



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Trabajo Fin de Grado

Plan de cuidados de un paciente
frágil en el servicio de urgencias.

Alumno: M^a ISABELCASTELLANO GALLARDO

Tutor: D. YOLANDA RUSTARAZO FRANC

Dpto: ENFERMERÍA

MAYO, 2014



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Trabajo Fin de Grado

Plan de cuidados de un paciente frágil en el servicio de urgencias.

Alumno: M^a ISABELCASTELLANO GALLARDO

Tutor: D. YOLANDA RUSTARAZO FRANC

Dpto: ENFERMERÍA

MAYO, 2014

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
1 RESUMEN.....	5-6
2 INTRODUCCIÓN.....	6-15
2.1 Definición de fragilidad.....	7
2.2 Factores de riesgo de la fragilidad.....	7-8
2.3 Definición de paciente frágil.....	8-10
2.3.1 Criterios de inclusión.	
2.3.2 Comparativa de criterios de inclusión con respecto a otras comunidades y países.	
2.4. Objetivos de la continuidad de cuidados.....	11
2.4.1 Objetivos principales	
2.4.1 Objetivos específicos.	
2.5 Importancia de la continuidad de cuidados.....	11-12
2.6 Evolución de la continuidad de cuidados en Andalucía.....	12-15
2.7 Continuidad de cuidados en pacientes en el servicio de urgencias.....	15
3. METODOLOGÍA.....	16-18
3.1 El Proceso de Atención de Enfermería	
3.2 Etapas del PAE.	
3.3 Clasificación de diagnósticos NANDA	
3.4 Clasificación de intervenciones NIC	
3.5 Clasificación de resultados NOC	
4. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	18-34
5. DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN.....	35

6. BIBLIOGRAFÍA.....	36-37
7. DOCUMENTOS ANEXOS.....	38-41

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecer a Yolanda Rustarazo Franco, coordinadora del hospital Alto Guadalquivir, Supervisora del área de Consultas Externas, tutora del Trabajo Fin de Grado y pieza clave en la realización de este, ya que ha sido mi punto guía para poder realizar este trabajo.

Además agradecer a Francisco Andrés Serrano López, Salvador Caño Molina y M^a Ángeles García Granados, enfermeros del servicio de Urgencias del hospital Alto Guadalquivir por la gran profesionalidad que me han demostrado día tras día en el servicio de Urgencias en este último prácticum, el haberme aportado determinados conocimientos han hecho implicarme el investigar sobre el paciente frágil

Po último y no por ello menos importante cabe hacer mención a todos los profesores de la Facultad Ciencias de La Salud concretamente Grado en Enfermería, a todo el personal de enfermería que he tenido como tutores que se implican día a día con los alumnos y resto de coordinadores de prácticum.

1. RESUMEN.

Este trabajo consiste en conocer la importancia de la continuidad de cuidados en un paciente frágil y saber identificarlo basándonos en los criterios de inclusión de pacientes frágiles. Es de especial importancia conocer bien estos criterios debido a que de ti va a depender que este paciente siga con una continuidad de cuidados tras el alta. Algunas de las funciones de enfermería en urgencias son solucionar el problema de salud y valorar las circunstancias que rodean al paciente vulnerable y que pueden poner en riesgo su salud, por lo que es primordial la identificación de este tipo de pacientes. Saber que el término de fragilidad se define como un conjunto de situaciones en las que la capacidad del paciente se encuentra disminuida para realizar las actividades de la vida diaria (AVDA). Una correcta valoración de enfermería, captar a tiempo al paciente como frágil y registrarlo a tiempo, nos garantizará que Salud Responde se ponga en contacto una vez que el paciente es dado de alta para continuar con una continuidad de cuidados en su domicilio. Esta continuidad de cuidados nos garantizará que el paciente gane en calidad de vida. Para garantizar una buena planificación de cuidados del paciente frágil realizaremos el Proceso de Atención de Enfermería, el cual es un punto fuerte en este trabajo, este nos va a permitir prestar los cuidados al paciente de una forma sistemática

