



UNIVERSIDAD DE JAEN

Trabajo Fin de Grado

Atención de enfermería en cuidados paliativos no oncológicos en domicilio, a propósito de un caso clínico

Autor: María del Carmen Moral Garrido

Tutor: Alfonso J. Cruz Lendínez

Lectura: 8 JUNIO 2015



UNIVERSIDAD DE JAEN

Trabajo Fin de Grado

Atención de enfermería en cuidados paliativos no oncológicos en domicilio, a propósito de un caso clínico

Autor: María del Carmen Moral Garrido

Tutor: Alfonso J. Cruz Lendínez

Lectura: 8 JUNIO 2015

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a mi tutor, Alfonso J. Cruz Lendínez, por su gran ayuda a la hora de elaborar este trabajo tan importante en mi trayectoria académica.

En segundo lugar, gracias a todos los profesores, coordinadores y tutores de prácticas, por toda la dedicación que han demostrado durante los cuatro años del grado. Gracias a ellos he conseguido alcanzar todos aquellos objetivos necesarios para ser la gran enfermera que quiero ser en mi futuro laboral.

Y por último, pero no menos importante, quiero dar las gracias a mi familia y a mis amigas y compañeras, por su apoyo en aquellos momentos difíciles y sus ánimos para nunca abandonar.

Gracias a todos.

INDICE

LISTA DE ABREVIATURAS.....	5
LISTA DE FIGURA.....	6
RESUMEN.....	7
1. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1. Concepto de cuidados paliativos.....	9
1.2. Estado de agonía.....	10
1.3. La muerte por enfermedad no oncológico.....	11
1.4. Atención domiciliaria y cuidados paliativos.....	12
2. JUSTIFICACIÓN.....	16
3. CASO CLINICO.....	19
3.1. Presentación del caso.....	19
3.1.1. Recogida de datos.....	19
3.1.2. Valoración general.....	19
3.1.3. Valoración física inicial.....	20
3.1.4. Medicación habitual.....	20
3.1.5. Observación y entrevista.....	21
3.2. Valoración.....	22
3.3. Identificación de problemas.....	25
3.4. Planificación de cuidados.....	27
3.4.1. Problemas de Colaboración.....	28
3.4.2. Diagnósticos de Enfermería.....	29
3.4.3. Problemas de Autonomía.....	36
3.5. Evaluación de indicadores.....	39
4. DISCUSIÓN.....	40
5. CONCLUSIONES.....	44
6. BIBLIOGRAFIA.....	45
7. ANEXOS.....	50
7.1. Índice de Barthel.....	50
7.2. Escala de Glasgow.....	52
7.3. Escala Campbel.....	53
7.4. Escala Emina.....	54
7.5. Cuestionario Zarit.....	54

INDICE DE ABREVIATURAS

Organización Mundial de la Salud (OMS).....	9
Cuidados paliativos (CP).....	9
Atención primaria (AP).....	13
Atención domiciliaria (AD).....	13
Proceso de atención enfermera (PAE).....	15
Vía subcutánea (s.c.).....	17
Úlcera por presión (UPP).....	21
Problemas de colaboración (PC).....	25
Diagnósticos enfermeros (DE).....	25
Nor America Nursing Diagnosis Association (N.A.N.D.A.).....	27
Nursing Outcomes Classification (NOC).....	27
Nursing Intervencions Classificaton (NIC).....	27
Características definitorias (M/P).....	27
Factores relacionados (R/C).....	27

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelos organizativos de Cuidados Paliativos.....	10
Figura 2. Lugar de fallecimientos en España.....	16
Figura 3. Lugar de fallecimiento en Andalucía.....	16
Figura 4. Lugar de elección de fallecimiento de pacientes terminales en Andalucía.....	17

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS NO OCOLÓGICOS EN DOMICILIO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

RESUMEN

Los cuidados paliativos son aquellos cuidados que se prestan a pacientes que no responden al tratamiento curativo. El objetivo final de dichos cuidados es alcanzar una mayor calidad de vida no solo para el paciente, sino que la familia también estaría incluida en el proceso de atención. Los pacientes son valorados en todos los ámbitos de sus necesidades, y los cuidados que se les prestan van a ir dirigidos hacia el control de síntomas y el tratamiento espiritual, especialmente. En un paciente que padezca una enfermedad crónica en estado terminal, las necesidades de dependencia aumentan, y por tanto los cuidados requeridos son mayores, el lugar idóneo para realizar el seguimiento, por tanto, en estos casos es desde atención primaria, pues con las visitas domiciliarias los profesionales pueden desarrollar una valoración, y posterior, planificación de cuidados suficientes, adecuados e integrales a cada paciente. La familia es el núcleo del desarrollo y evolución de las enfermedades, de ahí la relevancia del trabajo con las familias. En pacientes en estado de agonía, los sentimientos de frustración y temor están muy presentes, tanto en ellos como en los familiares, el trabajo como enfermera debe de ir dirigido hacia la expresión de dichas emociones y a la enseñanza de actividades para que sientan más confianza en el proceso de atención. Se presenta un paciente de 81 años diagnosticado de Insuficiencia cardíaca crónica IV, Enfermedad de Parkinson, Insuficiencia respiratoria crónica, Hipertensión e Insuficiencia renal leve; que se encuentra en el estado de agonía, últimos días de vida. Se elabora un plan de cuidados de enfermería domiciliario, siguiendo el modelo de valoración de Marjory Gordon y las taxonomías NANDA, NOC Y NIC, para la identificación y priorización de necesidades y problemas diagnósticos.

PALABRAS CLAVE: Cuidados Paliativos, Domicilio, Paciente Geriátrico, Enfermería, Plan de Cuidados, Familia, Agonía.

NURSING IN NO OCOLÓGICOS PALLIATIVE CARE AT HOME, A CLINICAL CASE REPORT.

ABSTRACT

Palliative care is care provided those patients who do not respond to curative treatment. The ultimate goal of such care is to achieve a higher quality of life not only for the patient but the family also would be included in the care process. Patients are assessed in all areas of their needs, and care provided to them they will be geared towards symptom control and spiritual treatment, especially. In a patient suffering from a chronic end-stage disease, increase dependency needs, and thus the care required age, the ideal place to track therefore in these cases is from primary care, as with the visits home professionals can develop an assessment and subsequent planning of adequate, appropriate and comprehensive care to each patient. The family is the core of the development and evolution of diseases, hence the importance of working with families. In patients in a state of agony, feelings of frustration and fear are very present, both of them as family, work as a nurse should be directed toward the expression of these emotions and teaching activities so that they feel more confident the care process. 81 year old patient diagnosed with chronic IV heart failure, Parkinson's disease, chronic respiratory insufficiency and mild hypertension renal failure occurs; that is the state of agony last days of life. A plan of nursing home care is developed, modeled valuation of Marjory Gordon and the NANDA, NOC and NIC taxonomies for the identification and prioritization of needs and diagnoses problems.

KEYWORDS: Palliative Care, Home care service, Geriatric Patient, Nursing Care Plan, Family, Agony.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Concepto de cuidados paliativos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos (CP) como “el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”¹.

Para la OMS, los CP deben proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiantes para el paciente; considerar la muerte como un proceso normal; no acelerarla ni retrasarla y debe atender las necesidades tanto del paciente como de la familia, utilizando un enfoque de trabajo en equipo.

Los CP serán empleados en aquellos pacientes que no respondan al tratamiento curativo, y por tanto, su objetivo final sería alcanzar una mayor calidad de vida, no solo la del paciente, sino que también incluiríamos la calidad de vida de la familia. Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos la atención hacia los pacientes en estado terminal debe ser individualizada, continuada e integradora y debe incluir el concepto de “tratamiento activo”, además de, mantener una comunicación profesional-paciente adecuada^{2,3}.

A lo largo de los años, el modelo organizativo de cuidados paliativos ha sido modificado. Podemos diferenciar dos modelos, el modelo tradicional y el nuevo concepto de CP, este último es el que marca la actuación de dichos cuidados en relación a la respuesta del tratamiento rehabilitador¹.

Con este nuevo concepto, los pacientes tienen la oportunidad de beneficiarse de los CP tras haber sido diagnosticados sin que exista perjuicio en el resultado del tratamiento activo dirigido a la resolución de la enfermedad. Dependiendo de si la evolución del problema de salud se dirige hacia la irreversibilidad, los cuidados específicos del tratamiento curativo van siendo sustituidos por CP hasta el final de la vida.

En la figura 1, se explica cómo deben de ser desarrollados y aplicados los CP desde el momento del diagnóstico. De esta manera, la atención del paciente se desarrolla de forma que se satisfacen todas aquellas necesidades relacionadas tanto con las enfermedades crónicas previsibles en el proceso de envejecimiento de la población, como en aquellas enfermedades de curso más predecible. Este concepto no variaría con la edad de nuestro paciente⁴.

