



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2014 /2015

TRABAJO FIN DE GRADO

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL LESIONADO MEDULAR: EL
PACIENTE PARAPLÉJICO.**

Autora: Raquel Redondo Hernández.

Directora: Concepción Germán Bes.

Codirector: Juan Carlos Ariza Lahuerta.

INDICE

Resumen	3
Introducción	5
Objetivos	7
Metodología	8
Desarrollo	9
Conclusión	21
Bibliografía	22
Anexo 1. Tipologías de la Lesión Medular	25
Anexo 2. Epidemiología Lesiones Medulares	26
Anexo 3. Cuadro metodológico	27
Anexo 4. Constantes vitales	31
Anexo 5. Escala de Pfeiffer	31
Anexo 6. Escala de EVAA	32
Anexo 7. Escala de Barthel	33
Anexo 8. Escala de Norton	35
Anexo 9. Escala de riesgo de caídas	35

RESUMEN

El traumatismo de la columna vertebral es una lesión que tiende a ser irreversible y crónica. Afecta sobre todo a jóvenes varones, siendo los accidentes de tráfico la causa principal. Las consecuencias afectan integralmente a la persona, viéndose alteradas muchas de las actividades básicas de su vida diaria, convirtiéndose generalmente, en una persona dependiente.

La altura de la lesión determina la afectación total o parcial de las funciones correspondientes a ese nivel. Este estado requiere tratamientos multidisciplinares de por vida, y no sólo limitándose al área fisiológica y motriz, sino también a nivel familiar y social, ya que esta situación repercute duramente en el estado emocional de estas personas.

El objetivo de este Plan de Cuidados es conocer las complicaciones desencadenadas por estas lesiones, como son: la incontinencia urinaria, la aparición de lesiones por presión, y la dificultad que entraña la aceptación de estas necesidades y por tanto su expresión emocional.

La revisión bibliográfica realizada, la anamnesis a un paciente real, la taxonomía enfermera NANDA, NIC y NOC, y el modelo de cuidados de Virginia Henderson, han permitido desarrollar este Plan de Cuidados.

Una de las numerosas competencias enfermeras en el tratamiento de estos pacientes, es ofrecer cuidados individualizados. La seguridad en la evolución de la enfermedad, el aumento progresivo de la autonomía, una mejora de la expresión emocional y, en definitiva, la mejora de la calidad de vida, constituyen los resultados de una intervención enfermera, previniendo así múltiples complicaciones.

Palabras clave: lesión medular, parapléjico, cuidados de enfermería, úlceras por presión, vejiga neurógena.

RÉSUMÉ

Le traumatisme de la colonne vértebrale est une lésion qui dans la majorité des cas peut devenir une maladie chronique et irreversible. Cette maladie touche de manière disproportionnée les jeunes hommes, dont les accidents de la route sont la cause principale. Les conséquences de l'accident affectent la vie du paraplégique : la plupart de ses activités quotidiennes sont modifiées et il devient, normalement, une personne dépendante.

La zone fracturée va déterminer l'affectation totale ou partielle des fonctions motrices du patient. Cet état a besoin de traitements multidisciplinaires à vie, qui ne se limitent pas à la physiologie, mais au niveau familial et émotionnel, étant donné que cette situation se répercute sur la sensibilité de ces personnes.

L'objectif de ce Programme de Soins est de connaître les complications qui provoquent ces lésions: l'incontinence urinaire, l'apparition de lésions de pression et la difficulté d'acceptation du patient à propos de ses besoins.

L'étude se base sur la recherche bibliographique et l'anamnèse d'un patient lambda. L'information obtenue grâce à cela, l'utilisation de la taxonomie NANDA, NIC, NOC et le modèle d'aides de Virginia Henderson ont permis l'élaboration d'un programme de soins.

Une des nombreuses compétences des infirmières dans le traitement de ce type de patients est de leur offrir des soins individualisés. Le suivi de la maladie, l'augmentation progressive de l'autonomie, une meilleure expression émotionnelle et, en définitive, l'amélioration de la qualité de vie, constituent les résultats des interventions des infirmiers, ce qui évite des multiples complications.

Mots-clés : lésion de la moelle épinière, paraplégiques, soins infirmiers, les ulcères de pression, de la vessie urogène.

INTRODUCCIÓN

La Lesión medular es un proceso patológico de etiología variable: accidentes, infecciones y otras de origen desconocido. Supone la alteración temporal o permanente de la función motora, sensitiva y/o autonómica, un tipo de discapacidad física que afecta a todos los ámbitos y facetas de la vida de la persona. Por su complejidad requiere un abordaje multidisciplinar y Biopsicosocioemocional, juegan un papel central en el proceso de adaptación e integración social. (1,2,3)

He decidido llevar a cabo este trabajo de los cuidados del parapléjico por parte de la enfermera, ya que es una ayuda fundamental tanto a nivel biológico como psicológico, para que aprenda a ser lo más independiente posible debido a que requiere una mayor suplencia de sus necesidades y asimile correctamente su nueva situación. El papel de la enfermera es muy importante en cuanto a la transferencia de la responsabilidad y los autocuidados. (1,4)

