

Trabajo Fin de Grado

Estudio descriptivo del perfil clínico y sociodemográfico, de los diagnósticos enfermeros NANDA y de los planes de cuidados de enfermería de los mayores de 65 años inmovilizados de un centro de salud urbano y otro rural.

Autor/es

Lidia Sanz Pérez

Director/es

Santiago Valdearcos Enguítanos

Escuela Universitaria de Enfermería. Teruel

2015

INDICE

PORTADA	1
ÍNDICE	2
RESUMEN/ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVOS	8
METODOLOGÍA	9
RESULTADOS	10
DISCUSIÓN	12
CONCLUSIÓN	14
AGRADECIMIENTOS	15
BIBLIOGRAFÍA	16
ANEXO 1	19
ANEXO 2	25

RESUMEN

Introducción. Los pacientes inmovilizados suponen un gran volumen de trabajo para enfermería ya que la inactividad prolongada entraña graves complicaciones locales y sistémicas. Por ello es necesario evaluar la utilización del Diagnóstico Enfermero para la valoración de necesidades del paciente y resolución de problemas que podrían ser evitados desde atención primaria.

Objetivos. Describir el perfil clínico y los diagnósticos de enfermería vinculados a los pacientes con inmovilización mayores de 65 años de los centros de salud de Teruel Ensanche y de Monreal del Campo.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal de pacientes inmovilizados >65 años registrados por el sistema OMI-AP desde el 1 de enero del 2014 al 19 de enero del 2015. La población diana fueron 59 pacientes registrados en Monreal del campo y 133 en el centro de salud de Teruel Ensanche.

Resultados. Se obtuvo una muestra final de 126 pacientes (38 de Monreal y 88 de Teruel). En cuanto a diagnósticos principales el de Senilidad fue el más predominante y respecto a diagnósticos enfermeros el Déficit de autocuidado alcanzó un 78,5%. También observamos que un 55,6% presentaban riesgo de UPP.

Conclusiones. El uso y aplicación de los diagnósticos enfermeros en la práctica clínica de los pacientes inmovilizados es muy bajo. Nos encontramos con la necesidad de desarrollar una metodología en la formación enfermera y revisión del programa OMI-AP para conseguir una mayor aceptación y registro por parte de enfermería.

Palabras clave. Inmovilizados, Diagnósticos NANDA, Planes de cuidados enfermería, Atención primaria.

ABSTRACT

Introduction. Immobilized patients represent a large volume of work for nursing since prolonged inactivity involved severe local and systemic complications. Therefore, it is necessary to evaluate the use of nursing diagnoses for the assessment of needs to the patient and resolution of problems that could be avoided from primary care.

Objectives. Describing the clinical profile and nursing diagnoses related to patients with immobilization over 65 years of health centers Teruel Ensanche and Monreal del Campo.

Materials and methods. A descriptive observational study of immobilized patients ≥ 65 years recorded by the OMI-AP system from 1 January 2014 to 19 January 2015 was made. The target population was 59 patients registered in Monreal del Campo health center and 133 in Teruel Ensanche.

Results. A final sample of 126 patients (38 Monreal and 88 Teruel) was obtained. Regarding main diagnoses of senility was the most predominant and nursing diagnoses regarding self-care deficit reached 78.5%. We also observed that a 55.6% had risk of UPP.

Conclusion. The use and application of the nursing diagnoses in clinical practice of immobilized patients is very low. We have the need to develop a methodology in the training program review OMI-AP to get a greater acceptance and registration by nursing.

Keywords. Immobilized, NANDA diagnoses, nursing care, primary care.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población, junto a otros cambios sociales, ha obligado a los servicios de salud y a sus profesionales de enfermería a una reestructuración de recursos y cambios en la metodología de trabajo, para poder atender los problemas de salud con una adecuada calidad¹.

La Subcomisión de cuidados del Gobierno de Aragón, priorizó para comenzar a trabajar el servicio al paciente inmovilizado y los de pacientes con patología crónica (HTA, diabetes, EPOC, dislipemia, obesidad), por considerar que son de los que suponen un mayor volumen de carga de trabajo para los profesionales de enfermería que atienden a población adulta.²

En la actividad de enfermería pueden observarse cuando los criterios que se utilizan son válidos, coherentes y precisos, así como también las debilidades a la hora de describir las observaciones y la evaluación de los cuidados proporcionados al paciente.

Los estudios de prevalencia del diagnóstico enfermero (DE)³⁻⁴ comienzan a tener gran importancia en España entorno al año 2000. Si se quiere “medir los cuidados” y conocer los resultados que obtienen las enfermeras, o implantar planes de cuidados estandarizados, es imprescindible conocer los problemas más frecuentes en el medio hospitalario⁵⁻⁶, teniendo en cuenta limitaciones tales como el bajo nivel de cumplimentación de registros y la infrautilización del DE desde hace años.⁷⁻⁸

A pesar de los intentos de puesta en marcha del proceso de atención de enfermería⁹⁻¹⁰, o de DE en la asistencia sanitaria, no acaba de generalizarse el uso del diagnóstico en la asistencia.

Pocos profesionales manejan tantos y tan variados datos como nuestro colectivo, y ya hace bastantes años que se intenta encontrar la documentación de cuidados para la óptima utilización del Proceso de Atención de Enfermería, como reconocido instrumento de valoración de las necesidades del paciente y de resolución de problemas^{1,11}.

Esta documentación debe permitir registrar de forma completa y precisa los cuidados que requiere el paciente, pero también debe ahorrar tiempo y facilitar la comunicación multidisciplinaria¹¹.

Como ya se ha mencionado, los pacientes inmovilizados suponen un gran volumen de trabajo para enfermería. A medida que el hombre envejece ocurre un deterioro progresivo de casi todas sus funciones biológicas, incluso en ausencia de enfermedad.

Dentro de los grandes síndromes geriátricos, la inmovilidad es una de las más graves consecuencias de las enfermedades que puede sufrir un anciano. Constituye el conjunto de síntomas y signos que resultan de la descompensación o deterioro del equilibrio, por desconexión de las funciones de relación del sistema neuromusculoesquelético, que condicionan la limitación funcional de postración y dependencia progresiva.^{12,13}

La prevalencia e incidencia de los problemas de movilidad en los ancianos aumentan con la edad aunque la primera también varíe en dependencia de las circunstancias.

La inactividad prolongada o la permanencia en cama entrañan graves complicaciones locales y sistémicas que pueden ser evitadas desde la atención primaria.¹⁴

El reposo en cama debe reservarse para aquellas situaciones críticas en las que el riesgo inherente a mantener una actividad física sobrepasa riesgos muy significativos de inmovilidad. Es muy importante para prevenir la aparición de úlceras por presión en dichos pacientes. Para ello se recurre a la utilización de escalas de valoración, siendo la más usada la de Norton.¹⁵

Al aparecer con mayor frecuencia en la etapa geriátrica, es necesario identificar factores de riesgos biológicos y psicológicos para prevenir que estos pacientes lleguen a la discapacidad o inmovilización total y lograr un mejor nivel de vida.

El envejecimiento en general, la incapacidad y los distintos grados de dependencia en particular, son actualmente algunos de los desafíos más importantes a los que debe enfrentarse el sistema sanitario.