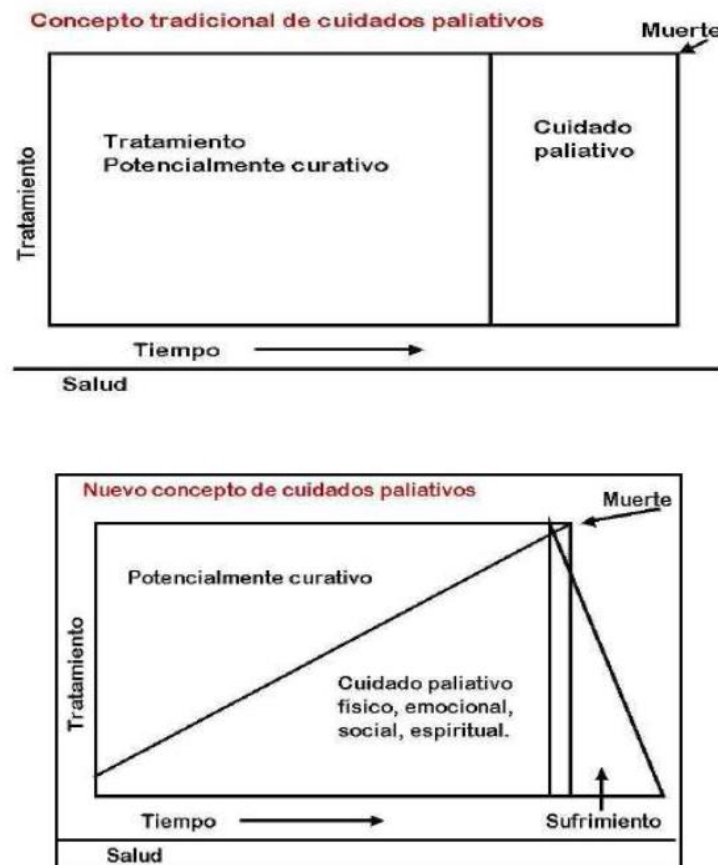


Figura 1. Modelos organizativos de Cuidados Paliativos. Fuente: Servicio Murciano de Salud; Cuidados Palitavios: Bloque 1; [Internet]; 2011-2012; [Citado 1 de abril de 2015] Disponible en: www.cuidarypaliar.es/doc236

1.2. Estado de agonía

Con el término de agonía, hacemos referencia a la fase terminal de un paciente, es decir, los últimos días de vida, que puede variar desde horas a días. Este es un momento muy complicado que requiere de una atención muy especial.

Es una fase en la que aparecen nuevas necesidades, tanto del paciente como de la familia. Las actividades enfermeras deben ir dirigidas a mejorar el

bienestar físico, emocional y espiritual; y fomentar la consecución de una muerte digna. No hay que olvidar el apoyo hacia el cuidador principal y al resto de los familiares, para facilitarle el duelo.

La dificultad en esta fase la encontraríamos a la hora de elaborar el diagnóstico, ya que muchos de los síntomas que aparecen ya son comunes, encontrando, por tanto, la posibilidad de que el paciente se encuentre en una situación de recaída.

Los síntomas más comunes son: cansancio generalizado, disnea, agitación, frialdad en extremidades, estertores premortem, alteraciones de la visión, disminución de la diuresis, dificultad para la deglución, desorientación, disminución del interés en la conversación, boca seca, alucinaciones y apneas superiores a 15 segundos por minuto. Para diagnosticar el estado de agonía, el paciente debe de presentar mínimo 4 de los síntomas anteriores⁵.

1.3. La muerte por enfermedad no oncológica

Para diagnosticar a un paciente como enfermo terminal, debemos comprobar si existe respuesta a un tratamiento normalizado y a los procesos de rehabilitación.

Un paciente geriátrico se define, como aquel que presenta una pluripatología que involucra a diversos sistemas orgánicos, presenta dificultad en la comunicación, así como estado confusionales, demencias o accidentes cerebro vasculares. Además, manifiestan un alto grado de dependencia, por lo que su calidad de vida es pobre. Algunos de estos pacientes, incluso, tienen déficits afectivos⁶.

Las enfermedades no oncológicas que más tienden a ser atendidas por CP son las enfermedades circulatorias, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Alzheimer, VIH-SIDA y la insuficiencia renal.

En un futuro próximo, la profesión enfermera tendrá que atender a un elevado número de personas ancianas en su proceso de morir, debido al proceso de envejecimiento actual. Dentro del grupo de pacientes a los que se les

prestarán cuidados en situación de enfermedad terminal, lo enfermos geriátricos forman un grupo muy importante y prevalente⁷.

Un punto a tener en cuenta es, que hasta el momento, la responsabilidad de la atención en las etapas terminales de la vida de los pacientes geriátricos recaía en otras especialidades. Durante los últimos 30 años, ha habido muchos cambios positivos para el desarrollo del concepto de CP, como resultado de dicha evolución ha surgido la aparición de servicios especializados para llevar a cabo dichos cuidados. Estos servicios han elevado el perfil de las prácticas de atención al final de la vida, ofreciendo una mayor comodidad y dignidad a todos los pacientes no oncológicos tratados. Sin embargo, encontramos un inconveniente y es que, en muchos aspectos los CP se han convertido en un sinónimo de “servicio” en vez de ser un “enfoque a la atención”^{6,8}.

Durante nuestra asistencia hacia pacientes no oncológicos debemos de tener en cuenta sus pensamientos y conocimiento sobre su enfermedad, para hacerlos partícipes, ya que muchos de ellos se han sentido amenazados por la muerte y presentan dudas y temores. Para poder desarrollar la expresión de dichos sentimientos, es necesario combinar el tratamiento farmacológico y el acercamiento compasivo, los CP integran ambas intervenciones.

1.4. Atención domiciliaria y Cuidados paliativos

La atención domiciliaria (AD) es aquella asistencia que se presta en el propio domicilio. Ésta, forma parte del conjunto de actividades llevadas a cabo por Atención Primaria (AP)².

Desde AP se han creado los equipos de cuidados paliativos de atención domiciliaria para asistir a todos los pacientes con enfermedad oncológica o con enfermedad crónica avanzada con limitación funcional, con el fin de asesorar, evaluar o llevar a cabo un seguimiento^{9,10}.

En Andalucía, surge El Plan Andaluz de CP con el objetivo de dar respuesta profesional, científica y humana, tanto al paciente terminal como a su familia, con un enfoque integral y coordinado, favoreciendo así la dignidad en la última

etapa de la vida. La investigación es identificada por dicho plan, como un punto clave para aumentar la calidad de la atención en CP⁹.

Para poder incorporar los CP como actividad de AP debemos de pensar en ellos como un viaje para la persona y su familia, y no como un fin. Debemos de planificar con antelación dicho viaje, educar al paciente sobre tener un sustituto para tomar sus decisiones y aclarar la funcionalidad del testamento vital, el cual es un documento escrito, en el que un paciente tiene la posibilidad de manifestar de forma anticipada su voluntad, con el objetivo de que se cumpla en el momento en el que esté incapacitado¹¹.

Para coordinar mejor la atención y fomentar la capacidad de resolución del personal sanitario, los equipos de soporte de cuidados paliativos deben de colaborar con asociaciones proveedoras de cuidados, tales como médicos y enfermeras de familia. A menudo la formación de dichos profesionales en CP es escasa, lo cual podría mejorar con una relación de intercambio de conocimiento y habilidades especializadas. No obstante, es importante destacar que desde el entorno de la comunidad dichos equipos, también, se esfuerzan para aumentar la capacidad de los profesionales ante la asistencia en estos cuidados.

Se puede destacar que AP tiene un gran potencial para acceder y ofrecer CP eficaces para los pacientes, ya que llega a todos aquellas personas que padezcan enfermedades que amenazan la vida; además, los profesionales de AP trabajan en todas las dimensiones de la necesidades: físico, social, psicológico y espiritual, que anteriormente comentamos, son tan importantes en el cuidado de los pacientes, sobre todo en enfermos que se encuentran en estado terminal. Además, desde este servicio se proporciona ayuda para evitar ingresos innecesarios, aporta ayuda a las familias a trabajar el duelo y documenta las barreras y los facilitadores para desarrollar los CP en la comunidad¹².

La continuidad de la atención sanitaria se ha definido simplemente como la continua relación entre el personal y el paciente, así como la coordinación y el intercambio de información entre los profesionales sanitarios. Durante mucho tiempo, se ha considerado un componente crítico en la prestación de servicios

en AP, la satisfacción del paciente, la disminución de la utilización los servicios de urgencias, e informar de aquellos problemas que son de particular importancia para poblaciones vulnerables. Más recientemente, la continuidad de dicha atención se ha identificado como un valor fundamental en la provisión de CP. Los beneficios de la continuidad de la atención a estos pacientes incluyen: la satisfacción de la familia con los cuidados al final de su vida, la reducción del uso de urgencias, mayor cumplimiento de las recomendaciones de tratamiento, un menor número de pruebas de diagnóstico duplicadas y la reducción de los costos de atención médica¹³.

La falta de proveedores de atención primaria y la escasa continuidad de la atención en CP al final de la vida, especialmente para las poblaciones vulnerables, se ha convertido en una preocupación importante de la salud. Estos problemas están contribuyendo a una mayor utilización de los servicios de emergencias, un pobre control de los síntomas y más muertes en instituciones.

En relación a las familias, también deben ser tratadas desde los equipos de AP, ya que cuando una persona que se encuentra en estado terminal, es el cuidador principal el que suele asumir la responsabilidad a la hora de tomar decisiones⁹.

Las familias que actualmente prefieren tomar la responsabilidad de cuidar a sus familiares en estado terminal en casa, necesitan igual atención que nuestros pacientes enfermos, siendo por tanto, preciso un acercamiento de los profesionales a los enfermos terminales y a sus familias. La familia juega un papel fundamental en la atención al paciente en las etapas finales de la vida y debido a esta razón, la familia debe estar preparada para cuidar del paciente en ausencia de los profesionales de AP. El personal sanitario, por tanto, trabaja con las familias para enseñarles a estructurarse durante todo el proceso final de la vida del paciente³. El ambiente familiar, presenta particularidades que deben ser considerados durante el proceso la formación de los profesionales de enfermería. Dichas peculiaridades suelen estar relacionados con la aparición de situaciones imprevisibles¹⁴.

Gracias a la AD, podemos descubrir aquellos conflictos y situaciones familiares no reveladas en otras modalidades, y que son perjudiciales para nuestros pacientes. Especialmente, debemos de estar pendientes de aquellas situaciones de abandono durante largos periodos de tiempo y el descuido de la vulnerabilidad de los enfermos terminales¹⁵.

Dicha atención, ayuda a las enfermeras a identificar la estructura funcional de la familia con la que vamos a trabajar, en relación a la forma de relacionarse y la forma de vida que llevan cada uno de los miembros de dicha familia. La atención se lleva a cabo, mediante las visitas domiciliarias a partir de las cuales, podemos elaborar un plan de cuidados y determinar cómo la familia puede participar en la prestación de dichos cuidados.