Entre 250.000 y 500.000 personas sufren cada año en todo el mundo lesiones medulares por accidentes, caídas o actos de violencia. Observando en el caso de Europa un aumento de la incidencia de lesionados, en España se estima en 12-20 casos nuevos por millón de habitantes cada año, siendo la relación de género 3:1 hombres por mujeres. (1,2,5,6)

La principal causa son los accidentes de tráfico (66-75%), siendo el promedio de edad entre adolescentes y adultos jóvenes, por efecto de una mala combinación de impericia, imprudencia, alcohol y/o drogas. Sin embargo, en los últimos años las lesiones de etiología no traumática han aumentado considerablemente, propiciando las lesiones vasculares y neoplásicas como las más frecuentes. (1,2,5,6,7,Anexo1,Anexo2)

La persona que tiene una lesión de este tipo ve afectadas sus capacidades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, dependiendo del tipo de lesión su causa, tendrá unas necesidades específicas. (1,7)

Se estima que los costes de hospitalización durante el primer año de lesión medular se encuentran en un promedio de entre 60.000 y 100.000€, a lo que hay que añadir los costes intangibles, derivados de la angustia, el dolor, la frustración, etc. son difíciles de estimar aunque no por esto menos importantes de tratar. (2,8,9)

La afectación de las lesiones medulares (LM) puede ser de la función motora, sensitiva o autónoma. La consecuencia más obvia de la LM es la parálisis de la musculatura voluntaria, provocando la pérdida del control del tronco y de las extremidades, dificultando el desplazamiento en el espacio y afectando la capacidad de manipular el entorno. (2,7,10)

En el caso de la función sensitiva, puede sufrir una alteración o pérdida de la sensación al tacto, sensibilidad al dolor y termoalgesia, y alteraciones propioceptivas; produciendo un incremento del riesgo a otras lesiones y además, limitando la capacidad de "alerta" del cuerpo. (1,2,11)

Y también son frecuentes las alteraciones a nivel del sistema autónomo: la función vesical e intestinal, la función sexual y otras alteraciones como la termorregulación, función respiratoria y cardiovascular. (1,2,11,12)

La vejiga y el intestino neurógenos, son los trastornos que sufren debido al factor neurológico de la lesión; siendo reflejos o arreflejos, es decir, por incontinencia o por retención urinaria y/o fecal, requiriendo una reeducación de ambos. (2,13,14)

La función sexual, es una de las mayores preocupaciones de estos pacientes, ya que se ve rotundamente afectada por esta pérdida parcial o completa de la movilidad o la pérdida de la sensibilidad. Durante muchos años ha sido un tema tabú, sin embargo el abordaje de este tema es parte esencial del proceso de integración social, además de producir un aumento de autoestima en estas personas. Se debe conocer el tipo de actividad sexual, el grado de satisfacción, los mecanismos de excitación, presencia de erección y métodos de tratamiento usados. (2,15,16,17)

En cuanto la fertilidad no se ve afectada en las mujeres, pero si en los hombres; en estos últimos, debido a las alteraciones de la eyaculación y la patología seminal que presentan se les deriva a las unidades de rehabilitación sexual. (2,15,16,17)

Entrando en nuestro caso específico, las paraplejias, debemos recordar que afectan a la pérdida total o parcial de la sensibilidad y la motricidad de la parte inferior del cuerpo. La lesión se encuentra en el área dorsal, lumbar o sacra. Esta enfermedad es permanente, no solo cursa con alteraciones sensitivas y motoras, sino con otros efectos secundarios como: espasmos, dolor neuropático, pérdida de control de la función intestinal y urinaria. Como ya hemos dicho requiere una atención multidisciplinar y con papel y atención de la familia. (7,10,18)

Es de gran importancia el desarrollo de programas de atención primaria y/o preventiva del lesionado medular, para evitar la aparición de complicaciones, así como urinarias, gastrointestinales, cardiorrespiratorias, ortopédicas, dolor, y sobretodo evitar la aparición de úlceras por presión, debido a su alto riesgo de sufrirlas por las alteraciones sensitivas y motoras, haciendo participes también a los cuidadores en la prevención de estas. (2,19)

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer las necesidades básicas del paciente lesionado medular parapléjico.

Objetivos específicos

- 1.** Reeducación de la vejiga neurógena.
- 2.** Evitar las úlceras por presión.
- 3.** Facilitar la expresión de las necesidades y emociones de los pacientes.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica para seleccionar aquellos estudios, planes de cuidados estandarizados y casos clínicos referentes al cuidado de enfermería en pacientes lesionados medulares, el paciente parapléjico. Los idiomas utilizados han sido el español y el inglés. Se ha llevado a cabo en el período comprendido de Febrero a Mayo de 2015.

Las bases de datos usadas han sido Pubmed, Dialnet, Scielo, Scopus, Cuiden, Google Académico, Google Books, páginas web, libros; con perfiles de búsqueda tales como: spinal cord injury, nursing care, lesión medular, paraplejia, adaptación, sexualidad, cuidados enfermeros, sondaje intermitente, medula espinal, vejiga neurógena, con límite temporal de 2004 a 2015. De los artículos encontrados fueron seleccionados 1 de Dialnet, 6 de Scielo, 4 de Google Académico, 4 libros y 4 páginas web. (Anexo 3)

Se ha realizado anamnesis mediante entrevistas, observaciones y exploraciones a un paciente parapléjico siguiendo el modelo de Virginia Henderson. Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera. La taxonomía empleada ha sido NANDA, NOC y NIC.