En España se estima que de 1.376.200 personas que en 1996 superaban los 74 años pasarán a ser 4.004.000 en el año 2026.¹⁶

De igual forma, los cuidados de los pacientes inmovilizados caracterizados en su mayoría por la pluripatología, ocasionan una sobrecarga sentida en las personas cuidadoras de los mismos. Esto genera un problema de salud añadido¹⁷, siendo por tanto conveniente identificar estos cuidadores y valorar su estado.

OBJETIVOS

Generales:

- Describir el perfil clínico y sociodemográfico de los pacientes con inmovilización mayores de 65 años de los centros de salud de Teruel Ensanche y de Monreal del Campo así como los factores asociados con la misma.
- Describir los diagnósticos de enfermería vinculados a inmovilizados mayores de 65 años así como el seguimiento de los planes de cuidados de enfermería.

Específicos:

- Determinar el principal diagnóstico de inmovilidad en pacientes del ámbito urbano (Teruel) y el ámbito rural (Monreal del Campo) y comparar prevalencia de enfermedades.
- Describir el riesgo de úlceras por decúbito de los pacientes inmovilizados, así como la valoración del estado de los cuidadores de dichos pacientes.
- Comparar las diferentes variables que pueden influir en la situación de los pacientes inmovilizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio epidemiológico observacional descriptivo transversal de pacientes inmovilizados registrados por el sistema OMI-AP (Sistema de Historia Clínica Electrónica utilizado en Atención Primaria) desde el 1 de enero del 2014 al 19 de enero del 2015 y seleccionados mediante el sistema OMI-EST de los centros de salud de Teruel Ensanche y Monreal del Campo.

Los criterios de inclusión fueron pacientes inmovilizados >65 años, y registrados en el OMI-AP entre el 1 de enero de 2014 y 19 de enero del 2015. Los criterios de exclusión fueron pacientes no encontrados o mal diagnosticados como inmovilizados.

La población diana fueron 59 pacientes registrados en Monreal del campo y 133 en el centro de salud de Teruel Ensanche registrados en esas fechas.

Las variables registradas mediante una hoja de recogida de datos, son las que se enumeran y describen en el **Anexo I**.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico IBM SPSS y para las gráficas y anexos el programa Microsoft Excel.

Las relaciones entre las variables cualitativas se analizaron con la χ^2 en caso de cumplir normalidad y en caso de no cumplirse con el test de Fisher o asociación lineal.

Las variables cuantitativas asociadas a variables cualitativas de dos categorías a través de la T-student si cumplían normalidad y si no se utilizó la U de Mann Whitney.

Y finalmente, para relacionar una variable cuantitativa con una variable cualitativa de más de 2 categorías, utilizamos la Anova si hubo normalidad y si no Kruskal Wallis.

La relación entre las variables se consideró con significación estadística un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra final de 126 pacientes (38 de Monreal y 88 de Teruel Ensanche). **Anexo 2.**

La mediana de la edad fue de 87 años (IQR=9 años), siendo de 88 años en las mujeres frente a 86 años de los hombres.

En la muestra, el 73% fueron hombres. Igualmente, el 30,2% pertenecían a un centro rural.

Respecto a la procedencia de los pacientes a la hora de ser incluidos como inmovilizados, el 56,3% fueron captados por búsqueda activa. **Gráfica 1.**

En lo que se refiere a los diagnósticos principales, el de Senilidad fue el que alcanzó un 69,76%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los diagnósticos teniendo en cuenta el tipo de centro de salud (Asociación lineal, $p>0,05$). **Gráfica 2.**

En cuanto al tipo de cuidados que recibieron los pacientes inmovilizados, el 67,2% los recibían de convalecencia, cada 90 días. Únicamente se encontró un paciente terminal.

Cuando se valoró el soporte socio-familiar, encontramos un 14,4% de aislamiento social. **Gráfica 3.**

Evaluated el entorno y la movilidad del paciente, se detectó que en el 9,7% de los casos, las condiciones de la vivienda eran inadecuadas, y además, un riesgo de caídas de un 71%.

Los cuidadores principales de los pacientes inmovilizados fueron en el 36,9% de los casos los hijos. **Gráfica 4.**

En un 3,4% de los cuidadores se apreciaron signos de cansancio, y un 14,3% no tenían un estado adecuado. **Gráfica 5.**

La información que los pacientes y la familia tenían sobre su enfermedad y tratamiento se describen en la **gráfica 6.**

Analizando los aspectos referidos a síntomas psico-físicos, ingesta y estado general, se vio que un 30,8% tenía un nivel de consciencia anormal y un 26,5% presentaban dolor registrado mediante una escala analógico-visual EVA. El 65% presentaban incontinencia urinaria o fecal. **Gráfica 7.**

A la hora de valorar el riesgo de úlceras por presión (UPP), el 92,9% tenían la Escala de Norton registrada, con una media de 13,39 puntos (DE=3,151 puntos) **Gráfica 8.**

El 55,6% presentaban riesgo de UPP.

En cuanto a los diagnósticos enfermeros registrados en el programa de los inmovilizados, el Déficit del autocuidado era el más prevalente con un 78,51%, seguido del Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, con un 50,69%. **Gráfica 9.**

Si nos referimos a las Necesidades de Henderson/Gordon, encontramos que las dos más prevalentes fueron el patrón Nutrición/Piel/temperatura con un 11,1% y el patrón de Movilización/Respiración/Ocio, con el mismo porcentaje. Destacar que hubo 4 patrones en los que no se detectó registro alguno. **Gráfica 10.**

El aislamiento social tiene una clara relación con el estado del cuidador (Fisher, $p=0,003$), mientras que la mala comunicación socio-familiar no la tiene.

El riesgo de caídas no dependía de las condiciones de la vivienda (Fisher, $p=0,176$).

En lo referente a la valoración de la Escala de Norton, sus valores medios no presentaron diferencias significativas según el sexo ni según el tipo de centro de salud (T Student, $p>0,05$).

Igualmente tampoco se encontraron según el tipo de cuidados (ANOVA, $p>0,05$).

DISCUSIÓN

Nuestro estudio trata sobre la población de inmovilizados de 2 centros de salud de características básicas diferentes, uno urbano y otro rural, aunque por la provincia en la que se encuentran, el urbano posee una parte de características que comparte con los rurales, por lo que la comparación entre ambos podría distar de la realidad o no aparecer diferencias.

La definición de inmovilizado ya venía implantada en Aragón desde el período en el que las transferencias no estaban todavía descentralizadas, con unos criterios de inclusión y unas normas técnicas mínimas que aún perduran. Con la aparición de un nuevo programa de salud, conocido como crónicos dependientes, parte de la caracterización del inmovilizado perdió su identidad, ya que es complejo que un crónico dependiente catalogado como tal y que a la vez sea un inmovilizado, tenga todos los registros de ambos programas, tendiendo más hacia el nuevo dependiente.

También hemos podido constatar que solamente había un paciente terminal incluido en el listado de inmovilizados, cuando es claramente sabido que casi todos los terminales son inmovilizados, y en los registros del programa de terminales constan más pacientes que uno. Probablemente, si el enfoque hubiese sido global con los 3 programas de salud (inmovilizado, crónico dependiente y terminal), los resultados serían más realistas y a la vez comparables.

Los diagnósticos de inclusión en el programa no diferían de los de López¹⁸, con unos porcentajes similares.

Es de destacar en el estudio los bajos porcentajes de inadecuación en lo que se refería al soporte socio-familiar, lo que implica que se está en la dirección correcta.