en sus cinco etapas, una vez que tengamos escogidos los Resultados más apropiados, valoraremos la puntuación que tienen estos al inicio, la puntuación que hemos conseguido tras su estancia y compararla con la puntuación deseada que siempre va a ser mayor. Es de especial importancia que una vez dado de alta el paciente frágil se quede registrado en la hoja correspondiente para que el supervisor/a de guardia lo comunique a la plataforma de Salud Responde y así se pongan en contacto con el paciente y/o con la enfermera comunitaria de enlace (ECE), otro papel muy importante que nos garantizará que el paciente va a seguir recibiendo una continuidad de cuidados en su domicilio tras el alta, ya sea el alta desde unidades de hospitalización e incluso del servicio de urgencias, cuya telecontinuidad de cuidados se está llevando a cabo desde el mes de Marzo de 2014.

PALABRAS CLAVE: paciente frágil, fragilidad, continuidad de cuidados, urgencias.

ABSTRAC

This work is to understand the importance of continuity of care in a fragile patient and learn to identify based on the inclusion criteria of frail patients. It is especially important to know these criteria well because you will depend follow this patient with a continuity of care after discharge. Knowing that the term frailty is defined as a set of situations in which the patient's ability to perform is diminished activities of daily living (ave) . A fair assessment of nursing time to capture and record patient as fragile time , we ensure that Health Responds contact once the patient is discharged to continue with a continuity of care at home. This will ensure continuity of care for the patient we gain in quality of life. To ensure good planning fragile patient care will make the Nursing Care Process , which is a strong point in this work, this will allow us to provide patient care in a systematic way in five stages , once we have chosen the most appropriate results , we assess the score that have these at the beginning , the score we achieved after their stay and compare it with the desired score will always be higher. It is especially important that once discharged the fragile patient is registered in the corresponding sheet for the supervisor / duty to notify the Health and Answer platform and make contact with the patient and / or the Community nurse liaison (ECE) , another very important role to ensure us that the patient will continue to receive ongoing care at home after discharge, discharge from either inpatient units and even the emergency department , as telecontinuidad care is being carried out in the month of March 2014.

KEY WORDS: fragile patient, fragility, continuity of care, emergency.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Definición de fragilidad

La definición de fragilidad no está consensuada, diversos autores utilizan variados conceptos para concretarla, por lo cual se hace necesaria una unificación universal de criterios para acotarla.

Entre las definiciones más valoradas voy a citar las siguientes:

- Buchnerque: “considera fragilidad como el estado en que la reserva fisiológica está disminuido, llevando asociado un riesgo de incapacidad. Por medio de la detección de la fragilidad y mediante medidas diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras se trataría de evitar la discapacidad”.
- Brockerhurst: “se basa en el equilibrio precario entre diferentes componentes, biomédicos y psicosociales, que condicionarán el riesgo de institucionalización o muerte”.⁽¹⁾

La fragilidad es una condición reconocida por los profesionales sanitarios, aunque difícil de definir conceptualmente. Más que una entidad clínica precisa, la fragilidad se configura como un conjunto de múltiples situaciones en las que existe una capacidad disminuida para desarrollar las actividades de la vida diaria y para dar respuesta a demandas que resultan excesivas. En todos los casos la fragilidad comporta un alto sufrimiento de la persona, una pesada carga para los profesionales sanitarios, unos elevados costes de atención sanitaria, un uso abundante de medicación y, en muchos casos, un riesgo elevado de hospitalización.⁽²⁾

2.2 Principales factores de riesgo de fragilidad:

- El envejecimiento biológico. Alteraciones del equilibrio y marcha por múltiples discapacidades (sistemas sensoriales, respuesta muscular, equilibrio).
- Enfermedades agudas o crónicas (conocidas o no).
- Factores de riesgo en cuanto a abusos (estilos de vida, factores sociales y económicos).

- Factores de riesgo en cuanto a desuso (inactividad, inmovilidad, déficits nutricionales).⁽¹⁾

2.3 Definición de paciente frágil.

Paciente frágil es aquella persona que por determinadas condiciones propias o del entorno se muestra más vulnerable a la sociedad. Tienen un elevado riesgo de perder su autonomía, de sufrir complicaciones en su estado de salud, de morir o de ingresar en una institución si no reciben la ayuda adecuada.