DESARROLLO

En este caso es un varón de 44 años de edad, soltero, vive con la madre y hermano, siendo su cuidadora principal la madre; tiene grado superior de Formación Profesional de electrónica, con incapacidad permanente. Carácter afable y con red de amigos y aficiones como el cine. Ingreso en la Unidad de Lesionados Medulares el 4 de Febrero de 2015 por intervención quirúrgica de una úlcera por presión en el isquion derecho. Su diagnóstico médico principal es paraplejia –lesión de médula a la altura de L3-D11- debido a un accidente de tráfico en 1995.

Alergias no conocidas. Antecedentes únicamente hepatitis en la infancia. Fumador. No presenta alteraciones de las constantes vitales. (Anexo 4) Tiene: trastornos de la marcha, gastrointestinales, estreñimiento, genitourinarios, incontinencia, musculoesqueléticos, pérdida del tono y la fuerza de las extremidades inferiores, y por último, trastornos de la piel, debido a la aparición de úlceras por presión.

A nivel psicológico es una paciente consciente y orientada, que según la Escala de Pfeiffer, no presenta un deterioro cognitivo. (Anexo 5)

Como consecuencia del accidente la autonomía del paciente se vio alterada, afectando a las actividades de la vida diaria. Según la Escala de Barthel, su dependencia es severa. Y en el caso de la Escala EEVA tiene un grado 3 de autonomía, lo que implica una gran dependencia. (Anexo 6)

Se valora al paciente según las 14 necesidades de Virginia Henderson.

1. Respirar normalmente

Fumador de 10 cigarrillos al día. Frecuencia respiratoria normal y saturación normal 99%. No presenta ruidos respiratorios. Tensión arterial normal. Coloración de la piel, mucosas y lechos ungueales sin alteraciones. Su Rx de tórax no presenta anormalidades.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia respiratoria normal. - Buena saturación de oxígeno. - Buena coloración de piel y mucosas.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA DATOS A CONSIDERAR	<ul style="list-style-type: none"> - Tabaquismo (10 cigarros/ día). - No se observan.

2. Comer y beber adecuadamente

Talla 1,71m. Peso 68 Kg. Ingesta de líquidos abundante (1,5 L/día). El pescado le resulta poco apetitoso, por lo que su aporte es mínimo en la dieta. Su alimentación es rica en proteínas, para evitar las lesiones por presión. Refiere poco apetito.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de líquidos 1,5 litros al día. - No requiere ayuda para su alimentación.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - El pescado le resulta poco apetitoso, por lo que su aporte es mínimo. - Toma sus comidas sin apetito.

DATOS A CONSIDERAR	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta rica en proteínas.
---------------------------	--

3. Eliminación por todas las vías corporales

Presenta incontinencia urinaria, por lo es portador de colector urinario. Orina color y olor normal. Comenta que en ocasiones si ejerce presión abdominal sobre la vejiga es capaz de orinar.

En cuanto a la eliminación fecal, tiene estreñimiento y requiere el uso de laxantes para evacuar. Necesita ayuda para el uso del WC.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Orina color y olor normal.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Incontinencia urinaria. - Estreñimiento. - Incapacidad de usar por sí mismo el WC.
DATOS A CONSIDERAR	<ul style="list-style-type: none"> - Requiere de laxantes. - Portador de colector.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

Debido a su lesión medular, paraplejia, precisa la silla de ruedas para su desplazamiento. Hace 4 años era capaz de andar con muletas, sin embargo a raíz de la aparición de una lesión por presión en el talón hizo que este volviera a la silla. Ha tenido una pérdida tanto de tono como de fuerza muscular. Requiere de ayuda para algunos movimientos. Escala de Barthel es de 40, dependencia severa. (Anexo 7)

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - No se observan.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de fuerza y tono muscular. - Inestabilidad en la marcha. - Dificultad para realizar algunos movimientos. - Necesita ayuda con las labores más pesadas.
DATOS A CONSIDERAR	<ul style="list-style-type: none"> - Usa silla de ruedas

5. Dormir y descansar

El enfermo duerme correctamente, una media de 8 horas al día, siendo un sueño reparador y no se despierta durante la noche. A veces usa pastillas para conciliar el sueño.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Duerme 8h/día. - Se levanta descansado. - No se despierta durante la noche.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - No se observan.
DATOS A CONSIDERAR	<ul style="list-style-type: none"> - Requiere medicación para conciliar el sueño.

6. Escoger ropa adecuada. Vestirse o desvestirse.

Presenta un aspecto adecuado, limpio y aseado. Tiene dificultad para vestirse y desvestirse.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Buen aspecto.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para vestirse y arreglarse.
DATOS A CONSIDERAR	<ul style="list-style-type: none"> - No se observan.