En cuanto a los cuidadores de los pacientes inmovilizados, hay que destacar que en lo que se refería al test de Zarit, que es básico para evaluar la sobrecarga del cuidador, más del 90% de los registros carecían del test, por lo que no ha podido ser valorado.

Sí que es de enfatizar el bajo porcentaje de síntomas de cansancio en los cuidadores, menor de un 5%, que no es para nada similar al del estudio de Orueta-Sánchez et al, que presentaban mucha mayor sobrecarga¹⁹.

Por otra parte, es de destacar el elevado riesgo de caídas, lo que coincide con el estudio de Edelman et al²⁰.

En cuanto al riesgo de UPP, el resultado es elevado, mayor del 50%, incluso mayor que otros estudios²¹. Esto claramente se podría explicar por las características de estos pacientes, con tendencia al encamamiento, factor de riesgo directo de la aparición de las UPP.

También es preciso subrayar los porcentajes elevados (mayores de un 10%) en las alteraciones de los síntomas psico-físicos, y aspectos de ingesta, eliminación y estado general. Parece igualmente lógico pensar que se debe a las mismas causas intrínsecas de este tipo de pacientes.

Uno de los objetivos del estudio era la valoración de los diagnósticos enfermeros NANDA, aquí es de destacar los bajos registros en este tipo de pacientes, a pesar de la gran carga de trabajo domiciliario que generan al personal de enfermería, que parece finalmente no registrar adecuadamente su atención asistencial, no poniendo en duda la profesionalidad, pero sí la capacidad de registro en la historia clínica. Únicamente la situación de déficit de autocuidados y el deterioro de la integridad cutánea, claramente relacionado con las UPP.

Igualmente estos resultados contrastan con otros estudios donde describen muy ampliamente la variedad de registros prevalentes para este tipo de pacientes²². La coincidencia de resultado NANDA sí que es similar a otros estudios como el de Frías¹, siendo el diagnóstico más prevalente el mismo que en nuestro estudio, el déficit de autocuidados.

Ya en 2002, Izquierdo et al realizaron un estudio que concluía que el 33% del personal de enfermería utilizaba los diagnósticos enfermeros²³, lo cual contrasta 13 años después con los presentes resultados.

En igual situación podemos considerar el uso de las valoraciones enfermeras según Henderson o Gordon. Nuestra prevalencia de uso es mínima.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Los datos registrados en el sistema OMI-AP de nuestras variables en algunos casos fueron deficientes.
- Algunos pacientes pertenecen a la residencia Javalambre por lo que la información que encontramos no está actualizada ya que allí disponen de personal sanitario que lleva a cabo su cuidado diario.
- Es complicado que si un paciente está incluido en varios programas, éstos se cumplan completamente, aun teniendo ítems compartidos.

CONCLUSIONES

En vista a los resultados obtenidos concluimos que el uso y aplicación de los diagnósticos enfermeros en la práctica clínica de los pacientes inmovilizados es muy bajo. Así como también el plan personal de inmovilizados en su conjunto. La enfermera debe concienciarse sobre lo importante que es registrar todos los cuidados que realice tanto en la consulta como en atención domiciliaria. Por otro lado, el control del riesgo de UPP se lleva a cabo con un mayor registro, quizás porque sea un riesgo inminente en estos pacientes y por una mayor información enfermera.

Nos encontramos con la necesidad de desarrollar una metodología en la formación para que pueda ser viable en la actualidad. Quizás sería recomendable introducir y realizar más estudios sobre el programa OMI-AP para conseguir una mayor aceptación y registro revisando todos los planes personales, diagnósticos y programas de salud que se pueden aplicar a un mismo paciente.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer enormemente a Santiago Valdearcos Enguídanos, tutor del presente trabajo de investigación, por su esfuerzo, tiempo y dedicación, pues aunque su situación de salud no era la mejor, ha mostrado el mayor interés y paciencia posible.

BIBLIOGRAFIA

1. Frías VM, Anguera M, Rius MM, Martínez E. Diagnósticos enfermeros en una unidad sociosanitaria de asistencia psicogeriatrica. *Enferm Clin.* 2005;15(2):71-5.
2. Alfonso MI, Arrieta E, Gallel M, García AM, López M, Lordan G, et al. Manual planes de cuidados estandarizados en OMI-AP. Servicio Aragonés de Salud. 2013.
3. Rodríguez B, Ferrer MA. Prevalencia de diagnósticos enfermeros de la NANDA y necesidades alteradas de Henderson en una unidad de lactantes. *Enferm Clin.* 2002;12:253-9.
4. Nieto E, Ramos O. Evolución del lenguaje enfermero: evaluación de los diagnósticos en un informe de alta. *Metas Enferm.* 2000;22:45-52.
5. Serrano R, Narvaiza MJ, Saracíbar MI, Carrascal E, Tina P, Sanz M, et al. Correspondencia entre los problemas de salud y los cuidados de enfermería al ingreso del paciente. *Enferm Clin.* 2000;10:47-56.
6. Rodríguez MM, Torrés A, Azañón R, Rodríguez M, Palma J. Experiencia en la implantación del proceso enfermero en emergencias. *Tempus Vitalis.* 2003;3:4-10.
7. Gómez J, Domingo M, Pozo EM, Gabaldón C, Terrés M, Torres M, et al. Terminología utilizada por las enfermeras del Hospital General de Alicante en la hoja de cuidados de enfermería. *Index Enferm.* 2003; 40-1:16-9.
8. Serrano R, Saracíbar MI, Díaz MT, Tina P, Narvaiza MJ. ¿Dónde comienza la calidad científica de los documentos de enfermería? El reto de la documentación. *Rev Rol Enferm.* 1994;191-2:33-40.
9. Llamas C. ¿Cómo se utiliza el proceso de cuidados de enfermería? *Rev Rol Enf* 2003;26:354-62.
10. Maña M, Sáez A. Resultados obtenidos en consulta de enfermería tras la protocolización de planes de cuidados. Experiencia en un EAP de Torrejón de Ardoz. *Enferm Cient.* 1997;184-5:34-9.

11. Corrales-Nevado D, Palomo-Cobos L. La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. *Enferm Clin.* 2014;24(1):51-58.
12. Escarrabill J, Cleries X, Sarrado JJ. Competencia transversal de los profesionales que facilitan atención domiciliaria a pacientes crónicos. *Aten Primaria.* 2015;47(2):75-82.
13. Diéguez Dacal R. Síndrome de inmovilidad. En: Rocabruno Mederos JC. *Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica.* La Habana: Científico Técnica; 1999. p. 178-83.
14. Gregorio Gil P, Casado Rivera JM. Problemas clínicos más relevantes en el paciente geriátrico. En: Farreras R, Rozman C. *Medicina Interna.* 14 ed. España: Harcourt; 2000. p. 1275-99.
15. Millán B, Hernández J, Vaduva RC, Alavena M, García P, Yusta A. Protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. *Medicine.* 2011;10(77):5259-63.
16. Guillén Llera F, Ribera Casado JM. *Geriatria XXI: Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España.* Madrid: EDIMSA; 2000.
17. 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.
18. López M. Estudio descriptivo sobre los enfermos crónicos dependientes en el sector de Teruel (2006-2008). Trabajo final de Diplomado en Sanidad. Zaragoza. 2009.
19. 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.

20. Edelman MA, Ficorrelli CT. La seguridad de los ancianos en casa. Nursing. 2012. 30(6):46-47.
21. 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.
22. 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.
23. Izquierdo JM, Pérez MB, Ramírez FJ, Serrano I, Torres MD, Conde G. Implantación del proceso enfermero. Rev Rol Enferm. 2002;25:488-93.