A continuación voy a describir los criterios de inclusión que nos basamos para identificar a un paciente frágil en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

2.3.1 Criterios de inclusión.

Los criterios establecidos para la identificación de la población diana son:

Fuera de temperaturas extremas:

A.1 Persona mayor de 65 años que viva sola o con una persona mayor de 65 años que vivan solas, presenten dos o más enfermedades crónicas y al menos uno de los siguiente criterios:

A.1.1 Tomar cinco o más fármacos.

A.1.2 Limitación funcional en situación de estabilidad clínica (falta de autonomía para las actividades de la vida diaria, índice de Barthel menor de 60 puntos.). **ANEXO 1**

A.1.3 Limitación deterioro/cognitivo (escala de Pfeiffer mayor de 5). **ANEXO 2**

A-2 Persona menor de 65 años que presente dos o más enfermedades crónicas y:

A.2.1 Tome cinco o más fármacos.

A.2.2 Limitación funcional en situación de estabilidad clínica (falta de para las actividades de la vida diaria, índice de Barthel menor de 60 puntos.).

A.2.3 Limitación/deterioro cognitivo (escala de Pfeiffer mayor de 5).

A.3 Persona que presente al menos uno de los siguientes criterios:

A.3.1 Proceso oncológico (incluido niños) y que finalice tratamiento de quimioterapia el día del alta.

A.3.2 Procesos en situación terminal con necesidad de cuidados paliativos con permiso de fin de semana a su domicilio.

Criterios de inclusión en verano:

A.1 Persona mayor de 65 años que viva sola o con una persona mayor de 65 años que vivan solas, presenten dos o más enfermedades crónicas y al menos uno de los siguientes criterios:

A.1.1 Tomar un fármaco tales como (**diuréticos, hipotensores, antidepresivos, neurolépticos y antiparkinsonianos**)

A.1.2 Limitación funcional en situación de estabilidad clínica (falta de autonomía para las actividades de la vida diaria, índice de Barthel menor de 60 puntos.).

A.1.3 Limitación del deterioro cognitivo (escala de Pfeiffer menor o igual de 5 puntos.

A.2 Persona menor de 65 años que presente dos o más enfermedades crónicas y al menos uno de los siguientes criterios:

A.2.1 Tomar cinco o más fármacos.

A.2.2 Limitación funcional en situación de estabilidad clínica (falta de autonomía para las actividades de la vida diaria, índice de Barthel menor de 60 puntos.).

A.2.3 Limitación del deterioro cognitivo (escala de Pfeiffer menor o igual de 5 puntos.

A.3 Persona que presente al menos uno de los siguientes criterios:

A.3.1 Proceso oncológico (incluido niños) y que finalice tratamiento de quimioterapia el día del alta.

A.3.2 Procesos en situación terminal con necesidad de cuidados paliativos con permiso de fin de semana a su domicilio.

Los pacientes susceptibles a incluir en el servicio telefónico tras alta hospitalaria son:

Personas inmovilizadas que ingresan por:

- Enfermedades crónicas tales como EPOC, Insuficiencia Cardíaca, Demencia, Diabetes, Insuficiencia Renal, Hipertensión, Trastorno de Salud Mental, Obesidad importante. ⁽³⁾

Paciente pluripatológico es aquel que tiene varias patologías crónicas con síntomas continuos, frecuentes y polimedcados, son pacientes con una fragilidad clínica que conlleva a una reiterada demanda de atención en los distintos niveles de salud, siendo difícil de planificar y coordinar, dadas las recaídas que presentan ,produciéndose, como consecuencia, una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional.