Dadas las complejas necesidades de los pacientes al final de la vida, es necesario que la actuación y experiencia de los servicios médicos, de enfermería y profesionales de la salud, sea variada. Por esta razón, y para proporcionar CP con un enfoque holístico, a menudo se recomienda desarrollar un enfoque de trabajo en equipo. Adecuando nuestra actitud hacia la atención paliativa, conseguiremos mejorar el control de síntomas y la comunicación médico-paciente en aquellos enfermos que no sean oncológicos. La enfermeras especializadas en CP, necesitan trabajar como apoyo y promocionar el desarrollo del equipos de soporte en cuidados paliativos, para ofrecer un enfoque de cuidados que permita identificar y abordar las necesidades no satisfechas, tanto de los pacientes como de sus cuidadores; controlar sus síntomas; minimizar la carga del cuidado; clarificar las metas de cuidar y alinear el tratamiento; así como la determinación de cuándo se indica la actuación de otro especialista. La adopción de un enfoque paliativo permite a AP maximizar la calidad de vida de las personas con enfermedad crónica avanzada y facilitar la toma de decisiones sobre el cuidado futuro común¹⁶.

Por tanto podemos concluir, que el principal elemento que define el papel de la enfermera en AP, es el cuidado dirigido al individuo, la familia y la comunidad. Debido al aumento del uso por parte de la enfermera en los últimos años del Proceso de Enfermería (PAE), se ha producido una mejora en la práctica asistencial enfermera. El PAE es una herramienta muy útil para la gestión de

los cuidados. Este proceso nos permite proporcionar unos cuidados estandarizados y sistematizados.

Por tanto, en el desarrollo de actividades de CP necesitamos actuar con una visión más amplia en el proceso salud / enfermedad, y ampliar nuestro concepto de necesidad de intervenciones con mayor impacto y significado social¹⁴.

2. JUSTIFICACIÓN

Según las estadísticas sobre fallecimientos en España y Andalucía sobre el lugar de elección y el lugar donde se producen más fallecimientos, encontramos los siguientes datos:

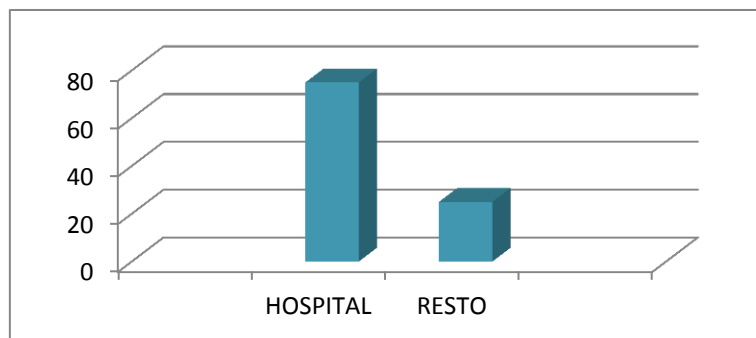


Figura 2. Lugar de fallecimientos en España. Fuente: Colell Brunet, R.; Enfermería y Cuidados Paliativos; Ediciones de la Universidad de Lleida; Impresión Publicista, 2008.

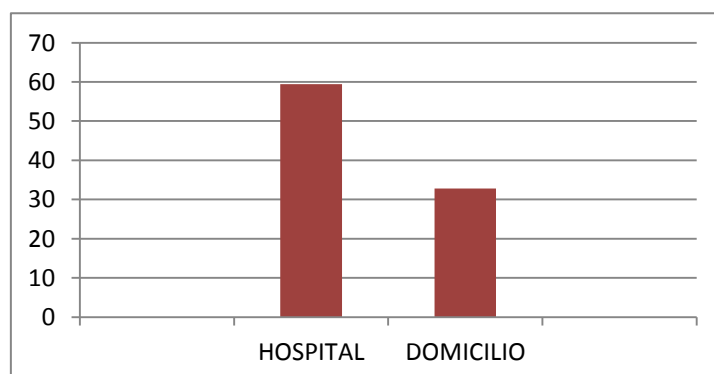


Figura 3. Lugar de fallecimiento en Andalucía. Fuente: Colell Brunet, R.; Enfermería y Cuidados Paliativos; Ediciones de la Universidad de Lleida; Impresión Publicista, 2008.

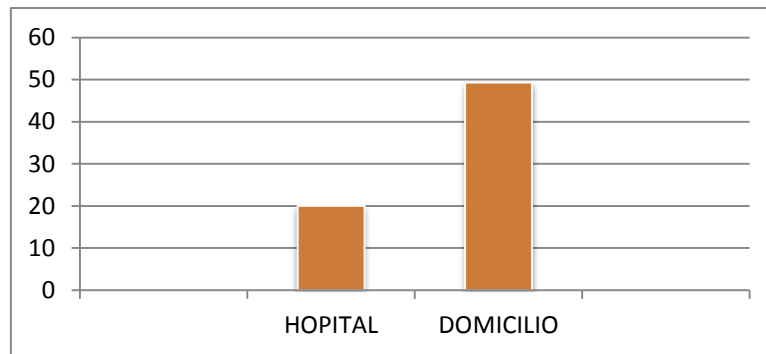


Figura 4. Lugar de elección de fallecimiento de pacientes terminales en Andalucía. Fuente: Colell Brunet, R.; Enfermería y Cuidados Paliativos; Ediciones de la Universidad de Lleida; Impresión Publicista, 2008.

Resumiendo, aunque el lugar de elección, por parte de la mayoría de los pacientes, es el hogar, el tanto por ciento de enfermos terminales que mueren en el hospital es mayor.

Por otra parte, sabemos que mueren en España alrededor de 250.000 personas mayores de 65 años, de las cuales solo un 20% son pacientes oncológicos. Por lo tanto, el número de personas que padecen una enfermedad no oncológica, que podrían beneficiarse de los CP es mayor; y sin embargo, dichos cuidados han sido más ampliamente utilizados en los procesos oncológicos⁶.

Por lo que puedo decir, que no se tiene muy en cuenta la opinión del paciente, e incluso, que la atención a enfermos terminales es insuficiente y su cobertura no es universal, pues, no llega a todos aquellos pacientes que los necesitan.

Durante mi experiencia en las prácticas, he observado como las enfermeras de cualquier planta no tienen formación específica en CP. Hay dudas sobre la medicación que se debe de administrar y la mayoría del personal desconoce la existencia de la vía subcutánea (s.c); y aunque, se conozca su existencia, dicha vía no está dentro de los recursos de los diferentes servicios, exceptuando la unidad de cuidados paliativos y AP.

En mi opinión, el lugar idóneo para tratar los cuidados paliativos es desde AP, ya que lo más importante en los cuidados paliativos es la comunicación. Buenas habilidades comunicativas pueden fácilmente ser incorporadas en

cualquier práctica y utilizadas para apoyar el objetivo de mejorar la calidad de vida. Para poder dar a los pacientes una mala noticia, discutir objetivos de la atención, tener reuniones familiares, evaluar el sufrimiento y angustia espiritual, es necesario tener una buena práctica en habilidades orales. Los profesionales de AP son los que más relaciones de cercanía y confianza crean, debido al continuo contacto con los enfermos, los cuales, son factores importantes en la comunicación. La comunicación, al ser directamente proporcional a la confianza, es por tanto más eficiente en el nivel de atención más básica¹¹. Es muy importante en este momento, el disponer del tiempo suficiente para llevar a cabo una atención adecuada a las necesidades del paciente¹⁷.

Además, muchos de los pacientes, incluso, prefieren acelerar el proceso de muerte debido al mal control de síntomas y a los sentimientos de frustración ante la pérdida de capacidad para llevar a cabo Actividades Básicas de la Vida Diaria, en este punto es donde la comunicación entra como factor determinante en el cuidado del paciente terminal¹⁷.

Por otro lado, es inevitable que las familias de pacientes terminales muestren tristeza y apego hacia el familiar que está en sus días finales de vida. Una actividad igual de importante que las anteriormente expuestas, es el fomento de la expresión de sentimientos y emociones; pues no sólo el paciente sufre, sino que la familia también, lo que produciría más estrés en el enfermo. Aquí, por tanto, destacamos la necesidad de construir una red de protección para la familia. Las enfermeras, junto con otros profesionales, deben de usar su creatividad para crear un ambiente cálido para el desarrollo de nuestra labor.

El trato con la familia, en los hospitales suele ser distante, por lo que la percepción de calidad de asistencia sanitaria es menor, ya que, las necesidades de la familia quedan insatisfechas, produciendo así un aumento de quejas al sistema sanitario. Desde este punto de vista, es muy importante trabajar desde AP, puesto que la cercanía al paciente y la familia es mayor; así se satisfacen más necesidades, mejoraríamos la calidad de vida del paciente y fomentaríamos la creación de la red de protección anteriormente nombrada, apareciendo ese ambiente cálido tan necesario en la atención en estos momentos tan delicados.

Por último, comentar que la dignidad a la hora de la muerte es un tema muy importante para el paciente y la familia, por lo que es necesario tener formación especializada en estos cuidados, y elaborar un plan de cuidados estandarizado sería la herramienta necesaria para llevar a cabo una atención adecuada y satisfactoria tanto para el paciente como para la familia.

Mediante PAE centrado en CP, elaboraríamos una guía clínica a seguir por todos los profesionales para mejorar el trabajo en equipo y la calidad la actuación enfermera, mediante el cual tratamos de ayudar y cuidar a todos aquellos pacientes que lo necesiten.

Además, aquellas enfermeras que estén cualificadas en estos cuidados, les será más fácil tratar a pacientes terminales.

3. CASO CLINICO

3.1. Presentación del caso

Varón de 81 años de edad, diagnosticado de enfermedad cardíaca congestiva. El paciente es atendido en su domicilio por el equipo de atención primaria del Centro de Salud de su localidad, como enfermo paliativo que entra en fase de “Últimos días de vida”.