ANEXO I: DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

- Centro: Tipo de centro de salud: RURAL/URBANO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Edad: en años cumplidos. Variable cuantitativa discreta.
- Sexo: Femenino/Masculino. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Procedencia del paciente. Variable cualitativa nominal politómica.
 - Búsqueda activa
 - Consultas externas
 - Demanda espontánea
 - Hospitalización
 - Otros.
- Paciente terminal: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Diagnóstico de inclusión en el programa de inmovilizados. Variable cualitativa nominal politómica.
 - Degeneración cerebral
 - Senilidad
 - Alteración de la columna vertebral
 - Ceguera
 - Hemiplejia (síndrome paralítico)
 - Parkinson
 - Problemas mentales
 - Isquemia cerebral transitoria
 - Efectos tardíos lesión secundaria
 - Fractura pelvis
 - Cardiopatía
 - Otros.
- Tipos de cuidados que recibirá. Variable cualitativa ordinal politómica.
 - Convalecencia (cada 90 días)
 - Mantenimiento (cada 30 días)
 - Paliativos (cada 15 días)
- Red de apoyo familiar: Adecuada/ Inadecuada. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Teleasistencia: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.

- Mala comunicación socio-familiar: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Aislamiento social: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Condiciones de la vivienda: Adecuada/Inadecuada. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Riesgo de caídas: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Cuidador principal: Variable cualitativa nominal politómica.
 - Ayuda domiciliaria
 - Familiar
 - Hijos
 - Padres
 - Pareja
 - Otros
 - Residencia
 - Solo
- Estado del cuidador: Variable cualitativa nominal politómica
 - Adecuado
 - Falta de apoyo
 - Falta de información
 - Incapacidad física/mental
 - Signos de cansancio
- Información al paciente y la familia sobre la enfermedad y el tratamiento: Adecuada/ Inadecuada. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- 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.
- Dolor: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Puntuación EVA. Variable cuantitativa discreta.
- Ingesta de alimentos y líquidos: Adecuada/ Inadecuada. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Estreñimiento: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Incontinencia urinaria/fecal: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.

- 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.
- Riesgo Úlceras por presión: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (NANDA)

- Deterioro de la movilidad física: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Déficit de autocuidado: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Estreñimiento: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Riesgo de deterioro de la mucosa oral: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Riesgo de síndrome de deshuso: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Desequilibrio nutricional por exceso: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Deterioro de la deambulación: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.

NECESIDADES DE HENDERSON/GORDON

- Percepción salud/Evitar riesgos: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Nutrición/Piel/Tª: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Eliminación: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Movilidad/Respiración/ Ocio: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Sueño/Descanso: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.

- Cognición-percepción/Aprendizaje: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Autopercepción/Autoestima: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Rol/Relación/Comunicación: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Sexualidad/Reproducción: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Adaptación/Tolerancia al estrés: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.
- Valores/Creencias: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.

Hoja de recogida de dichas variables

Edad: _____

Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino

DATOS DE INCLUSIÓN

Centro de salud: Rural ☐

Urbano ☐

Procedencia del paciente: ☐ Búsqueda activa
☐ Consultas externas
☐ Demanda espontánea
☐ Hospitalización
☐ Otros

¿Paciente TERMINAL? ☐ Si ☐ No

Diagnostico principal: ☐

TIPOS DE CUIDADOS

☐ Cada 90días-basicos-CONVALECENCIA
☐ Cada 30días-continuados-MANTENIMIENTO
☐ Cada 15días-PALITIVOS

SOPORTE SOCIO-FAMILIAR

Red de apoyo familiar: ☐ Adecuada ☐ Tiene teleasistencia? ☐ Si ☐ No
☐ Inadecuada

Mala comunicación socio-familiar Si ☐ No ☐

Aislamiento social Si ☐ No ☐

ENTORNO Y MOVILIDAD

Condiciones de vivienda: ☐ Adecuada ☐ Riesgo de caídas? ☐ Si ☐ No
☐ Inadecuada

CUIDADOR

Cuidador principal: ☐ Ayuda domiciliaria ☐ Estado del cuidador: ☐ Adecuado
☐ Familiar ☐ Falta de apoyo
☐ Hijos ☐ Falta de información
☐ Padres ☐ Incapacidad física/mental
☐ Pareja ☐ Signos de cansancio
☐ Otros ☐ ¿Presenta síntomas de cansancio? ☐ Si ☐ No
☐ Residencia

Resultado del cuest. De ZARIT: _____

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

Dolor (EVA) ☐ 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
☐ Anormal

El estado NUTRICIONAL es: ☐ Normal
☐ Anormal

ESCALA DE NORTON (úlceras)

Riesgo ÚLCERAS DE PRESIÓN: ____

DE ENFERMERÍA (NANDA)

