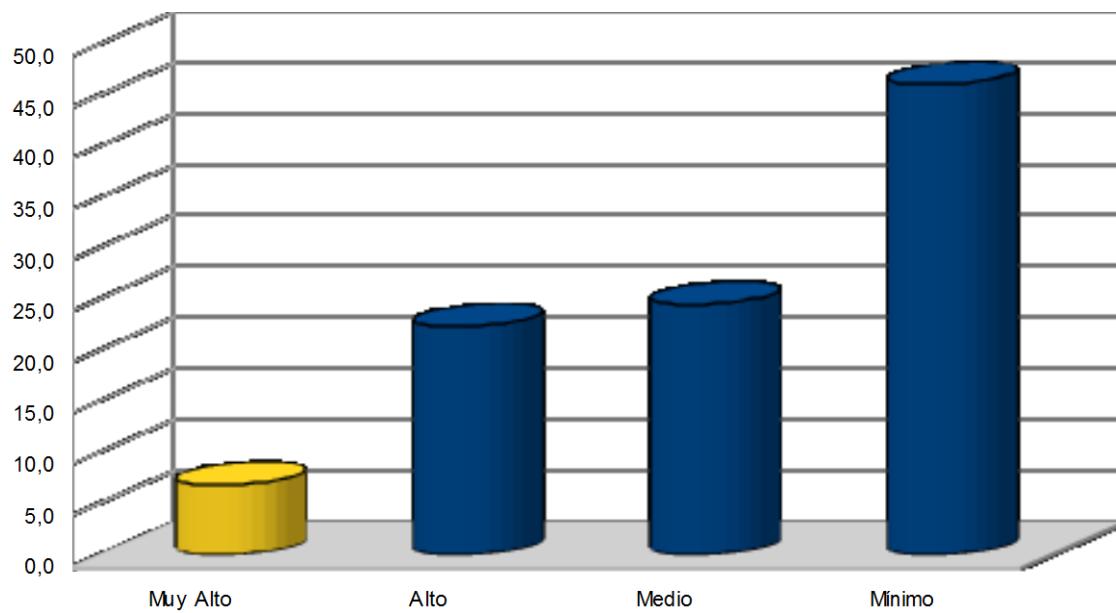
**Gráfica 6.- Anamnesis**



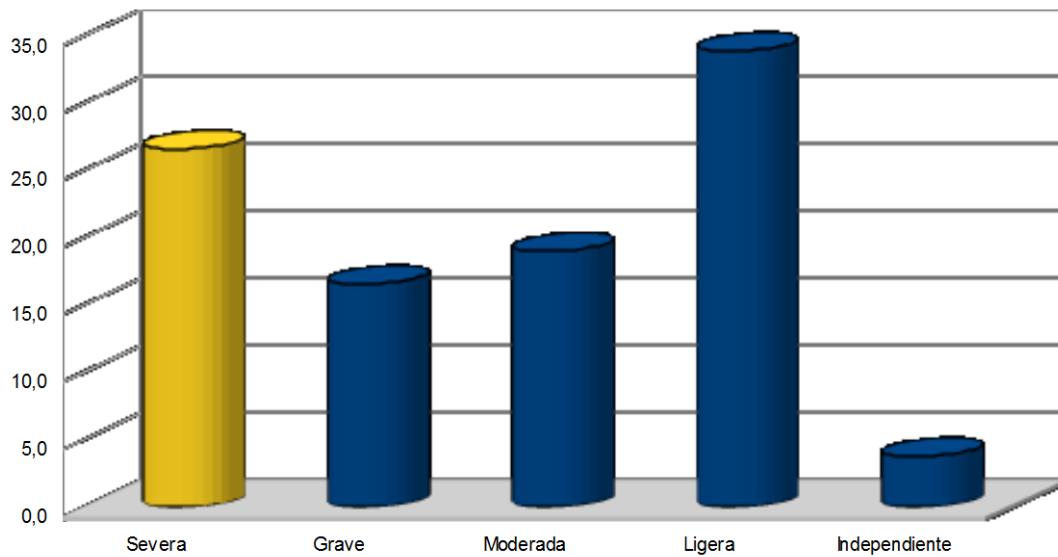
**Gráfica 7.- Información general a los pacientes**



**Gráfica 8.- Riesgo de úlceras por presión**



**Gráfica 9.- Grado de dependencia**



**Gráfica 10.- Factores de riesgo cardiovascular como enfermedad**