7. Mantener la temperatura del cuerpo.

Paciente caluroso. Capaz de mantener la temperatura corporal, sin embargo a nivel de los miembros inferiores la sensibilidad tanto de frío como de calor esta disminuida.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Mantiene la temperatura corporal.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - No se observan.
DATOS A CONSIDERAR	<ul style="list-style-type: none"> - Es caluroso. - Sensibilidad térmica disminuida en extremidades inferiores.

8. Mantener la higiene corporal e integridad de la piel.

Buena higiene general, manifiesta interés por esta y por el mantenimiento de la integridad cutánea. Sin embargo, debido a su paraplejia, aumenta la presión en los puntos de apoyo durante intervalos largos de tiempo, por lo que presenta actualmente una úlcera en el isquion derecho. Escala de Norton presenta un riesgo evidente (12). (Anexo 8)

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none">- Se cepilla los dientes 3 veces al día.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none">- Requiere ayuda para la ducha y aseo.- Presencia de úlceras por presión.
DATOS A CONSIDERAR	<ul style="list-style-type: none">- Cambios posturales cada 4 horas.

9. Evitar peligros del ambiente

Alergias no conocidas. Vacunaciones correctas. Presenta una disminución de la movilidad y la sensibilidad en las extremidades inferiores, por lo que su riesgo de lesión y de caídas aumenta. Requiere el uso de la silla de ruedas aunque gasta hace 4 años deambulaba con muletas. Riesgos ambientales, debido a que su hogar no presenta las condiciones adecuadas de seguridad según su situación. Escala de Riesgo de caídas múltiples es de 4, lo que significa un alto riesgo.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none">- Buena adherencia al tratamiento.- No muestra signos de ansiedad.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none">- Consume 10 cigarrillos al día.
DATOS A CONSIDERAR	<ul style="list-style-type: none">- Portador de silla de ruedas.- El hogar no le da seguridad.

10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores y opiniones.

Comparte hogar con su madre y su hermano, quienes son sus cuidadores principales. Hasta hace 4 años era capaz de vivir solo, sin embargo ahora necesita más ayuda. No le agrada hablar de sí mismo, por lo que no suele expresar sus deseos y opiniones. En cuanto a las relaciones sexuales durante los siete primeros años tenía erecciones y eyaculaciones, a partir de entonces requirió la Viagra®.

Manifiesta que no le gusta que lo llamen disminuido.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none">- No presenta problemas familiares.- Vive con su madre y su hermano.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none">- Dificultad para expresar sus deseos y opiniones.
DATOS A CONSIDERAR	<ul style="list-style-type: none">- Muestra desagrado ante la idea de ser tratado como un disminuido.- Requiere de medicación para mantener relaciones sexuales.- No presenta sensibilidad en zona genital.

11. Vivir de acuerdo con sus creencias y valores.

Acepta su estado de salud y se adapta a los cambios. No expresa desagrado con su imagen corporal. La religiosidad no la destaca como importante en su vida.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none">- Acepta su estado de salud.- Se adapta a los cambios.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none">- No se observan.
DATOS A CONSIDERAR	<ul style="list-style-type: none">- No se observan.

12. Ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.

Antes del accidente su dedicación era antenista, al verse afectado este por su lesión dejó el oficio y ahora únicamente en verano es monitor de tiempo libre. No presenta sensación de estrés. Participa en las decisiones que le repercuten.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none">- No se observan.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none">- Precisa ayuda para realizar las labores propias de la casa.
DATOS A CONSIDERAR	<ul style="list-style-type: none">- No trabaja durante el año, aunque durante varios veranos ha sido monitor de campamentos.

13. Participar en actividades recreativas.

Le gusta ir tanto al cine como al teatro, sin embargo expresa que se encuentra muchas limitaciones en estos, ya que no todos están adaptados a personas en silla de ruedas.

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none">- Mantiene sus hábitos culturales y de ocio.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none">- No se observan
DATOS A CONSIDERAR	<ul style="list-style-type: none">- Encuentra limitaciones al ir al cine por no estar habilitados a personas minusválidas en silla de ruedas.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.

Su nivel de escolarización es una Formación Profesional de electrónica. Presenta interés por su entorno sociosanitario, apoyándose en la enfermera normalmente, pregunta, participa, propone alternativas...

MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Señala correctamente su tratamiento y señala su uso. - No presenta dificultad para el aprendizaje.
MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA	<ul style="list-style-type: none"> - No se observan.
DATOS A CONSIDERAR	<ul style="list-style-type: none"> - No se observan.

Los diagnósticos seleccionados son tres debido a la lesión medular y funciones encadenada: la incontinencia urinaria, el deterioro de la integridad cutánea y la comunicación de sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de personas y con su entorno. (20)

(00021) Incontinencia urinaria total r/c enfermedad que afecta a los nervios de la médula espinal **m/p** flujo continuo de orina que se produce a intervalos imprevisibles sin distensión o falta de inhibición de las contracciones o espasmos vesicales.

Definición: Perdida de orina continua e imprevisible.

Dominio 3: Eliminación e intercambio.

Clase1: Función urinaria

NIC (21)

- **0612 Cuidados de la incontinencia urinaria.**

Ayuda a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.