Este impacto que causa la enfermedad crónica es muy fuerte y desborda al enfermo y a su cuidadora, ya que al padecerlas, tienen repercusión en los aspectos psicológicos, familiares, laborales y sociales. Cuando estas enfermedades están muy avanzadas, los enfermos y sus familiares, pasan por varias etapas psicológicas, que van desde el rechazo, la rabia, la racionalización, la depresión, la aceptación o resignación y la dependencia, necesitando, ayuda profesional para poder sobrellevarlas. ⁽⁴⁾

- Intervención quirúrgica
- Otros procesos como Enfermedad oncológica, Síndrome constitucional, Golpe de Calor. ⁽³⁾

2.3.2 Comparativa de criterios de inclusión con respecto a otras comunidades y países.

Haciendo una comparativa con otros países y comunidades (Hospital Italiano de San Justo, Italia y Hospital Clínic de Barcelona), encontramos que Linda Fried publicó la definición de paciente frágil como la presencia de tres de los siguientes criterios:

- Pérdida de peso
- Debilidad muscular.
- Inactividad.
- Lentitud en la marcha.
- Fatiga crónico autorreferida.
- Edad mayor de 80 años. ^{(5), (6)}

2.4 OBJETIVOS DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS.

2.4.1 Objetivo principal:

- ✓ Asegurar la continuidad de cuidados, mejorar la calidad percibida por los usuarios y prestar una atención especializada al paciente y cuidadora.
- ✓ Reducir el riesgo de institucionalización, el número de reingresos, los costes sanitarios, mejorar la adherencia terapéutica, la calidad de vida y la satisfacción.⁽⁷⁾

2.4.2 Objetivos específicos

- ✓ Facilitar la accesibilidad del seguimiento telefónico a la población diana tras el alta desde las unidades de hospitalización o urgencias.
- ✓ Prevenir e intervenir precozmente ante los problemas de salud relacionados con el alta desde las unidades de hospitalización o urgencias.
- ✓ Mejorar la homogeneización de la práctica asistencial ante los problemas de salud relacionados con el alta desde las unidades de hospitalización o urgencias.
- ✓ Priorizar desde Atención Primaria el seguimiento de estos pacientes (visitas y/o llamada telefónica).⁽³⁾

2.5 IMPORTANCIA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

La continuidad de cuidados es un elemento clave para garantizar la calidad asistencial. Para facilitar dicha continuidad entre los dos niveles de atención y la mejora de la práctica clínica, se continúan desarrollando las Comisiones de Área desde el Hospital con los Distritos Sanitarios.⁽⁸⁾

La continuidad de cuidados de enfermería, constituye hoy un potente instrumento de mejora en la atención a los ciudadanos que transitan de un ámbito a otro de la asistencial, con especial atención a los pacientes frágiles y sus cuidadores/as familiares.

La gestión por procesos es un elemento básico del Plan de Calidad de la Consejería de Salud para garantizar la continuidad asistencial. Así sería necesaria una Valoración integral con la utilización de cuestionarios de evaluación y un plan de cuidados basado en las taxonomías para problemas, intervenciones y resultados.⁽⁹⁾

La utilidad de los telecuidados se describe ampliamente en la literatura científica y entre los beneficios más destacables que se han producido una vez implantado el servicio de seguimiento telefónico se encuentran la adherencia al tratamiento, la percepción de mejora en la calidad del cuidado y la reducción de los reingresos hasta en un 50%, lo que implica una mejora en la continuidad de cuidados y de la salud de la población. ⁽¹⁰⁾

2.6 EVOLUCIÓN DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN ANDALUCÍA

A continuación voy a describir cómo ha ido evolucionando la continuidad de cuidados a nivel andaluz.

El plan de apoyo a las familias andaluzas fue puesto en marcha por la Junta de Andalucía con la publicación del decreto **137/2002, de 30 de abril**, dentro de este Plan, el Sistema Sanitario Público Andaluz ha iniciado actuaciones en cinco medidas específicas referidas al cuidado de personas dependientes y mejora de la accesibilidad a los servicios, mediante la coordinación, la personalización y la continuidad.