3.1.1. Recogida de datos

Datos obtenidos a partir de la revisión de la historia clínica, historia enfermera, exploración física inicial, entrevista realizada a los familiares del paciente y la observación.

3.1.2. Valoración general

- Antecedentes patológicos:
 - Insuficiencia cardíaca crónica IV
 - Portador de marcapasos
 - Enfermedad de Parkinson
 - Insuficiencia respiratoria crónica, oxígeno domiciliario.
 - Hipertensión

- Insuficiencia renal leve
- Prótesis de cadera
- Ex fumador
- Neumonía hace 6 años
- Alergias: NO
- Ingresos en los últimos 6 meses: 3
- Motivo de los ingresos: Derrame pleural derecho y edemas en las extremidades.
- Vive con sus hijos, durante 6 meses está con uno de ellos y otros 6 meses con el otro.

3.1.3. Valoración física inicial

- Peso: 60 kg
- Talla: 150 cm
- IMC: 26.66 Sobrepeso
- Temperatura axilar: 35.9°C
- Tensión Arterial: 100/60
- Pulso: 52 ppm
- Saturación: 97%
- Glucemia capilar: 95 mg/dl

3.1.4. Medicación habitual

	POSOLOGIA
BEMIPARINA SÓDICA 3.500 UI	0-0-1
NITROGLICERINA 10mg	1-0-0
PRAMIPEXOL 0.7MG	1-1-1
LORAZEPAM 1MG	0-0-1
PANTOPRAZOL 40MG	1-0-0
LOSARTAN 50 MG	1-0-0
ALOPURINOL 100 MG	0-0-1
EPLERENONA 25MG	1-0-0
FUROSEMIDA 40 MG	1-1-1
LEVOTIROXINA 25 MG	1-0-1

BISOPROLOL 5 MG	1-1-1
PRIMIDONA 250 MG	1-1-1
QUETIAPINA 100 MG	0-0-1
BOSETAN 62.5 MG	1-0-0
HALOPERIDOL 10 GOTAS	0-0-1
TIOTROPIO BROMURO 18 µG	0-0-1

3.1.5. Observación y entrevista

El paciente se encuentra en cama, inconsciente. Tiene los labios secos y estriados, y la lengua presenta un color blanquecino, mantiene la boca abierta. No porta prótesis dental, aunque la tiene. Tiene los ojos secos, y hay escasa segregación lagrimal.

En relación a la piel, está escamada y pálida y tiene frías las extremidades, se ven machas purpurinas en la piel de manos y antebrazos. Además, presenta una úlcera por presión (UPP) en el maléolo izquierdo y otra en el derecho, y una tercera en la zona del coxis. La primera de grado III y las dos restantes de grado I.

La familia comenta que en los últimos días anteriores a entrar en situación de inconsciencia, habían notado al paciente más débil, ya que anteriormente si situación basal era sillón-cama, y había pasado a permanecer durante el día más tiempo en cama, se despertaba muy tarde y se acostaba muy temprano, aumentando por tanto la pérdida de fuerza muscular. Habían aumentado los períodos de desorientación con delirios y respondía con agresividad. Además, estaba perdiendo cada vez más el apetito.

La familia comenta que hacía poco de su último ingreso, apenas había estado en su domicilio una semana, cuando la situación del paciente empeoró. Desde el momento del alta, el paciente había mostrado mayor dificultad respiratoria. Y, aunque después de otros ingresos se había recuperado rápidamente, mejorando su nivel de movilidad, esta última vez no existía apenas recuperación.

Las UPP habían surgido durante el ingreso y no mostraban mejora.

3.2. Valoración

La valoración es definida como un proceso planificado, continuo, sistemático y de recogida e interpretación de información, con el objetivo de determinar la situación de salud de la persona.

La fase de valoración es el primer paso dentro del proceso enfermero, es el instrumento a partir del cual podemos empezar a planificar nuestros cuidados de forma integral y adaptada a cada paciente. A partir de nuestra valoración enfermera, vamos a elaborar nuestro plan de cuidados, incluyendo no solo al paciente sino también a su familia.

Los patrones de Marjory Gordon exponen una serie de comportamientos relacionados con sus hábitos de riesgos, calidad de vida y autorrealización, con los cuales determinar el grado de independencia del paciente y la cantidad de cuidados necesarios para resolver su situación.

Siguiendo el esquema de Marjory Gordon, realizamos una valoración por patrones funcionales, ya que los patrones no solo se adaptan muy bien al ámbito de atención primaria, sino que además pueden ser utilizados independiente del modelo enfermero que utilicemos. Además, con este esquema podemos recoger una gran cantidad de información relevante del paciente^{18,19}.

Aquellos patrones que estén alterados describen las situaciones que el paciente no puede solucionar por sí mismo, por lo que nuestra labor es prestar cuidados con los cuales se suplir el llamado problema de salud:

- ***Patrón 1: Percepción y manejo de la salud.***

Paciente pluripatológico, no presenta alergias conocidas.

Polimedicado. La familia era la encargada de la preparación de la medicación ya que el paciente no entendía la utilidad de la misma. Actualmente, no es capaz de deglutir, por lo que la familia por miedo de atragantamiento ha dejado de administrarle medicación.

Ex fumador.

Tiene prótesis de cadera y prótesis dental. También porta un marcapasos en el corazón.

Este año no se ha puesto la vacuna de la gripe.

La vivienda no está totalmente adaptada a las necesidades del paciente, ya que no hay ascensor para el traslado de éste.

En los últimos 6 meses ha ingresado tres veces en atención especializada. Ha sufrido varias caídas en los últimos años, una de ellas causa de ingreso debido a una tromboflebitis en ambas piernas.

- ***Patrón 2: Nutricional-Metabólico.***

Peso: 60 kg Talla: 150 cm IMC: 26.66 Sobrepeso

El paciente ha dejado de comer, la ingesta de líquidos se ha reducido, solo consiguen humedecerle un poco la cavidad bucal. Anteriormente, llevaba una dieta equilibrada.

En los últimos días la familia le nota pérdida de peso.

No presenta heridas bucales. Tiene los labios estriados, y la lengua y mucosas secas y de color blanquecino. Presenta halitosis.

No tiene intolerancias ni alergias alimenticias. Tomaba suplementos proteicos.

La piel es seca y escamada, poco hidratada. Presenta púrpura senil. La coloración de las uñas es amarillenta. Tiene las extremidades frías.

Pelo y vello escaso y corto.

Presenta tres UPP, una en el maléolo izquierdo y otra en el derecho, y una tercera en la zona del coxis. La primera de grado III y las dos restantes de grado I. Además, tiene edematizadas las extremidades, tanto las superiores como las inferiores.

Es dependiente total para la alimentación.

- ***Patrón 3: Eliminación.***

El patrón de eliminación se ha visto alterado con la reducción de micciones y deposiciones en relación a las anteriormente mostradas. Además, presenta una insuficiencia renal leve.

Desde hace tres días no ha defecado. Y con respecto a las micciones son escasas e involuntarias. Como sistema de ayuda usa pañales.

Presenta sudoración aumentada.

- ***Patrón 4: Ejercicio.***

FC: 52 FR: 13

SO₂: 97% con gafas de oxígeno.

TA: 100/60

Tuvo neumonía hace 6 años, presenta insuficiencia respiratoria y necesita oxígeno domiciliario. Tiene disnea y se escuchan estertores premortales. Hace una pequeña apnea de 15 segundos por minuto. También observamos tos productiva, pero con incapacidad de expectoración.

Presenta pérdida de fuerza y tono muscular. Anteriormente era capaz de sostenerse para trasladarlo de la cama al sillón, actualmente, se encuentra inmóvil en la cama.

Es dependiente total.

- ***Patrón 5: Sueño y descanso***

Patrón no valorable debido a la situación del paciente.

- ***Patrón 6: Perceptivo-Conceptual***

El paciente está en estado comatoso. Cambio brusco de consciencia a inconsciencia.

Tiene alterada la percepción sensorial, no responde a estímulos auditivos ni táctiles u dolorosos.

- ***Patrón 7: Autoconcepto-Autopercepción.***

Patrón no valorable debido a la situación del paciente.

- ***Patrón 8: Rol relaciones.***

Vive con dos de sus hijos. Cada 6 meses cambia de domicilio para estar con uno de ellos. Depende, por tanto, de ambos. Actualmente su cuidadora principal es su hija de 43 años, la cual está casada y tiene dos hijos adolescentes. La familia está muy preocupada por el estado de salud del paciente, han estado cuidando de él durante 6 años y les

cuesta comprender que les queda pocos momentos con él. Nos comentan que no quieren que nuestro paciente sufra dolor, y que no comprenden como ha podido cambiar tan bruscamente su situación. El resto de hijos no están involucrados en el cuidado del paciente.

- **Patrón 9: Sexualidad y Reproducción.**

Patrón no valorable debido a la situación del paciente.

- **Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés.**

Patrón no valorable debido a la situación del paciente.

- **Patrón 11: Valores y Creencias.**

Patrón no valorable debido a la situación del paciente.

ESCALAS DE VALORACIÓN

Dentro de la fase de valoración debemos de incluir escalas de valoración, para una más amplia recogida de información. Debemos de ser cuidadosos en su uso y exponer solo aquellos datos que repercutan directamente a nuestra atención.

	PUNTUACIÓN	INTERPRETACIÓN
Indice de Barthel ¹⁹	0	DEPENDENCIA TOTAL
Escala de Glasgow ²⁰	3	COMA PROFUNDO
Escala Campbel ²¹	0	NO DOLOR
Escala Emina ²²	15	RIESGO ALTO DE UPP
Cuestionario Zarit ¹⁹	53	SOBRECARGA LEVE

3.3. Identificación de problemas

Una vez recogidos y agrupados los datos del paciente, podemos empezar a determinar cuáles son los problemas del paciente, diferenciando entre Problemas de Colaboración (P.C.); Diagnósticos de Enfermería (D.E.) y Problemas de Autonomía^{19,27,23,24,25}.