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea ☐ Si ☐ No

Deterioro de la movilidad física ☐ Si ☐ No

Déficit de autocuidado ☐ Si ☐ No

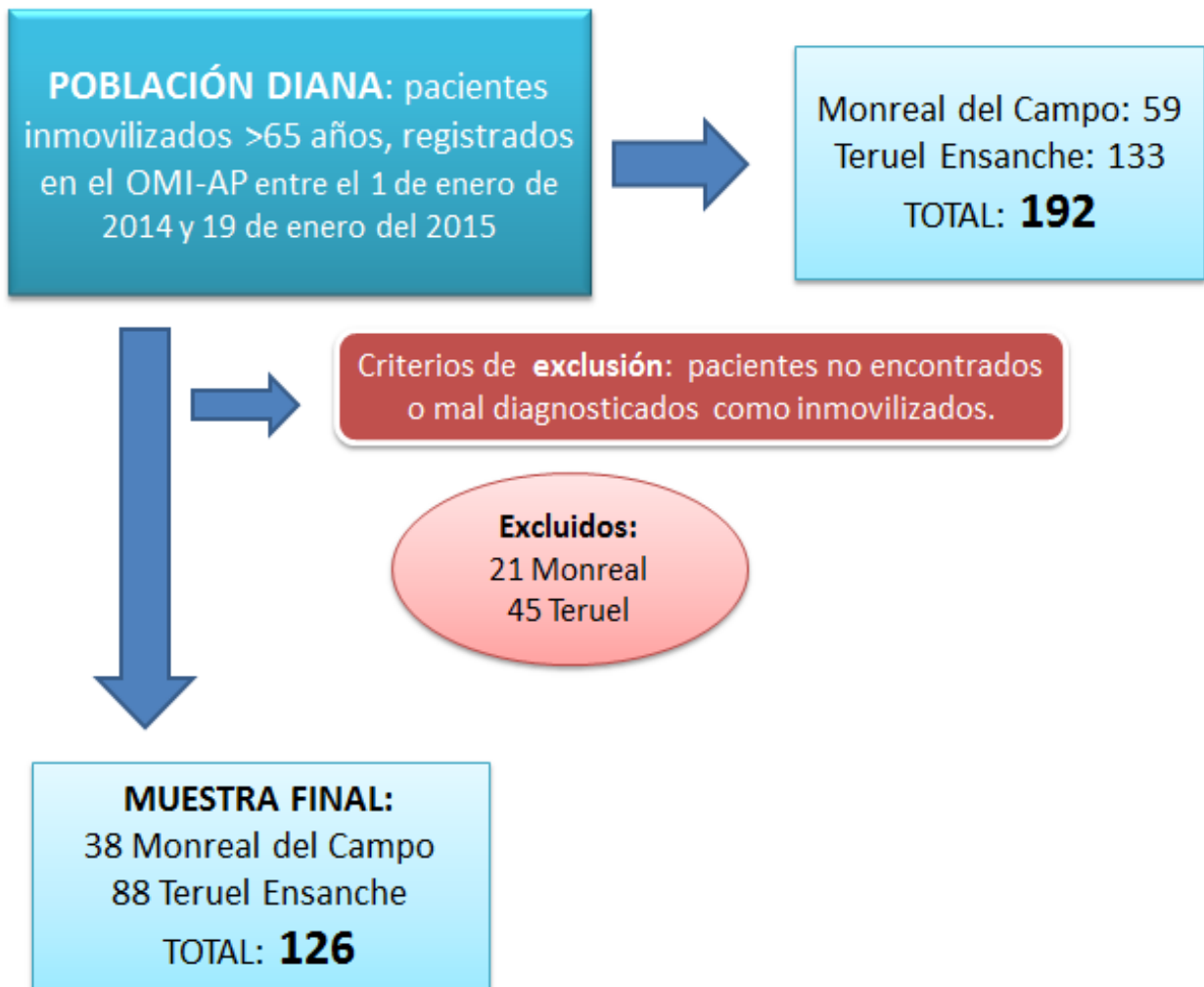
Estreñimiento ☐ Si ☐ No

Deterioro de la deambulación ☐ Si ☐ No

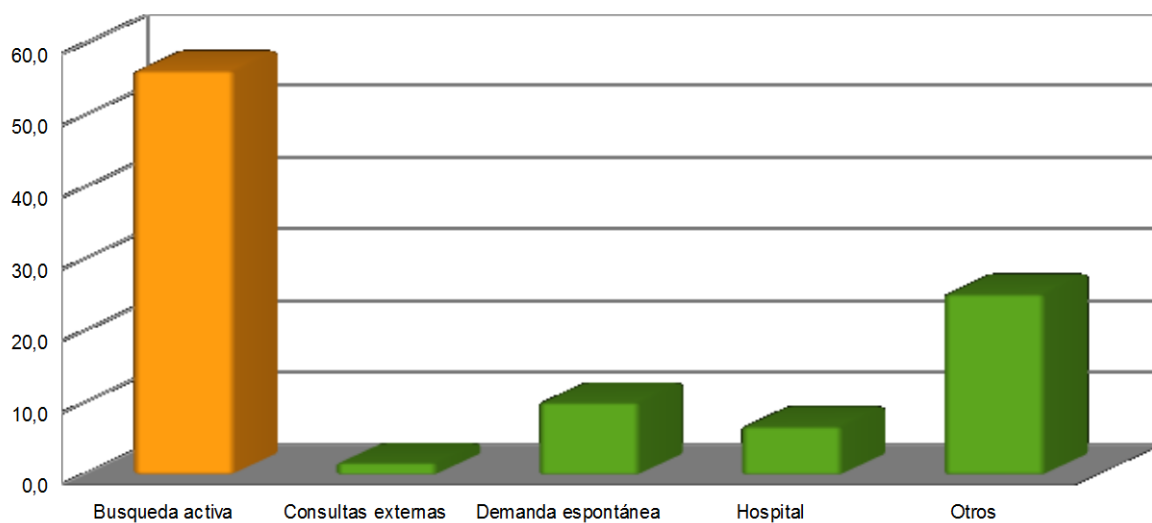
NECESIDADES DE HENDERSON-GORDON

1. Percepción salud/Evitar riesgos
2. Nutrición/Piel/Tª
3. Eliminación
4. Movilidad/Respiración/ Ocio
5. Sueño/Descanso
6. Cognición-percepción/Aprendizaje ☐ Si ☐ No
7. Autopercepción/Autoestima
8. Rol/Relación/Comunicación
9. Sexualidad/Reproducción
10. Adaptación/Tolerancia al estrés
11. Valores/Creencias