Para ello se pone en marcha la Gestión de Casos (GC). La gestión de casos se define como un proceso de colaboración en el cual se valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa para que el paciente/familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando, movilizándolo y articulando los recursos necesarios y disponibles y facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios para el logro de los mejores resultados de calidad y costo efectivos. ⁽⁴⁾

En 2002 se creó la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA), es una unidad acreditada de gestión clínica de medicina interna en Sevilla, orientada a la atención de los paciente frágiles, pluripatológicos o de cuidados paliativos. Su atención presenta características especiales que precisan una atención centrada en el paciente, acercando los recursos del hospital a los pacientes, intercalando e integrando la asistencia desde el hospital al domicilio y atención primaria.

Una buena atención a nuestros pacientes exige la atención específica de los cuidadores, y por ello funcionan programas específicos como los talleres de cuidadores. La UCA está formada por 114 profesionales (médicos, personal de enfermería, auxiliares de enfermería, administrativos, celadores y una trabajadora social).

Desde su inicio en 2002 como unidad de gestión, la formación ha sido un elemento prioritario de desarrollo. El plan de formación específico es uno de los

aspectos fundamentales para modificar la organización del trabajo con la adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y actitudes.

Para garantizar la continuidad de cuidados en el hospital se implantará la figura de la Enfermera Gestora de Casos. Con esta se garantizará un referente para la continuidad de cuidados en cada nivel asistencial. ⁽¹¹⁾

La población española ha experimentado un cambio importante a lo largo del siglo veinte que ha supuesto un acusado envejecimiento transformando la pirámide inicial de población en una imagen que hoy se asemeja a una columna, con un número creciente de personas mayores que demandan una mayor atención y que en muchas ocasiones es difícil de satisfacer en función de los problemas de salud que les dificulta acceder a los servicios sanitarios.

En 2002 en Andalucía surge la figura de Enfermera Gestora de Casos (EGC) a raíz del Decreto del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas artículo 24.

En el Sistema Sanitario Público de Andalucía SSPA, la atención domiciliaria ha sido una práctica que, aunque siempre ha estado presente en la actividad profesional, tanto de médicos como de enfermeras y de trabajadores sociales de Atención Primaria, sólo recientemente se ha organizado de forma reglada y protocolizada gracias a la creación del cuerpo de Enfermeras Comunitarias de Enlace (ECE).

La creación de la figura ECE supone un salto cualitativo en la atención sanitaria al paciente en el domicilio y representa un enfoque integral en la consideración tanto de los problemas del paciente como de su familia y cuidadores y una garantía para asegurar la continuidad de los cuidados.

La constitución de las enfermeras comunitarias de enlace supone un cambio en el enfoque de la atención domiciliaria desde el punto de vista sanitario de nuestro país, orientándose hacia esa integralidad que debe lograr beneficios en la población atendida en su programa de atención domiciliaria. ⁽¹²⁾

Para garantizar la continuidad de cuidados, especialmente en los pacientes frágiles, la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados, valoró la implantación de los telecuidados como elemento de innovación y mejora, entre las que se encuentra la mejora de la continuidad de cuidados mediante el seguimiento telefónico, que comenzó en Junio del 2004 con el Plan de seguimiento telefónico a

personas frágiles ante temperaturas extremas y con el Plan de seguimiento telefónico a pacientes frágiles dados de alta desde las Unidades de hospitalización durante fines de semana y festivos. Dado los óptimos resultados obtenidos en dicho plan el seguimiento telefónico continúa desde Octubre de 2004 en los hospitales andaluces.

Se hace necesaria la implantación de un sistema que asegure la accesibilidad del usuario al sistema en cualquier momento y que permita además el seguimiento del usuario por parte del sistema en determinadas circunstancias. ⁽³⁾

La Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales puso en marcha en el año 2003 el centro de información y servicios, “Salud Responde” para abordar la atención sanitaria a la ciudadanía desde una perspectiva innovadora, ya que permite el acceso a los servicios y prestaciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía. ⁽¹³⁾

El compromiso de calidad es garantizar la continuidad asistencial de los equipos de atención primaria y valorar de forma proactiva la situación al alta del paciente en su domicilio, detectar posibles complicaciones y proporcionar información sobre medicación prescrita, entre otros. El servicio de Salud Responde realizará al menos una llamada al teléfono facilitado para el seguimiento del paciente identificado. ⁽³⁾

El entorno web desarrollado desde el SAS a través de la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados para realizar el seguimiento de pacientes frágiles dados de alta desde las unidades de hospitalización durante fines de semana, festivos y vísperas de festivos, en una aplicación informática de innovación y mejora con soporte on-line que permite la recogida y transmisión de datos, seguimiento telefónico y realización de intervenciones enfermeras. Éstas se realizan mediante protocolos que permitan unificar actuaciones y priorizar el seguimiento de los pacientes desde Atención Primaria.

