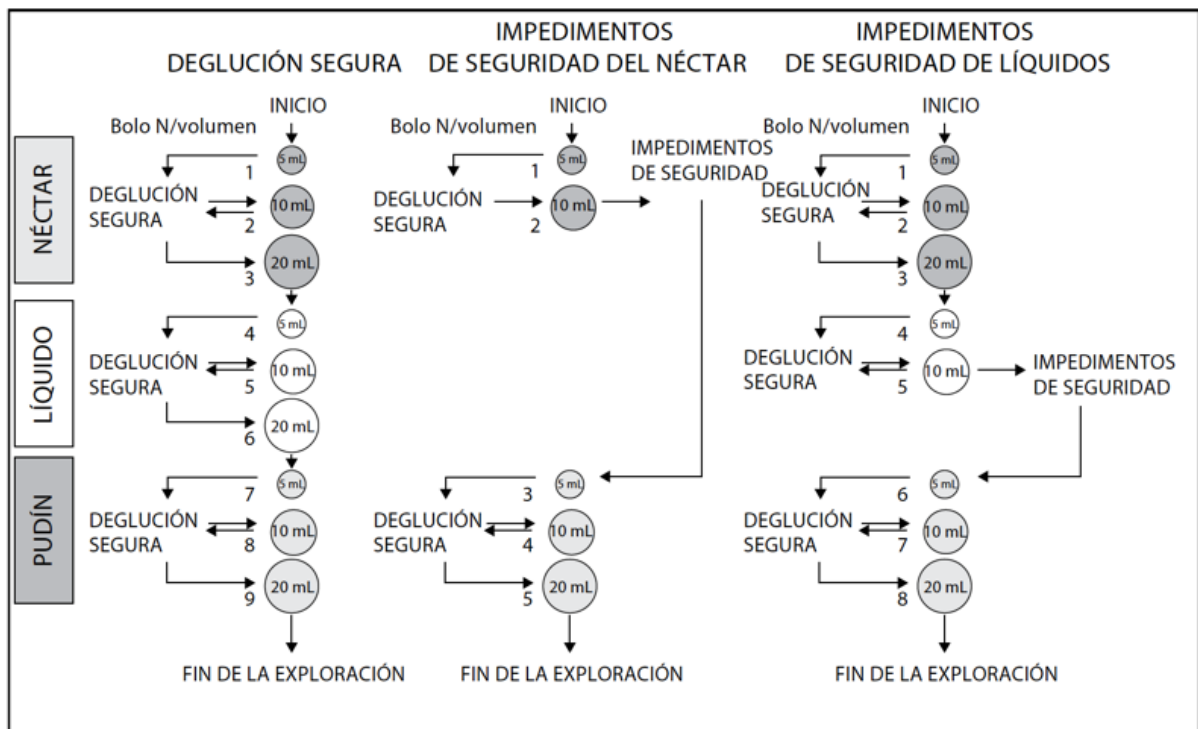


ANEXOS

ANEXO I: ALGORITMO CORTO DE LA PRUEBA DE DEGLUCIÓN VOLUMEN-VISCOSIDAD¹³:

- Diagrama izquierdo: pacientes con deglución segura que completaron la vía.
- Diagrama intermedio: vía representativa para los pacientes con compromiso de la seguridad con 10 ml. de néctar.
- Diagrama derecho: vía representativa para los pacientes con compromiso la seguridad con 10 ml. de líquido.



Fuente: Cichero J, Clavé P. Los peldaños para vivir bien con disfagia. [Internet].

ANEXO II: CUIDADOS GENERALES PARA LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA, CON DISFAGIA OROFARÍNGEA⁴.

<ul style="list-style-type: none">- El paciente se debe colocar sentado, con la espalda totalmente apoyada en el respaldo de la silla, a 90º, y con los pies apoyados en el suelo. Si se alimenta en la cama, ésta tendrá una elevación de la cabecera de un mínimo de 45º. La columna cervical ha de estar alineada y en ligera flexión anterior durante la deglución.
<ul style="list-style-type: none">- No dar de comer a un paciente somnoliento o con tendencia al sueño.
<ul style="list-style-type: none">- El ambiente durante la comida debe ser tranquilo, sin distracciones que le impidan concentrarse en la deglución.
<ul style="list-style-type: none">- El paciente debe estar siempre vigilado.
<ul style="list-style-type: none">- No se deben usar jeringas para administrar los alimentos ya que no permite objetivar si ha finalizado la deglución.
<ul style="list-style-type: none">- Hay que asegurarse de que el paciente y/o la familia comprende, conoce y usa éstas técnicas generales.
<ul style="list-style-type: none">- Esperar a que la boca esté vacía antes de dar la siguiente cucharada.
<ul style="list-style-type: none">- Comprobar que los fármacos orales se administran de manera segura.
<ul style="list-style-type: none">- Realizar una correcta higiene bucal después de las comidas, ya que reduce el riesgo de infecciones, si se produce aspiración.