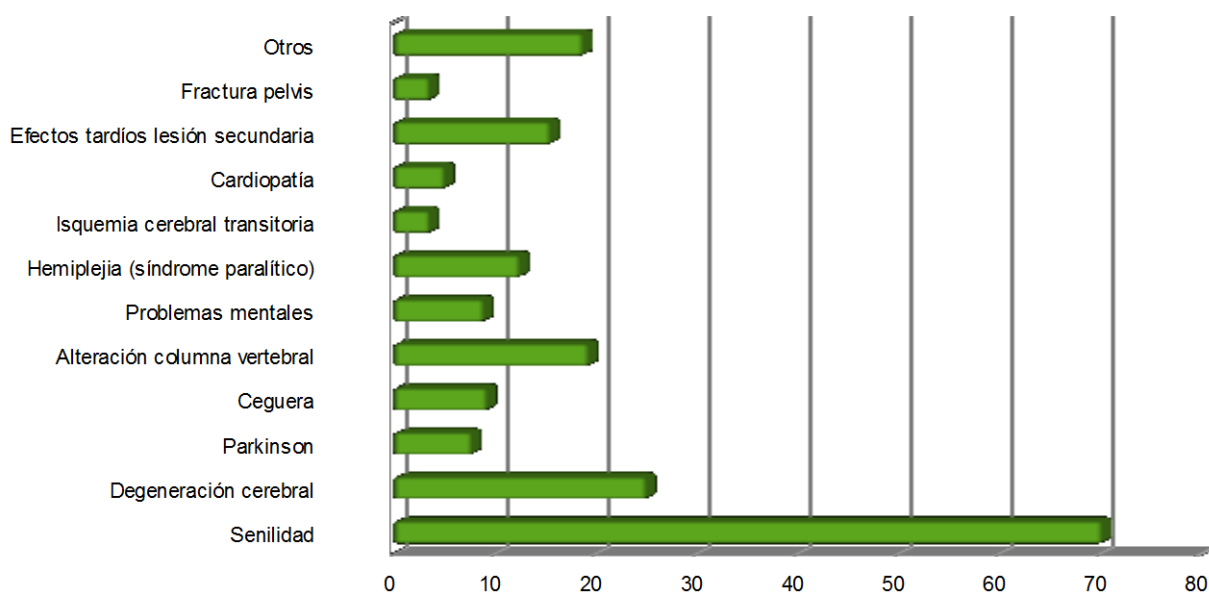
ANEXO 2. POBLACION DE ESTUDIO



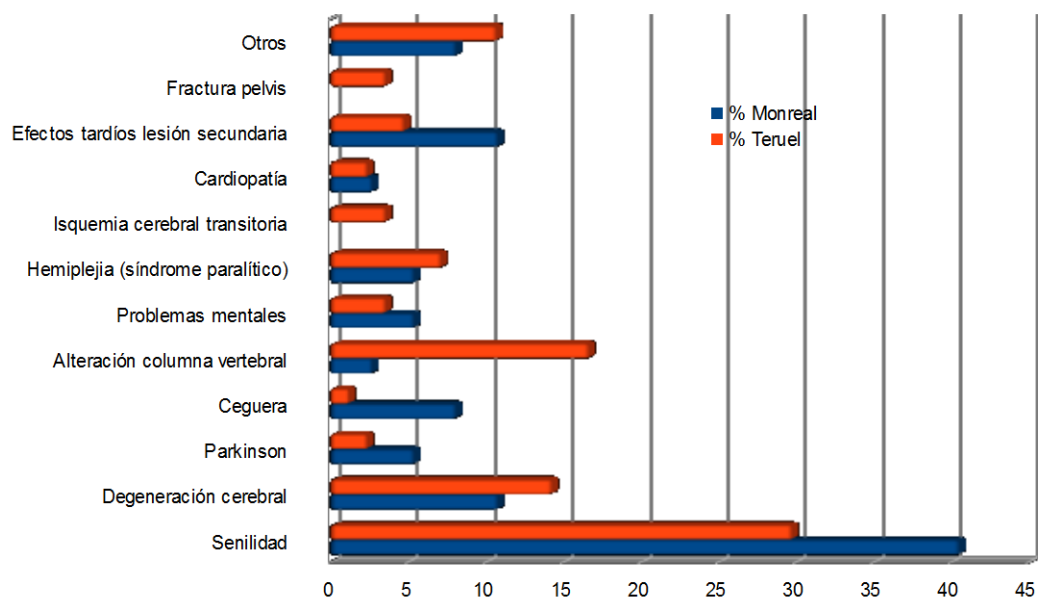
Gráfica 1. Procedencia de los inmovilizados



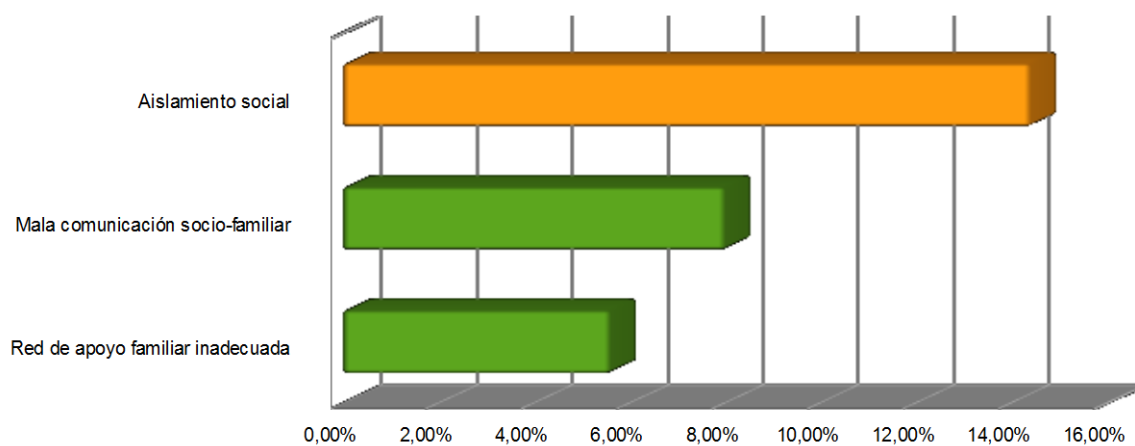
Gráfica 2. Diagnósticos principales



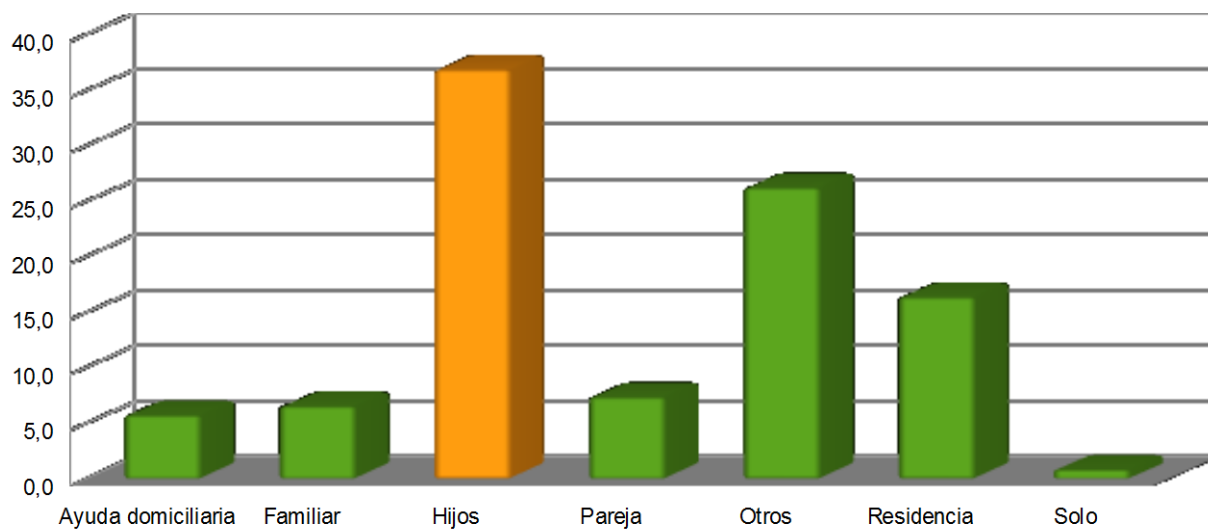
PREVALENCIA DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA EN ANCIANOS INMOVILIZADOS, EN EL CENTRO DE SALUD DEL ENSANCHE (TERUEL) Y EN EL DE MONREAL DEL CAMPO.