La participación de la enfermera es fundamental en el proceso de captación de los pacientes frágiles. Desde el ingreso, cada enfermera identificará a sus pacientes frágiles que van a ser dados de alta. Les informará, en caso de irse de alta el fin de semana, festivos y vísperas de éstos, del servicio de seguimiento telefónico por el Centro de Información y Servicios Salud Responde.

Cada enfermera debe cumplimentar la hoja de valoración estandarizada incluida en el entorno web, donde recogerá los datos necesarios para que las enfermeras del

Centro de Información y Servicios Salud Responde conozcan la situación del paciente, puedan realizar su seguimiento y las enfermeras de Atención Primaria tengan una información básica para el posterior seguimiento en atención domiciliar, si fuese necesario. Estas hojas serán registradas en el entorno web. ⁽¹⁰⁾

2.7 CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Desde el año 2005, se han beneficiado de la telecontinuidad de cuidados los pacientes frágiles dados de alta en fin de semana o festivo y vísperas de los mismos. A partir de 2014 se incluyen también los pacientes frágiles atendidos en Urgencias (sin ingreso).

Una vez que la enfermera identifica al paciente como frágil en la consulta de Recepción, Acogida y Clasificación, deberá cumplimentar los datos en el documento (**Anexo 3**), para que de esta forma el supervisor/a de guardia lo comunique a Salud Responde.

Es importante cumplimentar todos los datos para que quien realiza el seguimiento disponga de toda la información.

El plan de Telecontinuidad de Cuidados desde Urgencias supone:

- La identificación de criterios de fragilidad en los pacientes, y la inclusión de la información del paciente por parte del personal del hospital, en la web de Salud Responde.
- La llamada telefónica por el personal de Salud Responde en las horas siguientes al regreso al domicilio. Cuando procede, desde Salud Responde se activa al DCCU para visita domiciliar.
- La comunicación a su enfermera gestora de casos comunitaria al siguiente día laboral, Salud Responde. ⁽¹⁴⁾

3. METODOLOGÍA

3.1 El Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es la aplicación del método científico de presentación de cuidados, que tiene como objetivo, brindar mejores cuidados de enfermería de una forma racional, lógica y sistemática, gestionar de manera más eficiente los recursos y por tanto aumentar la satisfacción de nuestros pacientes.

El PAE se trata de la manera secuencial, lógica y deliberada, que se utiliza para la planificación de las intervenciones en cuidados enfermeros.

El objetivo principal del PAE es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

La aplicación del PAE tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera: profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad: el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería: para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad. ⁽⁹⁾

3.2 La sistemática de este proceso consiste en cinco etapas:

1. Valoración: es la primera fase, que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
2. Diagnóstico: es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
3. Planificación: se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.
4. Ejecución: es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
5. Evaluación: comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. ⁽¹⁵⁾

3.3 Clasificación de diagnósticos NANDA

El uso del lenguaje de enfermería estandarizado comenzó en los años setenta con el desarrollo de la clasificación de diagnósticos NANDA. La NANDA fue creada en 1973, cuando un grupo de enfermeras se reunió en ST, Louis, Misuri, y organizó la primera Conferencia Nacional del Grupo para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería. En 2002 se cambió el nombre de la organización, que pasó a ser NANDA Internacional, con el fin de reflejar mejor la integración en ella de numerosos países

Un diagnóstico de enfermería se define como un “juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales. Un diagnóstico de enfermería proporciona la base para seleccionar las intervenciones de enfermería que permiten alcanzar los resultados de los cuales el profesional enfermero es responsable”⁽¹⁶⁾