Fuente: Sánchez Peláez MV. Disfagia orofaríngea en el anciano hospitalizado: prevalencia, métodos diagnósticos y cuidados de enfermería. Nuberos Científica. 2015;2(15):49.

ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO.



Consentimiento Informado sobre el uso de datos en Trabajo de Fin de Grado de Enfermería de la Facultad de las Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza

El presente Trabajo de Fin de Grado es conducido por el alumno de la Universidad de Zaragoza RUBÉN GARCÍA MUÑO, con DNI: 73 223 343Z de la Facultad de las Ciencias de la Salud.

El fin de este Trabajo de Fin de Grado es realizar un plan de cuidados estandarizado aplicado a un caso clínico.

La participación en este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este Trabajo de Fin de Grado. Sus respuestas a los cuestionario y a la entrevistas serán tratadas asegurando el anonimato así como datos clínicos de interés para el estudio de enfermería.

Emilio Teasón Alarcón	<i>[Firma]</i>	M. 2535361	21-4-2016
Nombre del Participante (en letras de imprenta)	Firma del Participante	DNI	Fecha

Reconozco que la información que yo provea en el curso de este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Rubén García Muñoz	<i>[Firma]</i>	73 223343-2	21/04/2016
Nombre del Alumno/a	Firma del Alumno/a	DNI	Fecha

Con el Vto Bueno de la Coordinadora de Tfg Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza.

[Firma]
D. González de la Cuesta

ANEXO IV: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA REALIZADA EN LA UNIDAD DE GERIATRÍA A EMILIO Y SU ENTORNO.

PATRÓN I: PERCEPCIÓN Y MANEJO DE LA SALUD:

Como antecedentes familiares, se encuentra el ACV que sufrió su madre hace 30 años. Entre los antecedentes personales, se encuentran Infarto Agudo de Miocardio (2001), ACxFA y Demencia Tipo Alzheimer. Lleva sin fumar 10 años y no bebe alcohol. No tiene alergias conocidas. Ha padecido diversas intervenciones Quirúrgicas: apendicetomía, cataratas en ambos ojos y hernia inguinal bilateral.

Medicación habitual: Ramipril 2,5 mg (Ce), Adiro® 100 mg (Co), Acfol® 5mg, Trnipach® 10 mg (1 parche de 9 a 21h), Omeprazol 20 mg (De), Carduran Neo® 8mg (De), Donepezilo 10 mg (Ce) y Orfidal® 1mg (antes de dormir), siempre bajo la supervisión de su hijo. Presenta una buena higiene corporal y bucodental.

PATRÓN II: NUTRICIÓN/ METABOLISMO

Peso: 58,8 Kg; Altura: 1,68 m; IMC= 20,83 kg/m².

El familiar nos comenta que hasta hace unos meses Emilio realizaba "4 comidas diarias y en pequeñas cantidades". Entre los alimentos que tomaba se encontraban: jamón y patata cocida, tortilla, pescado, verdura, carnes no fibrosas... y bebía alrededor de 1,5 litros de agua cada día. Sin embargo, en este último mes, tiene la "sensación de que los alimentos se le quedan pegados al paladar" cuando come, además de presenciar varios episodios de tos y atragantamiento cuando comía o bebía agua.

Dado que ha perdido unos 4kg en este último mes, se propone evaluar su estado nutricional, a través del Mini Nutritional Assessment (MNA) (Anexo V), en el que se obtiene una puntuación de 14/30 lo que nos indica malnutrición. Y puesto que ha presentado algún episodio de tos y atragantamiento, se le realiza el método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V), con el fin de conocer la consistencia y los volúmenes que con seguridad y eficacia

puede tomar el sujeto. En este test se obtiene que el paciente presenta una deglución fraccionada, con cambios en la voz, tos y pérdida de la seguridad en la deglución, con líquidos superiores a 10 ml. Tras conocer este resultado se procede a una modificación en la dieta, espesando los líquidos con espesante comercial. Además de introducir gelatinas para su hidratación. Sin embargo, el familiar comenta que "desconoce cómo modificar la alimentación, para adaptarla a las posibilidades de ingesta de Emilio", de manera que el personal de enfermería será el encargado de enseñarle los cuidados generales necesarios para conseguir un estado de salud óptimo para Emilio.

Además, se observa sequedad en la piel sobre todo, en las extremidades inferiores. No presenta heridas, aunque si que se observa pequeños eritemas en ambos talones. Debido a que presenta ligeros problemas para la deambulación, se cree conveniente realizar la Escala de Norton Modificada (Anexo VI) para valorar el riesgo de que desarrolle LPP. Se obtiene una puntuación de 16 por lo que existen un riesgo leve-moderado de presentar LPP.