- Problemas de colaboración
 - Disnea-Tos asociado a acumulación de secreciones y patología respiratoria.
 - Edema asociado a insuficiencia renal.
- Diagnósticos de enfermería
 - 00103 – Deterioro de la deglución R/C deterioro neuromuscular M/P observación de evidencias de dificultad de la deglución.
 - 00011 – Estreñimiento R/C cambio en el patrón de alimentación, actividad física insuficiente M/P incapacidad para expulsar las heces, disminución de la frecuencia.
 - 00085 – Deterioro de la movilidad física R/C deterioro cognitivo, deterioro sensorio-perceptivo M/P incapacidad para realizar cualquier movimiento.
 - 00122 – Trastorno de la percepción sensorial: visual, auditiva y táctil R/C alteración de la recepción sensorial M/P deterioro de la comunicación.
 - 00174 – Riesgo del compromiso de la dignidad humana R/C pérdida de control de las funciones humanas.
 - 00061 – Cansancio del rol de cuidador R/C responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas, brindar los cuidados durante años M/P fatiga, estrés, frustración, falta de tiempo para satisfacer las necesidades personales.
 - 00172 – Riesgo de duelo complicado R/C muerte de una persona significativa.
 - 00047 – Deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad física M/P alteración de la superficie de la piel, piel seca y escamada y escaras.
 - 00039 – Riesgo de aspiración R/C deterioro de la deglución.
 - 00004 – Riesgo de infección R/C defensas primarias inadecuadas: rotura de la piel.
 - 00045 – Deterioro de la mucosa oral R/C disminución de la salivación, deshidratación M/P halitosis, palidez de la mucosa, labios agrietados.
- Problemas de autonomía

- Déficit de autocuidado: alimentación
- Déficit de autocuidado: baño
- Déficit de autocuidado: vestido
- Eliminación urinaria
- Eliminación fecal
- Movilización – mantenimiento de buena postura
- Evitar peligros. Mantener el entorno seguro.

3.4. Planificación de Cuidados

La planificación de cuidados en CP, al igual que en el resto de especialidades, debe de ser integral y abarcar un adecuado intervalo de actividades, en las que el control de síntomas son las más prevalentes. La continuidad de la atención sanitaria, debe ser garantizada desde que comienza la agonía hasta llegar al proceso de muerte y duelo.

El Plan de Cuidados sobre CP debe ser: consecuente a la valoración previamente realizada; integral, ya que el tratamiento espiritual tiene la misma importancia que el control de síntomas; interdisciplinar, es decir, el trabajo debe de desarrollarse en equipo; aplicable y continuado en el tiempo y con indicadores de realidad; dinámico, para que se adapte a las necesidades cambiantes del paciente; pactado con el paciente y la familia y coordinado con todos los niveles y servicios asistenciales.

Cuando hemos determinado todos los problemas del paciente, debemos priorizar, es decir, establecer cuáles son los más importantes y elabora el Plan de Cuidados.

En relación a los D.E., utilizaremos como herramienta la taxonomía Nor American Nursing Diagnosis Association (N.A.N.D.A.), y las taxonomías Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Intervencions Classificaton (NIC). El plan de cuidados incluirá actividades asociadas a los P.C. y a los Problemas de Autonomía. Además, los D.E. deberán ir identificados con sus características definitorias (M/P) y factores relacionados (R/C), así como acompañados de sus resultados e intervenciones^{19,26,27}.

3.4.1. Problemas de Colaboración

- **Disnea-Tos asociado a acumulación de secreciones y patología respiratoria.**

Intervenciones:

3140 – Manejo de las vías aéreas

Actividades:

- Mantener la habitación fresca y aireada.
- Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible: cama en posición Fowler 45°.
- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.
- Valorar la necesidad de oxigenoterapia.
- Implicar a la familia en el cuidado del paciente.
- Explicar a la familia lo que son los estertores premortem y sus cuidados:
 - Retirar dentadura.
 - Explicar a la familia que son más molestos para ellos que para el propio paciente.
 - Dar seguridad y confianza.

2300 – Administración de medicación

Actividades:

- Colocación de vía s.c.
- En caso de disnea severa administrar Morfina 5mg cada 4 horas por vía s.c.
- Administrar 20 mg cada 8 horas N-butil-Bromuro de Hioscina, si aparecen estertores por vía s.c.
- Cuando existe tos con secreciones pero con incapacidad de expectoración: Administramos 20mg de Hioscina cada 8 horas por vía s.c.

3320 – Oxigenoterapia

Actividades:

- Valorar la necesidad de oxigenoterapia.

- Administrar oxígeno.

3250 – Mejorar la tos

Actividades:

- Incorporar la cama.
- Aumentar la ingesta de líquido para que permita fluidificar las secreciones, y por tanto, el paciente sea capaz de expectorar con mayor facilidad.

➤ **Edema asociado a insuficiencia renal.**

4120 – Manejo de líquidos/electrolitos

1- Actividades:

- Contar o pesar pañales.
- Realizar un registro de alimentación y eliminación.
- Vigilar el estado de hidratación de membranas submucosas y piel.
- Evaluar la ubicación y extensión del edema.
- Administrar diuréticos prescritos por vía s.c.
- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, se debe de incluir: frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Enseñar a la familiar a registrar la eliminación de orina.
- Mantener las extremidades elevadas con ayuda de almohadas y cojines, para favorecer la eliminación de líquido acumulado.

3.4.2. Diagnósticos de enfermería

- **00047 – Deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad física M/P alteración de la superficie de la piel, piel seca y escamada y presencia de escaras.**

Definición: alteración de la epidermis y/o dermis.

Resultado NOC:

- 1- 1101 – Integridad tisular: piel y membranas mucosas

INDICADORES*	PUNTUACIÓN INICIAL	FALLECIMIENTO
110101 – Temperatura de la piel	4	5
110104 – Hidratación	2	4
110113 – Integridad de la piel	2	4

*Escala Likert:

- 1 Gravemente comprometido
- 2 Sustancialmente comprometido
- 3 Moderadamente comprometido
- 4 Levemente comprometido
- 5 No comprometido

Intervenciones NIC:

- 1660 – Cuidados de los pies:
Actividades:
 - Aplicar loción, aceite hidratante.
 - Comprobar el nivel de hidratación de los pies.
- 3590 - Vigilancia de la piel
Actividades:
 - Observar si hay enrojecimiento y más pérdida de integridad de la piel.
 - Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
 - Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel circundante.
- 3500 – Manejo de presiones
Actividades:
 - Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada. Enseñar a la familia las técnicas para realizar los cambios posturales. Comenzaremos con decúbito

lateral derecho, seguido por el izquierdo y finalizado en decúbito supino.

- Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libres de presiones continuas.
- Utilizar colchón especial.

2- 1103 – Curación de la herida: por segunda intención

INDICADORES*	PUNTUACIÓN INICIAL	FALLECIMIENTO
110321 – Disminución del tamaño de la herida	4	3
110311 – Piel macerada	2	1
110317 – Olor de la herida	2	1

*Escala Likert: 1 Ninguno

2 Escaso

3 Moderado

4 Sustancial

5 Extenso

Intervenciones NIC:

- 3520 – Cuidados de las úlceras por presión
 - Actividades:
 - Determinar el nivel de formación de úlcera: estadio I a IV.
 - Limpiar la zona con solución salina.
 - Aplicar ungüentos tales como geles o cremas de acción limpiadora o regeneradora.
 - Aplicar un apósito adhesivo permeable a las úlceras, con el fin de eliminar el olor y regenerar la piel.
 - Si presenta mal olor, podemos usar agua oxigenada diluida al 5% y Metronidazol al 1%, para la limpieza y aplicar un

apósito de carbón para absorber olor durante el resto del día.

- Si existiera sangrado, aplicar hemostático local en puntos sangrantes.
- Aplicar vendajes de protección en talones y maléolos de ambos pies.
- Mantener la técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de las heridas.
- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio del vendaje, buscando signos de infección.
- Si aparecen esfacelos, debemos desbridar las úlceras.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Colocar al paciente de tal manera que evitemos presionar la herida.
- Ayudar a la familia a obtener material necesario para realizar la cura, así como enseñar los procedimientos de cuidado de la herida para realizarla en aquellos momentos que no esté el personal sanitario.
- Enseñar al paciente los síntomas y signos de infección: mal olor, dolor, exudado purulento, inflamación, etc.

➤ **00045 – Deterioro de la mucosa oral R/C disminución de la salivación, deshidratación, xerostomía M/P halitosis, palidez de la mucosa, labios agrietados.**

Definición: Alteración de los labios y/o tejidos blandos de la cavidad oral.

Resultados NOC:

1- 1100 – Salud oral

INDICADORES*	PUNTUACIÓN INICAL	FALLECIMIENTO
110010 – Humedad labial	4	2
110011 – Color de las mucosas	4	2
110017 – halitosis	5	2

*Escala Likert:

- 1 Gravemente comprometido
- 2 Sustancialmente comprometido
- 3 Moderadamente comprometido
- 4 Levemente comprometido
- 5 No comprometido

Intervenciones NIC:

- 1730 – Restablecimiento de la salud bucal
 - Actividades:
 - Aplicar soluciones de antiséptico bucal y agua para evitar el mal aliento, usando pequeñas torundas de gasas impregnadas en dicha solución limpias bien la cavidad bucal.
 - Vigilar labios, lengua y encías para determinar la humedad, color textura, presencia de restos e infección.
 - Aumentar el cuidado bucal a una frecuencia de cada dos horas y dos veces por la noche.
- 1710 – Mantenimiento de la salud bucal

Actividades:

 - Establecer una rutina de cuidados bucales.
 - Retirar dentadura postiza.
 - Usar torundas de gasas con manzanilla diluida como lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral.

- Integrar a la familia en el cuidado del paciente mediante la enseñanza del cuidado bucal.