3.4 Clasificación de Intervenciones (NIC)

La investigación destinada a desarrollar un vocabulario específico y una clasificación de las intervenciones de enfermería comenzó en 1987, con la formación de un equipo de investigación liderado por Joanne McClokey y por Gloria Bulechek, de la Universidad de Iowa. El equipo desarrolló la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), una clasificación estandarizada y exhaustiva de las intervenciones de enfermería, que fue publicada por primera vez en 1992. A diferencia del diagnóstico de enfermería o del resultado del paciente, en los que la atención se concentra en el paciente, el centro de atención en las intervenciones de enfermería es la conducta enfermera, es decir, las acciones de los profesionales que ayudan al paciente a progresar hacia la consecución de un resultado deseado.

Una intervención se define como: “Cualquier tratamiento basado en el juicio clínico y el conocimiento que una enfermera lleva a cabo para mejorar los resultados de un paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen cuidados tanto directos como indirectos, destinados tanto a los individuos como a las familias y la comunidad, e iniciados por la enfermera, el médico u otro profesional.”⁽¹⁷⁾

3.5 Clasificación de Resultados (NOC)

En 1991 se formó en la Universidad de Iowa un equipo de investigación dirigido por Marion Johnson y Meridean Maas, con el fin de desarrollar una clasificación de resultados de los pacientes que se correlacionará con los cuidados de enfermería. El trabajo del equipo de investigación dio lugar a la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), una clasificación estandarizada y exhaustiva de los resultados del paciente que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería y que fue publicada por primera vez en 1997.

Un resultado se define como “el estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo como respuesta a una o más intervenciones de enfermería”

Cada resultado NOC consta de un nombre de etiqueta, una definición, una lista de indicadores que permiten evaluar el estado del paciente en relación con el resultado, una escala de cinco puntos, destinada a evaluar el estado del paciente, y una breve lista de referencia utilizadas para el desarrollo del resultado. Las escalas permiten medir el estado del resultado en cualquier momento, siguiendo un criterio de valoración que va del más negativo al más positivo, así como identificar los cambios en el estado del paciente en distintos momentos. ⁽¹⁸⁾

4. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 84 años, casada y sin hijos, que acude al servicio de urgencias con su marido de 87 años de edad. Viven en la localidad de Marmolejo y como medio de transporte utilizan un taxi. Refiere tener una sobrina con la que no tiene relación. Es acogida en la consulta de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC), la paciente está llorando, refiere un fuerte dolor de carácter generalizado. Nos comenta que también sufre desde hace varios años que tiene dolor articular localizado a nivel de ambas rodillas. Refiere encontrarse angustiada y desesperada ya que no tiene familia y desde hace dos meses no reciben ayuda por parte del personal de ayuda a domicilio (no sabe precisar cuál es el motivo)

Basándonos en la escala canadiense de clasificación, identificamos que el principal motivo de consulta es “dolor en miembro inferior”.

Analizamos si el dolor es central o periférico, valoramos el nivel de dolor, el cual nos va a dar la prioridad.

La paciente presenta un dolor periférico severo, EVA: 8, por lo que le asignamos una prioridad 3.

Tras la anamnesis identificamos a la paciente como paciente frágil ya que cumple los criterios de inclusión. La registramos en nuestra hoja de identificación de pacientes frágiles transcribiendo sus datos personales para que el/la supervisora la notifique a la plataforma de salud responde.

- Constantes en urgencias:
 - ✓ TA:133/90
 - ✓ FC: 90 lpm
 - ✓ SAT oxígeno: 96%
 - ✓ T^a: 36,2°C.
- Antecedentes personales:
 - ✓ Alergias: N/C
 - ✓ Neoplasia de mama con cuadrantectomía y radioterapia posterior.
 - ✓ HTA
 - ✓ Dislipemia
 - ✓ Catarata bilateral en 2010
- Tratamiento actual:
 - ✓ Tamoxifeno 20mg C/24h
 - ✓ Ibesartan/hidroclorotiazida 1 comprimido C/8h.
 - ✓ Loracepam 1mg C/24h.
 - ✓ Paracetamol 1gr C/8h.