PATRÓN III: ELIMINACIÓN:

Normalmente orina 5-6 veces al día, sin tener sensación de escozor o picor. A veces, padece incontinencia urinaria funcional, debido a que incapaz de llegar "a tiempo" al Servicio. Hace deposiciones 1 vez al día, normalmente después de desayunar. En la exploración presenta un abdomen blando, con peristaltismo presente y no doloroso a la palpación.

PATRÓN IV: ACTIVIDAD/EJERCICIO

Su estado cardiovascular es el siguiente: tensión arterial: 90/50; pulso: 112 lpm. Requiere la ayuda de su hijo para caminar y levantarse de la cama. Todas las tardes sale a pasear con hijo y su nuera. Presenta disnea y una frecuencia respiratoria de 26 r.p.m.

Para evaluar las actividades básicas de la vida diaria, necesarias para la independencia en el autocuidado, se elige el Índice de Barthel (Anexo VII),

en la que se obtiene una puntuación de 55/100, lo cual significa que tiene una dependencia severa.

PATRÓN V: SUEÑO Y DESCANSO:

Duerme unas 9 horas cada día, acostándose sobre las 22:30h y casi nunca duerme siesta. El familiar nos confiesa que, a pesar de tomar medicación para dormir y relajarse, tiene problemas para conciliar el sueño, aunque se levanta descansado.

PATRÓN VI: COGNITIVO-PERCEPTUAL

Lleva gafas debido a su presbicia. Padece demencia tipo Alzheimer en estado leve. Durante la valoración, se observa que el paciente mantiene un discurso más o menos, fluido, aunque presenta algunas dificultades para la comprensión de varios conceptos. Nos comenta que frecuentemente sufre "pérdidas de memoria y no se acuerda de los hechos recientes". Es capaz de prestar atención, a pesar de que se encuentra desorientado.

Con el objetivo de evaluar la función cognitiva, y observar qué grado de deterioro cognitivo presenta, se propone el Test de Pfeiffer (Anexo VIII), en el que se obtiene una puntuación 5 errores, de manera que presenta un deterioro cognitivo moderado.

PATRÓN VII: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Se describe como una persona alegre y muy optimista. Aunque confiesa que "desde que padezco Alzheimer estoy muy preocupado y nervioso".

PATRÓN VIII: ROL-RELACIONES

Emilio vive en casa de su único hijo, su nuera y sus dos nietos. La familia está muy implicada en el cuidado de Emilio. Hasta el momento no ha habido discusiones familiares por el cuidado de Emilio. El paciente está en un Centro de Día por las mañanas y por las tardes suele irse a pasear con su hijo y su nuera.

Se cree conveniente valorar el estado de ánimo del cuidador principal de Emilio, ya que puede desarrollar cansancio del rol del cuidador. Por eso se

decide usar el Índice de Zarit (Anexo IX), en el que se obtiene 50/110, de modo que se considera que su hijo presenta una sobrecarga leve en su rol como cuidador principal.

PATRÓN IX: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Expresa que sigue muy enamorado de su mujer. Nunca han usado métodos anticonceptivos, aun así, solo han tenido un hijo y no han padecido ninguna enfermedad de transmisión sexual. Desde que se quedó viudo no ha mantenido relaciones sexuales.

PATRÓN X: ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

Desde que comenzó con la demencia, se ha vuelto un poco más nervioso. Manifiesta preocupación y estrés por el curso evolutivo de la misma. Nunca ha tenido miedo a la muerte

PATRÓN XI: VALORES Y CREENCIAS

Siempre ha sido católico. Para él, lo primero es su familia.

Fuente: Elaboración propia a través de la Valoración de Enfermería realizada en la Unidad de Geriátrica a Emilio y su entorno.

ANEXO V: MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA) ²⁷.

TEST DE CRIBAJE		
PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?	0	Anorexia grave
	1	Anorexia moderada
	2	Sin anorexia
B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)	0	Pérdida de peso > 3 kg
	1	No lo sabe
	2	Pérdida de peso entre 1 y 3kg
C. Movilidad	0	De la cama al sillón
	1	Autonomía en el interior
	2	Sale del domicilio
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos tres meses?	0	Sí
	1	No
E. Problemas neuropsicológicos	0	demenia o depresión grave
	1	demenia o depresión moderada
	2	sin problemas psicológicos
F. Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla) ² en kg/m ²)	0	IMC < 19
	1	19 < ó = IMC < 21
	2	21 < ó = IMC < 23
	3	IMC > ó = 23
Puntuación Total (Cribaje)		

Evaluación del cribaje (subtotal máximo 14 puntos)

- > 11 puntos o más: normal, no es necesario continuar.
- > 10 puntos o menos: posible malnutrición, continuar la evaluación.