- **00061 – Cansancio del rol de cuidador R/C responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas, brindar los cuidados durante años M/P fatiga, estrés, frustración, falta de tiempo para satisfacer las necesidades personales.**

Definición: Dificultada para desempeñar el rol de cuidador de la familia.

Resultado NOC:

1- 2508 – Bienestar del cuidador familiar

INDICADORES*	PUNTUACIÓN INICAL	FALLECIMIENTO
250811 – La familia comparte las responsabilidades de los cuidados	4	2
250812 Disponibilidad de Descansos	4	2

*Escala Likert: 1No del todo satisfecho

2 Algo satisfecho

3 Moderadamente satisfecho

4 Muy satisfecho

5 Completamente satisfecho

Intervenciones NIC:

- **5250. Apoyo en la toma de decisiones.**

Actividades:

- Informar a la cuidadora sobre las diferentes posibilidades y los posibles puntos de vista alternativos.
- Ayudar a la cuidadora a valorar las ventajas y desventajas de cada alternativa propuesta.
- Proporcionar siempre la información solicitada.

- Servir de enlace entre el cuidador principal y el resto de la familia.
- **5240. Asesoramiento.**

Actividades:

 - Determinar cómo afecta al cuidador el comportamiento del resto de familia.
 - Proporcionar información objetiva siempre que sea necesario.
 - Favorecer la expresión de sentimientos de la cuidadora principal y del resto de familia cercana.
- **7040. Apoyo al cuidador principal.**

Actividades:

 - Admitir las dificultades que el rol del cuidador principal conlleva.
 - Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.
 - Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo o imposibilidad de actuación.
 - Apoyar al cuidador a establecer límites en el cuidado.
 - Apoyar el cuidado de uno mismo.
- **5440. Aumentar los sistemas de apoyo.**

Actividades:

 - Determinar el grado de apoyo familiar del cuidador principal.
 - Observar la situación familiar actual y determinar el grado de influencia sobre la salud del cuidador y el paciente.
 - Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar, para compartir la carga.
- **7120. Movilización familiar.**

Actividades:

 - Establecer una relación de confianza con todos los miembros de la familia.

- Determinar la disposición y capacidad de los miembros de la familia para aprender las intervenciones necesarias para el cuidado del paciente.
- Identificar las capacidades y los recursos dentro de la familia.

3.4.3. Problemas de Autonomía

PROBLEMA	SUPLENCIA	INTERVENIONES
Déficit de autocuidado: alimentación	TOTAL	1803 – Ayuda con los autocuidados: alimentación: - Controlar la capacidad de deglutir del paciente. - Proporcionar higiene bucal antes y después de las comidas. - Controlar el estado de hidratación del paciente. - Colocar en posición lo más erguida posible, para evitar aspiración. - En caso de aspiración, retirar todo el alimento posible de la boca, poner al paciente de lado y golpear el centro de la espalda con la palma de la mano, para intentar expulsar el contenido aspirado.
		1801 – Ayuda con los autocuidados: baño/higiene: - Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y otros accesorios

Déficit de autocuidado: baño	TOTAL	necesarios para la higiene del paciente, lo más cerca posible para facilitar el baño. - Comprobar la limpieza de uñas. - Lavar el cabello del paciente. - Enseñar a la familia, los cambios posturales para la correcta higiene del paciente. 1650 – Cuidados de los ojos: - Lavar con suero fisiológico, desde el lagrimal hacia fuera del ojo, para mantener el ojo hidratado.
Déficit de autocuidado: vestido	TOTAL	1802 – Ayuda con los autocuidados: Vestir/ arreglo personal: - Ayudar en la limpieza de las uñas y el cabello. - Estar disponible para ayudar a la familia en el vestir del paciente.
Eliminación urinaria	TOTAL	0610 – Cuidados de la incontinencia urinaria: - Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares. - Mantener la zona lo más seca posible. - Hidratar la zona. - Cambiar el pañal regularmente, no puede estar totalmente lleno para evitar la alta exposición a humedad, evitando así la aparición de heridas.

Movilización – mantenimiento de buena postura	TOTAL	1806 – Ayuda con los autocuidados: trasferencia: - Elegir las técnicas de traslado más adecuadas para el paciente. Enseñar a la familia a llevarlas a cabo. - Identificar los métodos para evitar lesiones. - Dar información y proporcionar mecanismo de ayuda, tales como la grúa. - Enseñar a la familia a utilizar la mecánica corporal adecuada durante los movimientos. 0840 – Cambio de posición: - Vigilar el estado de oxigenación antes de realizar el cambio. - Colocar en posición de alineación corporal adecuada. - Colocar en posición para el alivio de la disnea. - Poner apoyos en las zonas edematosas. - Proporcionar apoyo adecuado al cuello. - Colocar en una posición que evites tensiones sobre la herida.
Evitar peligros. Mantener el entorno seguro	TOTAL	6530 – Manejo ambiental: seguridad: - Identificar los riesgos físicos, biológicos y químicos, respecto de la seguridad en el ambiente.

- Ayudar a la familia a crear un ambiente seguro para el paciente.

3.5. Evaluación de los indicadores

Nuestro paciente falleció 9 días después de nuestra valoración inicial.

Esta última fase consistiría en la evaluación de los resultados obtenidos, comprándolo con los resultados que esperábamos, en cada uno de nuestros diagnósticos.

En relación al diagnóstico de enfermería: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, hemos logrado detener el crecimiento de la UPP e incluso el tamaño de ésta se ha reducido. Además, eliminamos el mal olor: así como, mejoramos el aspecto de la piel circundante. Por otro lado conseguimos el mantenimiento de la piel sana hasta el último momento de vida gracias a la puesta en marcha de medidas de prevención.

Con respecto al siguiente diagnóstico de enfermería: Deterioro de la mucosa oral, observamos un cambio en la hidratación de la cavidad bucal, la cual permanece hidratada hasta el final de la vida de nuestro paciente. E incluso, desaparece la halitosis.

El alto nivel de demanda de cuidados que nuestro paciente requería, produjo sentimientos de sufrimiento, fatiga y frustración en la familia, especialmente a su cuidadora principal.

Gracias a la atención focalizada en los sentimientos de la cuidadora y en la prestación de ayuda y consejo, ésta se muestra más participativa y empieza a conseguir ayuda del resto de familiares, para compartir el cuidado de nuestro paciente.

Los síntomas disnea, estertores premortem y edema, son controlados a base de administrar la medicación adecuada y el resto de actividades correspondientes a cada uno de ellos. No conseguimos que desaparezcan completamente, pero

disminuimos su repercusión en el estado del paciente, y por consiguiente obtenemos el alivio de la cuidadora ante el posible sufrimiento de su familiar.

Por todo lo expuesto anteriormente, podemos concluir que los cuidados en etapa final de agonía estaban siendo cubiertos, obteniendo como resultado la muerte digna del paciente en un ambiente de serenidad y tranquilidad.

4. DISCUSIÓN

La gran mayoría de los estudios demuestran, que muchas de las personas con enfermedades incurables prefieren quedarse en casa y morir allí, independientemente de si el hogar es el suyo propio o el de sus cuidadoras^{9,28,29}.

En muchos estudios, se revela que aunque el paciente exprese deseos de fallecer en casa, la familia es la que mayor peso tiene en la toma de decisiones, quebrantando por tanto, el principio de autonomía del paciente.

La familia es un factor determinante en el lugar de elección de la muerte. En primer lugar, tendríamos a la familia que nunca está o viene de fuera, por lo que el paciente carece de recursos para mantener su cuidado. Y en segundo lugar, tendríamos familias que si están, pero que tiene poca información sobre los recursos disponibles en AP, creen que hay mejor atención y recursos en un hospital, o bien, busca el evitar recuerdos de muerte en la viviendas y proteger a los niños pequeños. En ambos casos, el aumento de ingresos es mayor, pues supone para el paciente una sensación de soledad en la persona cuidadora que demanda mayor atención de urgencias propiciando así el ingreso, hasta el fallecimiento en el hospital.

Según algunos estudios, si esta tendencia no llegar a revertir, los hospitales no llegaran a hacer frente a dicho problema⁹.

La mayoría de las investigaciones relacionadas con la atención al final de la vida, siguen demostrando que es a menudo deficiente. Un elevado tanto por ciento de pacientes con necesidad de atención paliativa utiliza el servicio de

urgencias, lo cual ha quedado considerado como el ámbito menos ideal para desarrollar dichos cuidados. Encontramos resultados en investigaciones que sugieren que una buena formación y coordinación en AP harían posible la mejora de la atención a dichos pacientes, disminuyendo así el número de asistencias urgentes. Así mismo, en varios estudios, se observa que no toda la población es susceptible a ser atendida por CP o tiene acceso a un proveedor que satisfaga sus necesidades. La mayoría han ingresado por crisis agudas debido al mal control de síntomas, tales como el dolor o la disnea, ingresos que con un buen tratamiento domiciliario podrían ser evitados^{9,28}.

La actuación ante las necesidades de los pacientes debe ser multidimensional, yendo más allá de su salud y el funcionamiento del cuerpo. Muchos de ellos de carácter bastante básico.

Según un estudio sobre las preferencias del lugar de realización de cuidados, las preocupaciones relacionadas con la salud no son el tema central. Sin embargo, los pacientes hacen hincapié en la necesidad de control sobre sus vidas cotidianas y el deseo de conexión social. Al ser enfermos terminales, sus necesidades son más difíciles de abordar, e incluso a veces, no llegamos a conocerlas. Lo que está claro, es que son pacientes con mayor requerimiento afectivos, que desean un acercamiento social y presencial, así como, escucha activa y no menospreciar sus quejas sobre la aparición de síntomas. Es decir, los profesionales sanitarios deben ser empáticos²⁹.

Existen evidencias de que con una buena atención sanitaria integral y continuada las personas mayores, pueden adaptarse bien a las situaciones difíciles y las cargas físicas pueden tener poca influencia en su bienestar subjetivo.