- **0590 Manejo de la eliminación urinaria.**

Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo.

Actividades:

- Ayudar a seleccionar la prenda/compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo mientras se determina un tratamiento más definitivo.

- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Obtener muestras de orina para prueba de cultivo y sensibilidad, si es necesario.
- Enseñar al paciente a observar los signos y síntomas de infección del trato urinario.

NOC (22)

- **1807 Conocimiento: control de la infección.**

Grado de la comprensión transmitida sobre la prevención y el control de la infección.

Indicadores:

- 180704 Descripción de los signos y síntomas
 - 180707 Descripción de actividades para aumentar la resistencia a la infección
- **0305 Autocuidados: higiene**

Capacidad para mantener la higiene corporal y un buen aspecto independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

Indicadores:

- 030501 Se lava las manos
- 030503 Se limpia la zona perineal

(00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización física y alteración de la sensibilidad **m/p** destrucción de las capas de la piel (dermis). (20)

Definición: Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.

Dominio 11: Seguridad/ protección

Clase 2: Lesión física

NIC (21)

- 3520 Cuidados de las úlceras por presión.

Facilitar la curación de úlceras por presión.

- 3590 Vigilancia de la piel

Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.

Actividades:

- Describir las características de la úlcera a intervalos regulares incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.
- Asegurar una ingesta dietética adecuada.
- Enseñar a los miembros de la familia/ cuidador a vigilar si hay signos de rotura de la piel, si procede.
- Observar si hay zonas de enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel.

NOC (22)

-0204Consecuencias de la inmovilidad.

Gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.

Indicadores:

- 020401 Úlceras por presión
- 020410 Infección del tracto urinario
- 020405 Hipoactividad intestinal
- 020411 Fuerza muscular
- 020414 Tono muscular

-01101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.

Indicadores:

- 110102 Sensibilidad
- 110115 Lesiones cutáneas
- 110101 Temperatura de la piel
- 110104 Hidratación

-1004 Estado nutricional.

Capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas.

Indicadores:

- 100401 Ingestión de nutrientes
- 100408 Ingestión de líquidos
- 100410 Tono muscular
- 100403 Energía
- 100405 Relación peso/ talla

(00157) Disposición para mejorar la comunicación m/p expresa deseos de mejorar la comunicación de sentimientos y necesidades. (20)

Definición: Patrón de intercambio de información e ideas con otros que es suficiente para satisfacer las necesidades y objetivos vitales de la persona y que puede ser reforzado.

Dominio 5: Percepción/ cognición

Clase 5: Comunicación

NIC (21)

- 4920 Escucha activa

Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.

- 5400 Potenciación de la autoestima

Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

Actividades:

- Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación.
- Animar al paciente a identificar sus virtudes.
- Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros.
- Observar las frases del paciente sobre su propia valía.

NOC (22)

-3002 Satisfacción del paciente/ usuario: comunicación.

Indicadores:

- 300201 El personal se presenta.
- 300204 El personal escucha al paciente.
- 300205 El personal fomenta preguntas.
- 300215 En la comunicación se tienen en cuenta los valores personales.

-1209 Motivación.

Indicadores:

- 120907 Mantiene una autoestima positiva.
- 120910 Expresa la creencia en la capacidad para realizar una acción.

CONCLUSIÓN

A pesar de existir múltiples causas que favorecen la aparición de una lesión medular, siguen siendo los accidentes de tráfico los mayores responsables de dichas lesiones.

En el momento que sucede dicha afectación medular se ven alteradas muchas de las funciones de estas personas, viéndose seriamente afectada su autonomía.

El papel de la enfermería es de gran importancia, ya que no solo tiene que encargarse de la vigilancia clínica, el autocuidado y el bienestar que el paciente requiera, si no sobre todo, a nivel educativo, tanto para el enfermo como para el cuidador, de la trasmisión de la responsabilidad para alcanzar una mayor independencia.

Una adecuada metodología enfermera facilita este proceso a través de un plan de cuidados desde un abordaje bio-psico-social-cultural. Una correcta valoración de las necesidades ayuda a reducir y prevenir posibles complicaciones.

Las principales intervenciones enfermeras son el manejo de la eliminación urinaria para alcanzar una buena reeducación de la vejiga neurógena, una apropiada vigilancia de la piel para prevenir la aparición de lesiones por presión y por último, la escucha activa para favorecer la expresión de sus necesidades y emociones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Huete García Agustín, Díaz Velázquez Eduardo. Análisis sobre la lesión medular en España. Federación Nacional Aspaym. Intersocial. 2012. Base de datos en Internet. [Citado 13 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.predif.org/sites/default/files/documents/Librito.pdf>
2. Strassburguer Lona Karla, Hernández Porras Yolanda, Barquín Santos Eva. Lesión Medular: Guía para el manejo integral del paciente con Lesión Medular crónica. Aspaym Madrid; 2013.
3. Rueda Ruiz Mª Begoña, Aguado Díaz Antonio-León, Alcedo Rodríguez Mª Ángeles. Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la Lesión Medular. Intervención Psicosocial. 2008; 17(2):109-124; ISSN: 1132-0559.
4. Moreno-Ferguson Mª Elisa, Del Pilar Mª Consuelo, Rey Amaya. Cuerpo y corporalidad en la paraplejia: significado de los cambios. Av.enfermeria; 2012; XXX(1):82-94.
5. Organización Mundial de la salud. Lesiones medulares. Base de datos en Internet. Noviembre 2013. [Citado 13 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs384/es/>
6. Trinidad Ovalle Francisco Alberto, Cuellar Ríos Elibardo, Ruiz Balbuena Fernando. Incidencia y evolución funcional de lesiones traumáticas de la columna vertebral. Coluna/Columna. 2014; 13(3):223-7.
7. Rueda Ruiz Mª Begoña, Aguado Díaz Antonio León. Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular. Colección estudios e informes. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 2003.