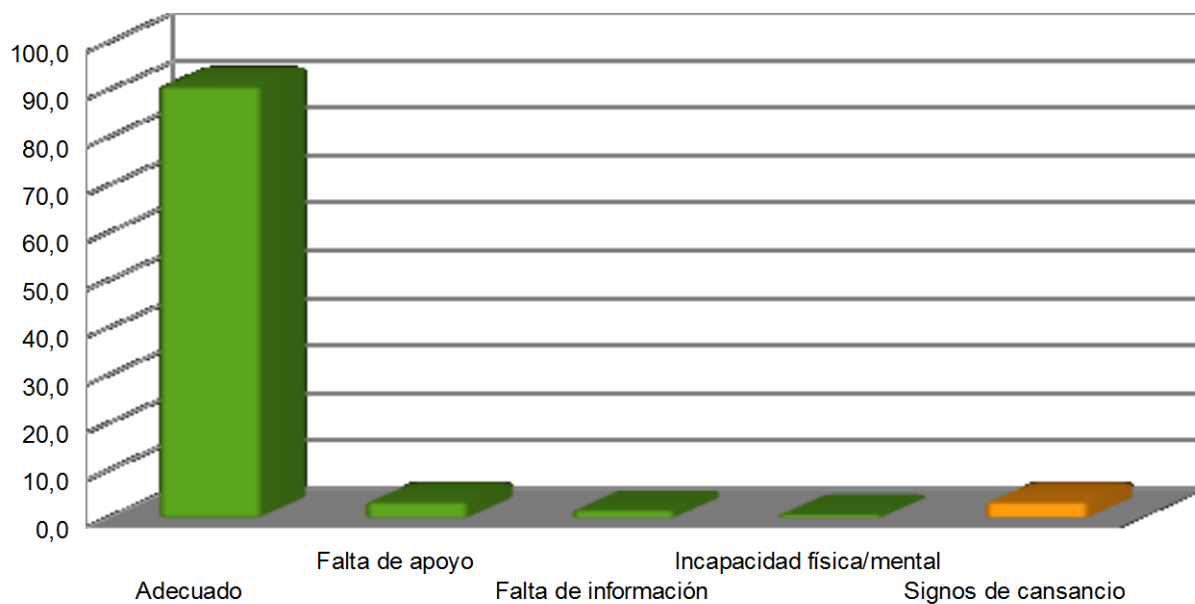
Gráfica 3. Soporte socio-familiar



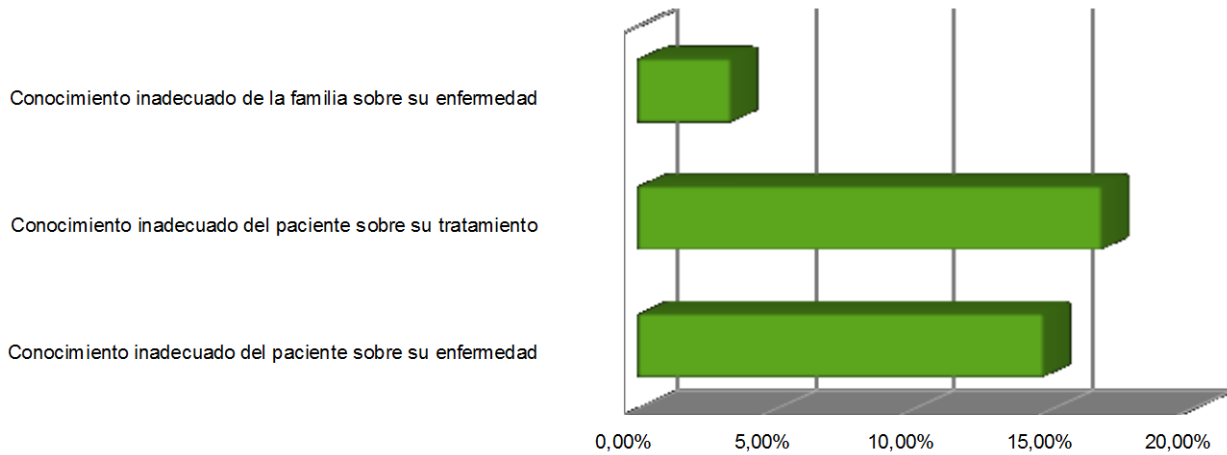
Gráfica 4. Cuidadores principales



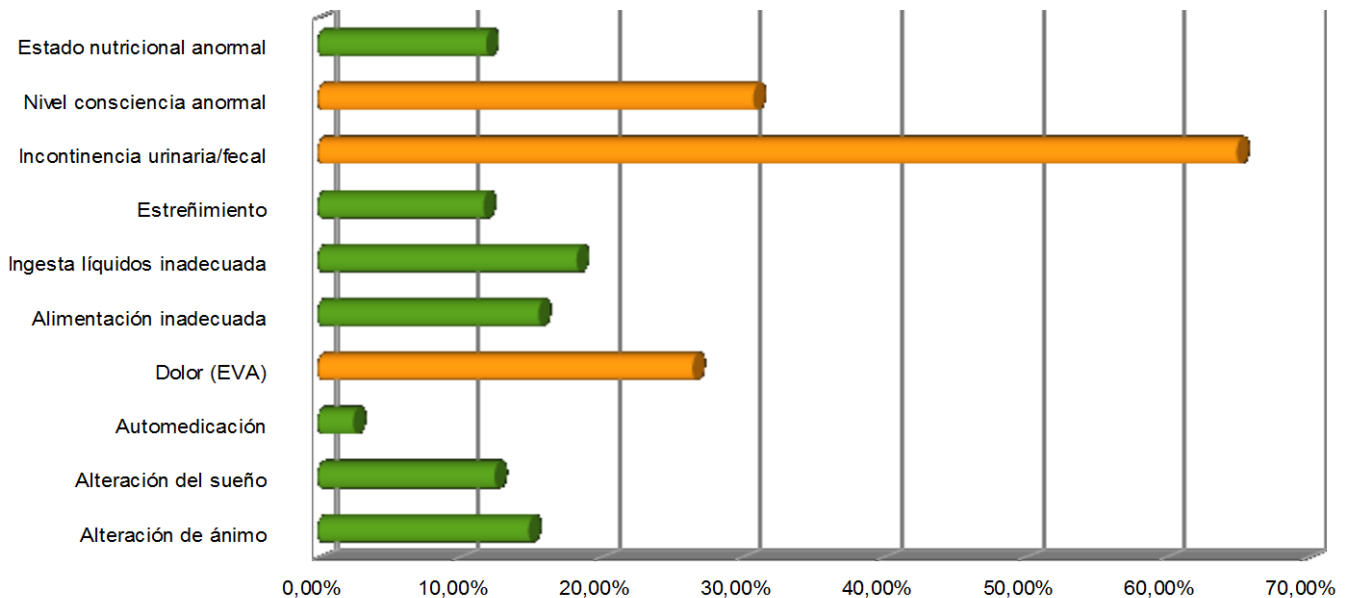
Gráfica 5. Estados del cuidador principal



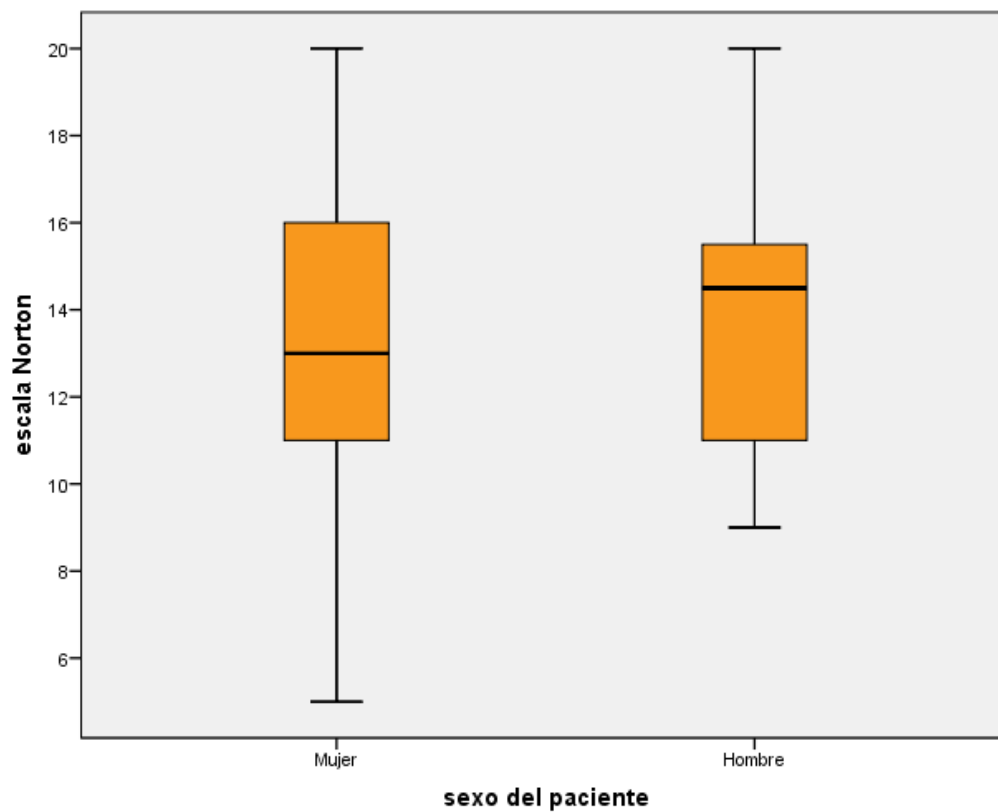
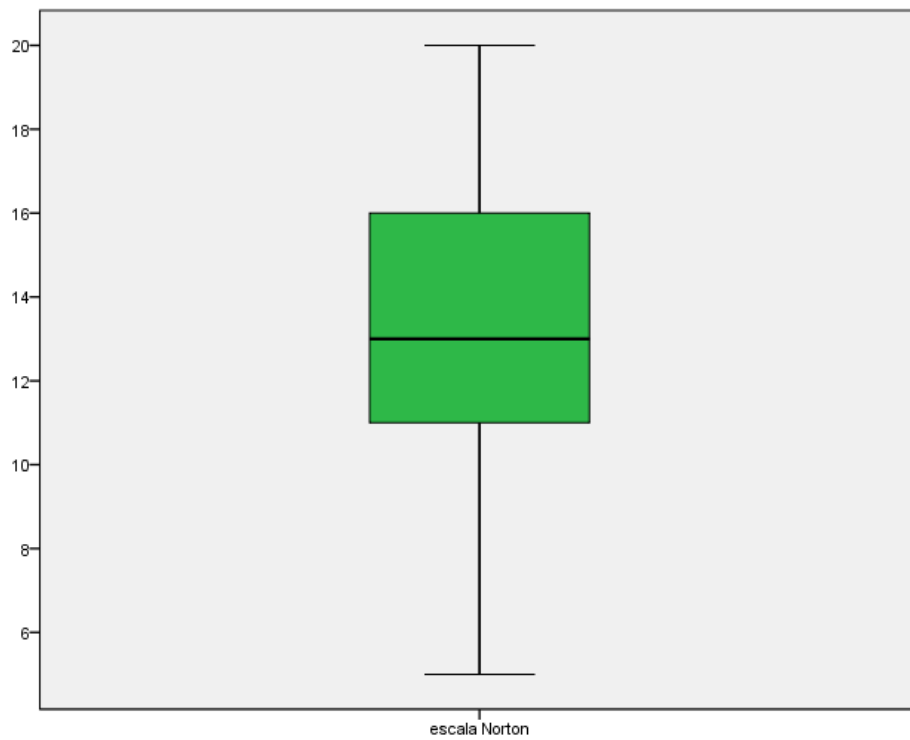
Gráfica 6. Información paciente/familia