Existe poca investigación sobre el papel de la enfermera o de la práctica de AP. Las principales consideraciones en apoyar el desarrollo de papel de enfermería son: la financiación de las consultas y el apoyo para avanzar en las funciones de enfermería en CP, para que estas no sean siempre remitidas por los médicos. En varios estudios sobre la participación de profesionales de AP en cuidados paliativos, se demostró que la implicación de la enfermera estaba determinada por la opinión del médico e incluso su papel en el trabajo con

dichos pacientes se limitaba. La mayoría de las enfermeras hablaban de aprender ciertos aspectos de la atención paliativa durante el trabajo o debían de hacer una lectura previa sobre dicho tema. También, informaron sobre la formación de profesionales, las cuales iban dirigidas solo al personal médico. Los participantes del estudio exponen la diferencia de autoridad de unos profesionales sanitarios a otros dentro de los CP, los médicos tienen más autonomía en la toma de decisiones, mientras que las enfermeras de la comunidad deben acatar las normas y regulaciones estipuladas por su empleador^{28,30,31}.

Las enfermeras tienen las mejores habilidades y las oportunidades para llevar a cabo un PAE para enfermos terminales, debido a su mayor contacto con los pacientes, e incluso, este contacto es prácticamente diario; mejorando, por tanto, la coordinación en el cuidado tanto del paciente como de la familia.

El papel de la enfermera en la provisión de paliativos y en la atención a las personas mayores en condiciones de enfermedad avanzada que necesita cuidado largo plazo, es un tema de creciente importancia²⁵.

Las investigaciones internacionales han demostrado que el entrenamiento de los profesionales de la salud en los países desarrollados, han tenido un impacto positivo en sus conocimientos y práctica clínica, en financiación y en la prestación de servicios. Un estudio de Canadá, destacó aquellas barreras encontradas por los equipos de soporte de atención domiciliaria, para hacer frente a la forma de desarrollar y sostener mejor el trabajo en la comunidad. Dichas barreras podríamos dividirlos en: barreras de gestión de la prestación de servicios, la no coordinación en la planificación de cuidados, la autoridad sobre la asistencia y la financiación. Esta última, ha sido mencionada en diversos estudios como la más determinante en la escasa implicación en los pacientes^{25,31}.

La construcción de equipos primarios de CP con capacidad de acción, es crucial a nivel mundial para ampliar el alcance de estos cuidados tan especializados, así todos los ámbitos de las necesidades de más pacientes y sus familias podrán ser satisfechos de manera oportuna.

La integración de información sobre paliativos para el aprendizaje sobre estos cuidados es importante en términos de mejoría en la preparación del personal de enfermería, para que nos sintamos seguros a la hora de responder a las necesidades de cuidados especializados en atención paliativa de nuestros pacientes. Dicho aprendizaje debe realizarse durante y tras la finalización de los estudios universitarios, no debemos dejar de formarnos debido a que todavía el concepto de CP puede ser modificado, así como podemos encontrar nuevos modelos y nuevas formas de actuación enfermera. Los estudios muestran que el personal de enfermería necesita más educación en los cuidados paliativos^{8,28}.

La contribución que las enfermeras aportan a la prestación de CP en el nivel más básico de atención, fuera de los entornos de trabajo especializados, debe ser reconocida. Exponiendo así las perspectivas sobre sus experiencias, necesidades y una mejor comprensión de los desafíos que las enfermeras de AP deben de enfrentar en relación a los CP.

Esto a su vez, permite a las enfermeras de CP a centrar su atención en el cuidado de pacientes independientemente de la edad, el diagnóstico o el nivel de atención⁸.

Existe una relación directamente proporcional entre los sentimientos y estado de ánimo y el aceleramiento de la muerte, si desde AP se es perceptivo de la espiritualidad de los pacientes con los que trabajamos, se mejoría la atención sanitaria. La enfermera sería capaz de desarrollar actitudes, habilidades y mejorar la calidad de vida de la comunidad, con una formación especializada en habilidades de comunicación. Sin embargo, vemos como la formación en el cuidado “del alma” es escasa, centrándose exclusivamente en el control de los síntomas^{9,11,17}.

En relación a la atención familiar, existen estudios en Brasil que afirman que gracias a las percepciones de las enfermeras de familia es posible identificar aquellas estrategias más facilitadoras o aquellas que dificultan la interacción con la familia a la hora de prestar los CP, lo cual permitiría, crear nuevos programas para calificar los recursos humanos que nos permitan proporcionar cuidados reales. Según dicho estudio, todas las enfermeras participantes,

coincidieron en que la estrategia más favorecedora a seguir en la atención a la familia, es dar apoyo emocional, y enseñar las actividades realizadas para que se sientan con confianza, ya que los profesionales no pueden estar en casa todo el tiempo³.

Las enfermeras que trabajan en AP y CP, destacan el cansancio que su rutina diaria implica y el sufrimiento experimentado debido a su participación en la toma de decisiones de las familias durante el proceso de la muerte de uno de sus seres queridos¹⁴.

Por último, en relación a los costes, la potenciación del uso de la vivienda como espacio de atención paliativa reduciría los costes de hospitalizaciones, especialmente en situaciones de requerimiento de cuidados crónicos como son los CP. Sin embargo, vemos como el gasto sanitario dirigido a hospitalización es mayor que el de AP^{15,32}.

5. CONCLUSIONES

- Los cuidados paliativos son necesarios, no solo, en aquellas enfermedades oncológicas, sino que son aplicables en todas las enfermedades crónicas en estado avanzado, independientemente de que sean por procesos tumorales o no, como anteriormente se pensaba. Además, la edad no es un factor determinante en cuidados paliativos, pues para cualquier paciente que los necesiten deben de ser prestados.
- Los cuidados paliativos deben de enfocarse en el paciente como un “ser biopsicosocial”, interviniendo en todos los ámbitos de sus necesidades: físico, psicológico, espiritual, socio-afectivo, e incluso, en el económico.
- Los pilares fundamentales de la atención en el final de la vida son: la interdisciplinariedad, la coordinación asistencial y la atención integral.
- En relación al cuidado de un paciente terminal, debemos de prestar ayuda no solo al paciente, si no que la familia, al tener un importante papel en la evolución de la enfermedad, también debe de ser considerada.

- El seguimiento de todas aquellas enfermedades crónicas requiere un trabajo regular de laboratorio y visitas de seguimiento. Los cuidados de enfermería de elección ante dichos problemas son los cuidados paliativos, el lugar idóneo para desarrollarlos es desde atención primaria.
- Los profesionales de atención primaria tienen mayor posibilidad de establecer relaciones de confianza y mejorar la comunicación, así como detectar aquellos problemas familiares disfuncionales que perjudiquen al paciente. Este hecho se debe al acercamiento de los servicios sanitarios al hogar.
- En general, existe poca experiencia e evidencia sobre cuidados paliativos en el área asistencial, sobre todo de la disciplina enfermera, la cual es la que proporciona los cuidados en el entorno domiciliario. En los equipos de cuidados paliativos de atención domiciliaria la recogida de datos para la evaluación de los pacientes es muy heterogénea, así mismo, la composición de dichos equipos también puede variar.
- La escasez de investigaciones sobre la atención compartida y las barreras que presenta, hace necesaria la examinación de trabajos para mejorar dicha atención. El buen funcionamiento de la atención compartida va a depender de la colaboración y apoyo interdisciplinar.
- En conclusión, todos estos factores demuestran que el requerimiento de cuidados paliativos de la comunidad serán cada vez más necesario. Además, podemos afirmar que con una buena coordinación del proceso de atención paliativa desde atención primaria, se reduciría los costes en recurso sanitarios.

6. BIBLIOGRAFIA

¹ Abaunza, A.; Jaio, N., Landa, V., Irurzun, E., Atención A Los Pacientes En La Fase Final De La Vida: Revisión Sistemática Sobre Modelos Organizativos En Cuidados Paliativos Y Encuesta A Los Profesionales Sanitarios Sobre La Situación De Los Cuidados Paliativos En Una Comarca Del País Vasco. Proyecto de Investigación Comisionada, Ministerio de Sanidad, Euskadi, Junio 2013, pag: 9-41. ISBN: 78-84-457-3309-7

-
- ² Damborenea, M.D. Garde, C. Aguirre, M.J., González, C. Almaraz, M. J.; Mañé, J.M., Atención Domiciliaria Al Paciente En Situación Terminal En La Comunidad Autónoma Del País Vasco. Proyecto de Investigación Comisionada, Ministerio de Sanidad, Euskadi, Diciembre 2006. ISBN 978-84-457-2544-3
- ³ Baliza, M.F.; Bousso, R.S.; Spineli, VMCD; Silva L.; Poles K.; Palliative care in the home: perceptions of nurses in the Family Health Strategy; Acta Paul Enferm. 2012; 25 (Special Issue 2):13-8. ISSN 1982-0194
- ⁴ Servicio Murciano de Salud; Cuidados Palitavios: Bloque 1; [Internet]; 2011-2012. [Citado 1 de abril de 2015] Disponible en: www.cuidarypaliar.es/doc236
- ⁵ Ministerio de Sanidad y Consumo; Guía de Práctica Clínica Sobre Cuidados Paliativos; Vitoria-Gasteiz, Mayo 2008. ISBN: 978-84-457-2733-1
- ⁶ Colell Brunet, R.; Enfermería y Cuidados Paliativos; Ediciones de la Universidad de Lleida; Impresión Publicista, 2008.
- ⁷ Bermejo, J.C., Diaz, G., Sanchez, E., Manual Básico Para la Atención Integral en Cuidados Paliativos; Centro de Humanización de Salud, Cáritas; Madrid, 2011.
- ⁸ Phillips J. A service verses an approach: the importance of building primary palliative care. *International Journal of Palliative Nursing* 2014, 20, (10): 471, ISSN: 1357-6321
- ⁹ Asensio, M.R.; Rodríguez, M.T.; Palomo, J.C., Tena, B.; Ramírez, E.; Barrientos, S.; Experiencias de los profesionales sanitarios sobre la muerte digna. *PARANINFO DIGITAL. MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD*. Fundacion INDEX, 2014, (20): 2-5. ISSN: 1988-3439
- ¹⁰ Rocafort, J., Herrera, E., Fernández, F., Grajera, M.E., Redondo, M.J., Díaz Díez F.; Espinosa, J.A.; Equipos de soporte de cuidados paliativos y dedicación de los equipos de atención primaria a pacientes en situación terminal en sus domicilios; *Aten Primaria*. 2006; 38(6): 316-324