8. González Echeverría Luis, Price Yocelyn, Muñoz Luz Angélica. Vivencia de discapacidad por traumatismo de la médula espinal y el proceso de rehabilitación. *Ciencia y Enfermería* 2011; XVII (1):81-94;ISSN: 0717-2079.
9. Pérez Catherine, Novoa Ana, Ferrando Josep, Santamariña Elena, García-Altés Anna, Seguí-Gómez María. Lesiones Medulares traumáticas y traumatismos craneoencefálicos en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, política social e igualdad. 2011. Base de datos en Internet. [Citado 15 Feb 2015]. Disponible en: http://www.seepidemiologia.es/webfinal/descargas/grupos_de_trabajo/Lesiones_Medulares_WEB_version_definitiva_2.pdf
10. Simard Clermont, Caron Fernand, Skrotzky Kristina. Actividad física Adaptada. Barcelona. Inde; 2003(1).
11. Novelli Redón Angels, Azor Pórtoles Raquel, Bueno López Vanessa, Teixidor Freixa Monstserrat, Sánchez Díaz Mª Teresa, Martín Maldonado Sara et al. Manual teórico-práctico. Fundamentos para opositar con éxito. Monsa Prayma; 2011(1).
12. García-conde Francisco Javier, Merino Sánchez Jaime, González Macías Jesús. Introducción a la Medicina Clínica. Madrid: Marbán; 2013.
13. Ariza Lahuerta Juan Carlos, Estudillo González Francisco, Garrido Hernández Mª Teresa, López Guillén Pilar, Morcillo Marín Montserrat, Pérez Salvador Obdulia et al. Guía de educación terapéutica del paciente con sondaje intermitente limpio. Asociación Española de Enfermería en Urología; 2014.
14. Aranda Álvarez de Lara MI, Pérez González J, Rosell Casarrubios MC. Plan de Cuidados urológicos al paciente lesionado medular espinal con vejiga neurógena. Asociación Española de Enfermería en Urología; Abril/Mayo/Junio 2006; 98(1).

- 15.Paul Morales Nataly Nicole, Schroder Moraga Macarena Fernanda. Vivencias de la sexualidad en hombres y mujeres, entre 25 y 50 años de edad, que presenten lesión medular adquirida. Valdivia: Universidad Austral de Chile.[Tesis doctoral];2010(1).
- 16.Castillo Cuadros Jessica, Tapia Zambrano Carolina. Sexualidad en el lesionado medular: caracterización de la población masculina en control en el Hospital del Trabajador de Santiago, Chile. Revisión Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación. 2012; 22(1):32-43.
- 17.García Carenas Lara, Alcedo Rodríguez Mª Ángeles, Aguado Díaz Antonio-León. La sexualidad de las personas con lesión medular: aspectos psicológicos y sociales. Una revisión actualizada. Intervención Psicosocial. 2008; 17 (2).
- 18.Lesión de la Médula Espinal. Discapnet. Base de datos en Internet. [Citado 25 Feb 2015]. Disponible en:<http://salud.discapnet.es/Castellano/Salud/Discapacidades/Discapacidades%20Neurologicas/Lesion%20Medula%20Espinal/Paginas/cover%20lesion.aspx>
- 19.De Figueiredo Zuila Maria, Tirado Juan José, Mulet Francisco Vicente, Núñex Antonio José, Miranad De Andrade Luciene, Di Ciero Miranda Maira, Soares Monteiro María Goretti. Úlceras por presión en personas con lesión medular: conocimiento de familiares y cuidadores. Av.Enfermera. 2010;XXVIII: 29-38.
- 20.Heather Herdman T. Diagnósticos enfermeros. NANDA International. Barcelona: Elsevier; 2009-2011(8).
- 21.M. Bulechek Gloria, K.Butcher Howard, McCloskey Dochterman Joanne. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier; 2009(5).

22. Moorhead Sue, Johnson Marion, L. Mas Meridean, Swanson Elizabeth. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier; 2009(4).

ANEXOS

ANEXO 1. Tipologías de la Lesión Medular.