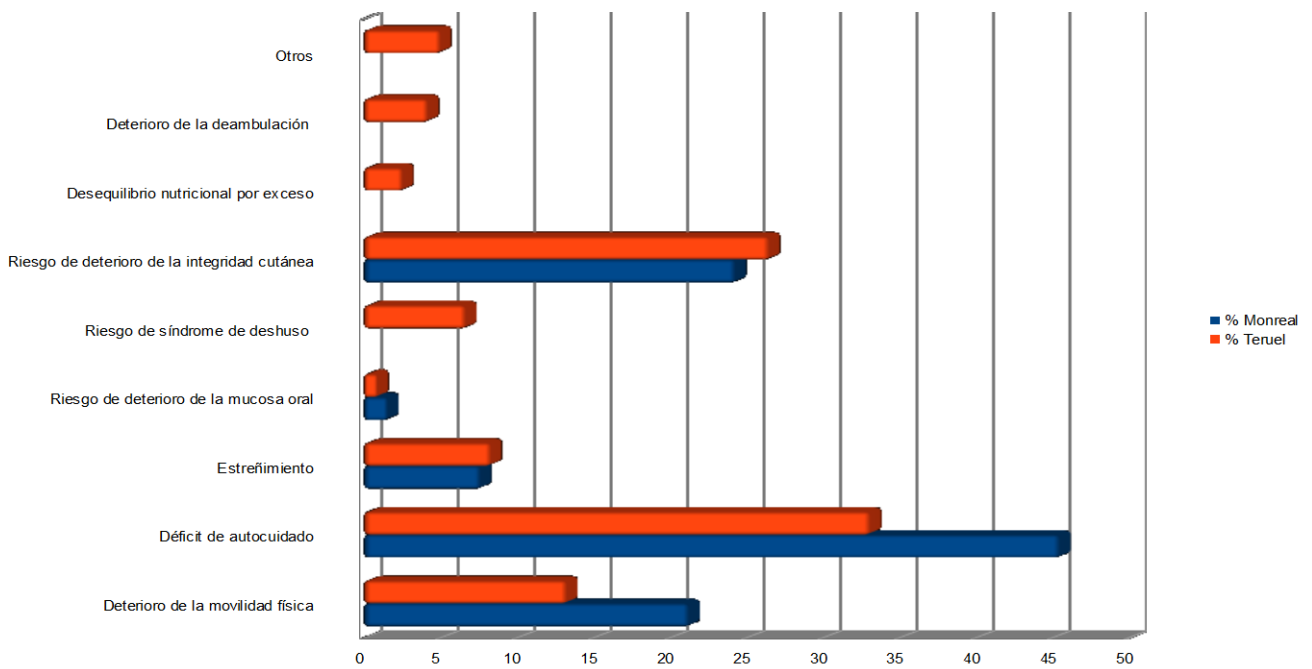
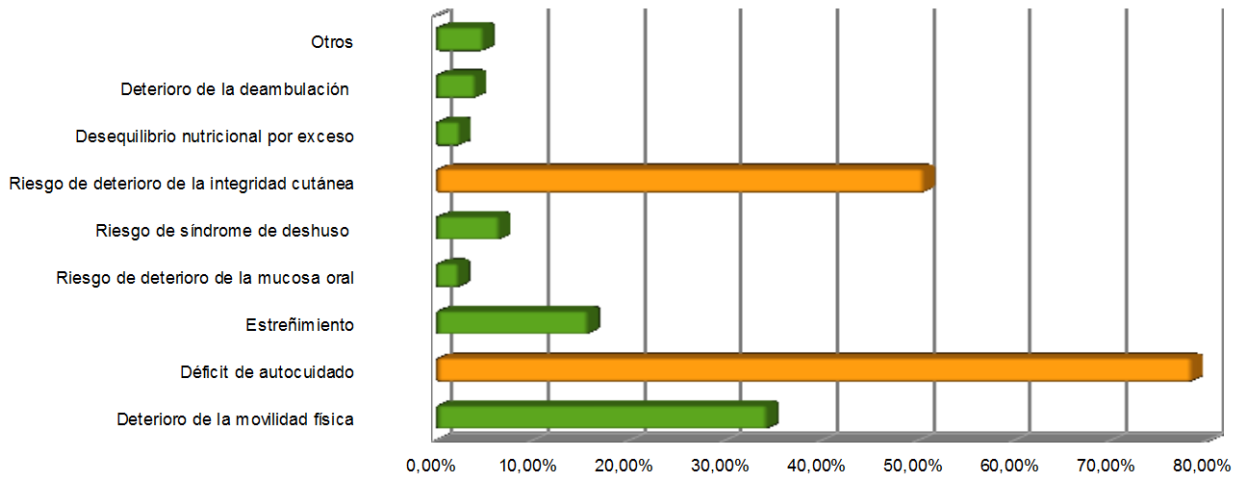
Gráfica 7. Síntomas psico-físicos, ingesta y estado general



Gráfica 8. Escala de Norton global y por sexo.



Gráfica 9. Diagnósticos enfermeros NANDA.



Gráfica 10. Necesidades de Henderson/Gordon.