-
- ¹¹ Nettina S., Bringing Palliative Care to Primary Care, The Maryland Nurse News and Journal, February, 2015 Feb-Apr; 16 (2): 17, ISSN: 0047-6080
- ¹² Murray, S. A.; Firth, A.; Schneider, N.; Van den Eynden, B.; Gomez-Batiste, X.; Brogaard, T.; Villanueva, T.; Abela, J.; Eychmuller, S.; Mitchell, G.; et al.; Promoting palliative care in the community: Production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. Palliative Medicine, 2015 Feb; 29 (2): 101-11. ISSN: 0269-2163 PMID: 25395577
- ¹³ DeMiglio, L; Williams, A. Shared care: the barriers encountered by community-based palliative care teams in Ontario, Canada.; Health & Social **Care in the Community**, 2012 Jul; 20 (4): 420-9. ISSN: 0966-0410 PMID: 22469189
- ¹⁴ Valente, S.; Teixeira, M.; Estudo fenomenológico sobre a visita domiciliária do enfermeiro à família no processo de terminalidade; Rev Esc Enferm USP, Septiembre, 2009, 43(3): 650-656.
- ¹⁵ Lara, K. et al; Atuação Do Enfermeiro Nos Serviços De Atenção Domiciliar: Implicações Para O Processo De Formação; Cienc Cuid Saude, 2014 Jul/Set; 13(3): 503-510. DOI: DOI: 10.4025
- ¹⁶ Owens D., Eby K., Burson S., Green M., McGoodwin W., Isaac M. Primary Palliative Care Clinic Pilot Project demonstrates benefits of a nurse practitioner-directed clinic providing primary and palliative care, Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 24, 2011,. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2011.00664.x.
- ¹⁷ Sierra García, M., Getino Canseco, M.; La atención espiritual al final de la vida en los domicilios; Rev ROL Enferm, Septiembre, 2013; 36(9): 596-601
- ¹⁸ Álvarez, J.L., Castillo, F., Fernández, D., Muñoz, M.; Manual de Valoración de Patrones Funcionales [Internet], Junio 2010 [Citado 1 de Abril de 2015]. Disponible en:

<http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>

¹⁹ Boceta, J.; Cía, R.; De la Cuadra, C.; Duarte, M.; Durán, M.; García, E.; Marchena, C.; Medina, J.; Rodríguez, P.; CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE Y SU FAMILIA [Internet], Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2003, [Citado 1 Abril de 2015]. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p3_p3_procesos_asistenciales_integrados/cuidados_paliativos/cpali_paciente_familia.pdf

²⁰ Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Medición de signos neurológicos (Escala de Glasgow) [Internet]; 2011. [Citado 10 abril de 2015]. Disponible en:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DMedici%C3%B3n+de+signos+neurol%C3%B3gicos+%28escala+de+Glasgow%29.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1310577449692&ssbinary=true>

²¹ Martín, L.; Escalas de evaluación del dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva [Internet], 2012; [Citado 2 de Abril del 2015]. Disponible en: <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>

²² Fuentelsaz, C.; Validación de la escala EMINA: un instrumento de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes hospitalizados. ENFERMERÍA CLÍNICA, 2000, 11(3): 99

²³ Bulechek G.; Butcher H.; McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). *Quinta edición*. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2009.

²⁴ Swanson E.; Moorhead S.; Johnson M.; Maas M. *Clasificación de Resultados en Enfermería (NOC)*. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2009

²⁵ Tejada Domínguez F.J., Ruíz Domínguez M.R.; Paciente en estado terminal y familia. Caso Clínico; Revista Científica: HYGIA de Enfermería, 2009, 71(41): 41-48. ISSN: 1.576-3056

²⁶ Sánchez, O.; Domínguez, M.C.; Plan de cuidados de Enfermería para el paciente en situación de Agonía en Atención Primaria. ENE, Revista de Enfermería; Agosto 2010, 4(2):71-82

²⁷ NANDA International. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación. (2009-2011). Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2010.

²⁸ Raunkiaer, M.; Timm, H.; Interventions concerning competence building in community palliative care services – a literature review, Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2013 Dec; 27 (4): 804-19. ISSN: 0283-9318 PMID: 23289896

²⁹ Strohbuecker, B; Eisenmann, Y; Galushko, M; Montag, T; Voltz, R; Palliative care needs of chronically ill nursing home residents in Germany: focusing on living, not dying, International Journal of Palliative Nursing, 2011 Jan; 17 (1): 27-34 ISSN: 1357-6321 PMID: 21278671

³⁰ DeMiglio, L; Williams, A. Shared care: the barriers encountered by community-based palliative care teams in Ontario, Canada.; Health & Social Care in the Community, 2012 Jul; 20 (4): 420-9. ISSN: 0966-0410 PMID: 22469189

³¹ Raphael, D.; Waterworth, S.; Gott, M.; The role of practice nurses in providing palliative and end-of-life care to older patients with long-term conditions. International Journal of Palliative Nursing, 2014 Aug; 20 (8): 373-9. ISSN: 1357-6321 PMID: 25151864

³² Lacampa, P.; Bermúdez, C.; Vallejo, S.; García Mochón, L.; Villegas, R.; Modelos organizativos en cuidados paliativos. Comparación de consumo de

7. ANEXOS

7.1. Índice de Barthel

Escala para valorar el grado de dependencia del paciente:

COMER	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc	5
	- Dependiente	0
LAVARSE	- Independiente.	10
	- Entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
VESTIRSE	- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
ARREGLARSE	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
DEPOSICIONES	- Continente	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinente	0

MICCIÓN	- Continente o es capaz de cuidarse la sonda - Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24h necesita ayuda para cuidar de la sonda - Incontinente	10 5 0
USAR EL RETRETE	- Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa - Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo - Dependiente	10 5 0
TRASLADARSE	- Independiente para ir del sillón a la cama - Trasladarse – Mínima ayuda física o supervisión - Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda - Dependiente	15 10 5 0
DEAMBULAR	- Independiente, camina solo 50 metros - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros - Independiente en silla de ruedas, sin ayuda - Dependiente	15 10 5 0
ESCALONES	- Independiente para subir y bajar escaleras - Necesita ayuda física o supervisión - Dependiente	10 5 0

Puntuación:

100 Total independencia (siendo 90 la máxima puntuación si el paciente usa silla de ruedas)

< 60 Dependencia leve

35-55 Dependencia moderada

20-35 Dependencia severa

< 20 Dependencia total

7.2. Escala Glasgow

Con esta escala valoramos el nivel de conciencia de nuestro paciente:

Respuesta ocular (apertura de ojos)	
Esponánea	4
A estímulos verbales	3
Al dolor	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Desorientado/confuso	4
Incoherente	3
Sonidos incomprensibles	2
Ausencia de respuesta	1
Respuesta motora	
Obedece ordenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3
Extensión anormal	2
Ausencia de respuesta	1

Puntuación:

15 Normal; < 9 Gravedad; 3 Coma profundo

7.3. Escala Campbel

La escala Campbel la usamos para valorar el dolor en una persona inconsciente, y que por tanto no puede comunicar si siente o no dolor:

Musculatura facial	
Relajada	2
En tensión, ceño fruncido y/o mueca de dolor	1
Ceño fruncido de forma habitual y/o dientes apretados	0
Tranquilidad	
Tranquilo, relajado, movimientos normales	2
Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición	1
Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	0
Tono muscular	
Normal	2
Aumentado. Flexión de dedos de manos y/o pies	1
Rígido	0
Respuesta verbal	
Normal	2
Quejas, lloros, quejidos o gruñidos ocasionales	1
Quejas, lloros, quejidos o gruñidos frecuentes	0
Confortabilidad	

Confortable y/o tranquilo	2
Se tranquiliza con el tacto y/o la voz. Fácil de distraer	1
Difícil de confortar con el tacto o hablándole	0

Puntuación:

No dolor 0; Dolor leve-moderado: 1-3; Dolor moderado-grave: 4-6; Dolor muy intenso: >6

7.4. Escala Emina

Con la escala Emina valoramos si el paciente está en riesgo o no de que aparezcan úlceras por presión:

Estado mental	Movilidad	Humedad R/C Incontinencia	Nutrición	Actividad
0 Orientado	0 Completa	0 No	0 Correcta	0 Deambula
1 Desorientado o apático o pasivo	1 ligeramente limitada	1 Urinaria o fecal ocasional	1 Ocasionalmente incompleta	1 Deambula con ayuda
2 Letárgico	2 limitación importante	2 Urinaria o fecal habitual	2 Incompleta	2 Siempre precisa ayuda
3 Comatoso	3 inmóvil	3 Urinaria y fecal	3 No ingesta	3 No deambula

Sin riesgo: 0; riesgo bajo: 1-3; riesgo medio: 4-7; riesgo alto: 8-15.

7.5. Cuestionario Zarit

Es un cuestionario orientando a evaluar la sobrecarga del cuidador principal de un paciente dependiente:

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

1.- ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2.- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0	1	2	3	4

3.- ¿Se siente agotado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4.- ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5.- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6.- ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Vd. tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7.- ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8.- ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0	1	2	3	4
9.- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10.- ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
11.- ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
12.- ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
13.- ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14.- ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15.- ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16.- ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17.- ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4

18.- ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
19.- ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20.- ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21.- ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
22.- Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4

Puntuación:

< 46-47 No sobrecarga.

> 46-47 Sobrecarga.

46-47 a 55-56 Sobrecarga leve.

> 55-56 Sobrecarga intensa.