TIPOLOGÍAS DE LA LM	
Criterio de clasificación	Tipologías de la LM
Por la etiología:	<ul style="list-style-type: none">• <i>Médicas</i>: Por causas congénitas o enfermedades médicas.• <i>Traumáticas</i>: Por fracturas, luxaciones o contusiones vertebrales.
Por la extensión:	<ul style="list-style-type: none">• <i>Completa</i>: Tetraplejia o paraplejia, si la lesión transversal en la médula es total.• <i>Incompleta</i>: Tetraparesia o paraparesia si la lesión transversal en la médula es parcial.
Por la naturaleza del tejido afectado:	<ul style="list-style-type: none">• <i>Médula</i>: Suelen ser lesiones irreversibles.• <i>Raíces nerviosas</i>: Aunque lentas, suelen regenerarse.• <i>Vasos sanguíneos</i>: Pueden dar lugar a daños medulares en zonas irrigadas.
Por los síntomas:	<ul style="list-style-type: none">• <i>Espásticas</i>: Musculatura dura, movimientos reflejos desordenados y dificultades de movilidad pasiva.• <i>Flácidas</i>: Musculatura blanda, sin dificultades de movilización pasiva ni movimientos reflejos.

Fuente:

Rueda Ruiz M^a Begoña, Aguado Díaz Antonio León. Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular. Colección estudios e informes. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales;2003.

ANEXO 2. Datos epidemiológicos de la Lesión Medular

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA LM (%)										
Tipología de la LM	Etiología de la lesión	Tipo			Nivel		Género		Edad	
		Completa	Incompleta	Cervic.	Dorsal	Lumb.	M	F	(Años)	
LM	Tráfico	45								
Traumática	Caída	28								
	Golpe y otras (Acc. laborales)	63	37	41	46	13	79	21	33	
66,6	Deporte	3								
	Compl. quirúrgicas	2								
	Agresión	2								
LM No	Tumor primario	21								
Traumática	Tumor metástasis	8								
33,3	Infeccción	36	34	24	56,5	19,5	58	42	42	
	Vascular	16								
	Mielomeningocele									
	Otras (esclerosis, etc.)	10								
		6								
		39								

Fuente:

Rueda Ruiz M^a Begoña, Aguado Díaz Antonio León. Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular. Colección estudios e informes. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales;2003.

ANEXO 3.Cuadro metodología

AUTOR/ES	AÑO	TIPO DE ARTICULO	CRITERIOS	BASE DE DATOS	PÉRFIL DE BÚSQUEDA
Agustín Huete García, Eduardo Díaz Velázquez.	2012	Informe asociación ASPAYM	Análisis de la lesión medular.	Página web	Lesiones medulares and España
Karla Strassburguer Lona, Yolanda Hernández Porras, Eva Barquín Santos.	2013	Informe asociación ASPAYM Madrid.	Guía práctica del lesionado medular.	Google académico	Lesión medular
M.ª Begoña Rueda Ruiz, Antonio-León Aguado Díaz, M.ª Ángeles Alcedo Rodríguez	2008	Revisión bibliográfica	Afectación psicológica de la lesión.	Scielo	Lesión medular and adaptación
María Elisa Moreno-Fergusson, María Consuelo Del Pilar Amaya Rey.	2012	Artículo de investigación	Adaptación a la nueva situación.	Scielo	Lesión medular and paraplejia
Página web Organización Mundial de la Salud.	2013	Artículo web.	Prevalencia, incidencia y epidemiología.	Página web	Lesión medular
Francisco Alberto Trinidad Ovalle, Elibardo Cuellar Ríos, Fernando Ruiz Balbuena.	2014	Artículo de investigación	Incidencia y causas de las lesiones.	Scielo	Lesión medular

María Begoña Rueda Ruiz, Antonio León Aguado Díaz.	2003	Informe Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales	Afectación y tipos de lesiones.	Google académico	Lesiones medulares and España
Luis González Echeverría, Yocelyn Price, Luz Angélica Muñoz.	2011	Artículo de investigación	Casos y afectación psicológica.	Scielo	Spinal cord injuries
Catherine Pérez, Ana Novoa, Josep Ferrando, Elena Santamaría, Anna García-Altés, María Seguí-Gómez.	2011	Estudio	Epidemiología, costes, tipos de lesión.	Página web	Lesiones medulares traumáticas
Clermont Simard, Fernand Caron, Kristina Skrotzky	2003	Libro de la actividad física	Alteración de las funciones	Google Books	Paraplejia
Angels Novelli Redón, Raquel Azor Portolés, Vanessa Bueno López, Montserrat Teixidor Freixa, et al.		Libro teórico-práctico de enfermería	Alteración de las funciones	Libro	Lesión medular
Francisco Javier García-conde, Jaime Merino Sánchez, Jesús González Macías.	2013	Libro de medicina clínica	Alteraciones de las funciones	Libro	Patología general de la medula espinal