Evaluación del cribaje (máximo 14 puntos)

- 11 puntos o más: normal, no es necesario continuar.
- 10 puntos o menos: posible malnutrición, continuar la evaluación

TEST DE EVALUACIÓN			
PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS	
G. ¿El paciente vive independiente en su domicilio?	0	No	
	1	Sí	
H. ¿Toma más de 3 medicamentos al día?	0	Sí	
	1	No	
I. ¿Úlceras o lesiones cutáneas?	0	Sí	
	1	No	
J. ¿Cuántas comidas completas toma al día? (Equivalentes a dos platos y postre)	0	1 comida	
	1	2 comidas	
	2	3 comidas	
K. ¿Consume el paciente... (Sí o no)	0	0 ó 1 Síes	
	• productos lácteos al menos una vez al día?	0,5	2 Síes
		• huevos o legumbres 1 ó 2 veces a la semana?	1
L. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?	0	No	
	1	Sí	
M. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (Agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza)	0	Menos de 3 vasos	
	0,5	De 3 a 5 vasos	
	1	Más de 5 vasos	
N. Forma de alimentarse	0	Necesita ayuda	
	1	Se alimenta solo con dificultad	
	2	Se alimenta solo sin dificultad	
O. ¿Considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales)	0	Malnutrición grave	
	1	No lo sabe o malnutrición moderada	
	2	Sin problemas de nutrición	
P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud?	0	Peor	
	0,5	No lo sabe	
	1	Igual	
	2	Mejor	
Q. Circunferencia braquial (CB en cm)	0	CB < 21	
	0,5	21 ≤ CB ≤ 22	
	1	CB > 22	
R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)	0	CP < 31	
	1	CP ≥ 31	
Puntuación Total (Global)			

Evaluación global (cribaje + evaluación, máximo 30 puntos)

- De 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición.
- Menos de 17 puntos: malnutrición.

Fuente: Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud [Internet]

ANEXO VI: ESCALA DE NORTON MODIFICADA²⁷

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

Fuente: Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud [Internet].

ANEXO VII: ÍNDICE DE BARTHEL²⁷.

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse –

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

Micción - valorar la situación en la semana previa –

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulación

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Fuente: Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud
[Internet

ANEXO VIII: TEST DE PFEIFFER²⁷.

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Fuente: Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud [Internet].

ANEXO IX: ÍNDICE DE ZARIT²⁷.

Instrucciones para la persona cuidadora: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Los valores correspondientes a las opciones de respuesta son:

- 1=Nunca - 2=Rara vez - 3=Algunas veces - 4=Bastantes veces - 5=Casi siempre

Los puntos de corte recomendados son: < 46 No sobrecarga, 46-47 a 55-56 Sobrecarga leve y > 55-56 Sobrecarga Intensa

Fuente: Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud [Internet]

ANEXO X: EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS E INDICADORES DE RESULTADOS NOC²⁵

X= Antes de la intervención

O= Después de la intervención

	1 Gravemente comprometido	2 Sustancialmente comprometido	3 Moderadamente comprometido	4 Levemente comprometido	5 No comprometido
101303. Atragantamiento, tos o nauseas				X	O
101306 Esfuerzo deglutorio aumentado			X		O
101316 Aspiraciones				X	O
191802 Evitar factores de riesgo			X	O	
198104 Selecciona sus comidas según capacidad deglutoria			X	O	
198106 Conserva una consistencia apropiadas de las comidas sólidas y líquidas			X	O	

Tabla 8

	1 Inadecuado	2 Ligeramente adecuado	3 Moderadamente adecuada	4 Sustancialmente adecuado	5 Completamente adecuada
100901. Ingestión calórica		X		O	
100902 Ingestión proteica		X		O	
100903 Ingestión de grasa		X		O	
100904 Ingestión de HC		X		O	
108103 Ingestión de líquidos orales		X		O	

Tabla 9

	1 Nunca demostrado	2 Raramente demostrado	3 En ocasiones demostrado	4 Frecuentemente demostrado	5 Constantemente demostrado
140204 Planea estrategias para superar situaciones estresantes	X	o			
140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	X o				
140214 Refiere dormir de forma adecuada				X o	
140217 Controla la respuesta de ansiedad			X o		

Tabla 10

	1 Ningún conocimiento	2 Conocimiento escaso	3 Conocimiento Moderado	4 Conocimiento sustancial	5 Conocimiento extenso
182401 Dieta recomendada		x		o	
182402 proceso específico de la enfermedad		x		o	
181302 Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual			X	o	
181304 Descripción de los efectos esperados del tratamiento		x		o	

Tabla 11

Fuente: Elaboración propia a partir del libro: Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

ANEXO XI: ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG²⁷.

En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 .

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse		
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Puntuación Total (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)	
--	--

Fuente: Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud [Internet]