Juan Carlos Ariza Lahuerta, Francisco Estudillo González, Mª Teresa Garrido Hernández, Et al.	2014	Guía de educación terapéutica	Reeducación de la vejiga neurógena y sondajes	Libro	Sondaje intermitente
M.I. Aranda Álvarez de Lara, J. Pérez González, M.C. Rosell Casarrubios.	2006	Plan de cuidados	Cuidados de la vejiga neurógena	Dialnet	Lesión medular and vejiga neurógena
Nataly Nicole Paul Morales, Macarena Fernanda Schroder Moraga.	2010	Trabajo de tesis	Sexualidad en los lesionados medulares	Google académico	Sexualidad and lesión medular
Jessica Castillo Cuadros, Carolina Tapia Zambrano.	2012	Artículo de investigación	Sexualidad en los lesionados medulares	Google académico	Sexualidad and lesión medular
Lara García Carenas, Mª Angeles Alcedo Rodríguez, Antonio-León Aguado Díaz	2008	Revisión bibliográfica	Sexualidad en los lesionados medulares	Scielo	Sexualidad and lesión medular
Página web Discapnet		Artículo web	Tipos, causas, epidemiología, tratamiento, complicaciones	Página web	Lesión de la medula

**Zuila Maria De Figueiredo,
Juan José Tirado,
Francisco Vicente Mulet. Et al.**

2010

Artículo de investigación

Complicaciones,
úlceras por presión.

Scielo

Úlceras and lesión
medular

Fuente: Propia.

ANEXO 4. Constantes

CONSTANTES	
Tensión arterial	110/55
Frecuencia cardiaca	87 x'
Frecuencia respiratoria	12 rpm
Saturación	99 %
Temperatura	36 °C

Fuente: propia. Valoración de las constantes del paciente.

ANEXO 5. Escala de Pfeiffer

TABLA 7
Cuestionario del estado mental portátil de Pfeiffer

1. ¿Qué día es hoy? Día	Mes	Año
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Cómo se llama este lugar (o este edificio)?		
4. ¿En qué calle vive usted?		
5. ¿Qué edad tiene usted? años	
6. ¿En qué fecha nació usted? Día	Mes	Año
7. ¿Cómo se llama el rey que tenemos ahora en España?		
8. ¿Quién mandaba en España antes que el Rey?		
9. ¿Cómo se llamaba la madre de usted?		
10. Reste de 3 en 3 desde 20		
Sumar los errores. Restarle uno si sólo tiene educación básica. Añadirle uno si terminó el bachiller superior. Anotar el total de errores ajustados.		
errores ajustados		
0-4. Normal		
5-7. Déficit cognitivo moderado		
8-10. Déficit cognitivo severo		

Fuente:

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Base de datos en Internet.
[Citado 20 Feb 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5

ANEXO 6. Escala EVAA

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA AUTONOMÍA PARA EL AUTOCUIDADO.

Necesidades funcionales básicas	AUTONOMÍA COMPLETA	ESTÍMULO / SUPERVISIÓN	AYUDA	DEPENDENCIA TOTAL
Nutrición				
Alimentación	0	1	2	3
Hidratación	0	1	2	3
Cumplimiento				
Uso de medicamentos	0	1	2	3
Sintomatología				
Síntomas	0	1	2	3
Actividad descanso				
Tareas cotidianas	0	1	2	3
Deambulación	0	1	2	3
Descanso-sueño	0	1	2	3
Higiene				
Aseo-higiene	0	1	2	3
Eliminación				
Intestinal	0	1	2	3
Vesical	0	1	2	3
Ocio- Tiempo libre				
Ocupación tiempo libre	0	1	2	3
Uso de recursos				
Uso de recursos	0	1	2	3
Funciones mentales				
Sentidos	0	1	2	3
Memoria	0	1	2	3
Comprensión	0	1	2	3
Orientación	0	1	2	3
Comportamiento	0	1	2	3
TOTAL AUTONOMÍA	13			
TOTAL F. MENTALES		2		
GRADO DE AUTONOMÍA		3		

Fuente:

Salud Pública y Enfermería comunitaria. Universidad de Valencia. Base de datos en Internet. [Citado 15 Feb 2015]. Disponible en:http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/047_EVAAs Escala_valoracion_autonomia_autocuidado.pdf

ANEXO 7. Escala de Barthel.

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

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

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Fuente:

Observatorio de Prácticas Innovadores en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas. Junta de Andalucía. Base de datos en Internet. [Citado 15 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.opimec.org/comunidades-de-practica/proceso-asistencial-de-atencion-a-pacientes-pluripatologicos/documentos/2997/>

ANEXO 8. Escala de Norton

Puntos	1	2	3	4
Estado físico general	Muy malo	<u>Pobre</u>	Mediano	Bueno
Incontinencia	Urinaria y fecal	<u>Urinaria o fecal</u>	Ocasional	Ninguna
Estado mental	Estuporoso y/o comatoso	Confuso	Apático	<u>Alerta</u>
Actividad	Encamado	<u>Sentado</u>	Camina con ayuda	Ambulante
Movilidad	Inmóvil	<u>Muy limitada</u>	Disminuida	Total

PUNTUACIÓN 12 Riesgo evidente

Fuente:

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Base de datos en Internet. [Citado 20 Feb 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5

ANEXO9. Escala de riesgo de caídas.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
MEDICAMENTOS	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
DÉFICITS SENSORIALES	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
	Normal	0
DEAMBULACIÓN	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

Fuente:

Torres Pérez Luis Francisco. Consejería de igualdad, salud y políticas sociales. Junta de Andalucía. Base de datos en Internet. [Actualizado 16 Feb 2012] [Citado 20 Feb 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/usuarios/00086/escala_downton.jpg