✓ Omeprazol 20mg C/24h.

✓ Tramadol 75 mg C/24h.

- Peso: 80 kg.
- Talla: 165 cm.
- IMC: 29,41. Sobrepeso

FASE DE VALORACIÓN

VALORACIÓN SEGÚN NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. NECESIDAD DE RESPIRACIÓN.

Sin enfermedad respiratoria.

No es fumador.

La paciente sabe cómo mantener libres las vías aéreas.

No tiene ahogo ni tos.

FC: 90 lpm, SAT oxígeno: 96%

2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN.

Peso: 80 kg.

Talla: 165 cm.

IMC: 29,41. Sobrepeso.

No toma alimentos adecuados.

Tiene sobrepeso, el paciente no conoce las conductas adecuadas para mantener su peso ideal.

Está bien hidratada.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Hábito de eliminación fecal normal.

Sin problemas para la eliminación urinaria

4. NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN

Habitualmente usa bastones, andador u otros dispositivos.

Precisa ayuda para autopositionarse en la cama.

5. NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO.

Tiene dificultad para dormir por situación estresante: hospitalización, procedimientos diagnósticos, tratamiento, etc.

6. NECESIDAD DE VESTIRSE/ DESVERTIRSE

La ropa es acorde a la estación del año y características del paciente.

Tiene dificultades físicas para vestirse y desvestirse por sí sola.

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

Temperatura corporal normal.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PIEL.

La higiene del paciente es buena y mantiene unos hábitos higiénicos adecuados.

9. NECESIDAD DE SEGURIDAD.

No tiene alergias conocidas.

Tiene signos de activación, temblor, aumentos de FC

Expresa pesimismo por el futuro, sin ganas de vivir, expresiones tipo “no puedo” pasividad.

No se caído recientemente.

Con déficit visual, la paciente lleva gafas.

Tiene dolor. EVA: 8

10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.

Sin problemas para la comunicación.

Normal comunicación verbal y no verbal.

Manifiesta sus emociones.

11. NECESIDAD PROPIOS VALORES Y CREENCIAS.

Presenta dificultades para vivir de acuerdo con sus principios o creencias en su entorno actual.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR/REALIZARSE

No procede

13. NECESIDAD DE OCIO.

No procede.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

No conoce los cuidados que requiere su proceso y carece de soporte familiar o social.

ESCALAS, ÍNDICES Y CUESTIONARIOS UTILIZADOS EN LA VALORACIÓN:

- Autonomía para las actividades de la vida diaria: Test de Barthel: 73. Dependencia moderada. **ANEXO 2**
- Cribado de deterioro cognitivo: Test de Pfeiffer: 2. puntuación normal **ANEXO1**
- EVA: 8, dolor severo

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Tras realizar la valoración inicial por necesidades de Virginia Henderson he detectado los siguientes diagnósticos centrándome a continuación en los dos más principales e identificamos un problema de colaboración.

00098 Deterioro en el mantenimiento del hogar r/c organización familiar insuficiente, enfermedad, falta de conocimientos, m/p los miembros de la casa solicitan ayuda para su mantenimiento.

00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas m/p IMC superior

- Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluya la historia individual y familiar de dolores crónicos o que conlleven incapacidad.
- Ayudar al paciente y a la familia a obtener apoyo.

2380 Manejo de la medicación: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre disposición

Actividades:

- Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Revisar periódicamente con el paciente/familia, los tipos y dosis de medicamentos tomados.
- Determinar los factores que pueden impedir al paciente tomar los fármacos tal como se han prescrito.
- Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.
- Enseñar al paciente y/o la familia el método de administración de los fármacos

RESULTADO (NOC)

2102 Nivel del dolor: Intensidad del dolor referido o manifestado

Escala: Intenso: 1. Sustancial: 2. Moderado: 3 Ligero: 4. Ninguno: 5

<i>Indicadores:</i>	<i>Punt. Inicial</i>	<i>Punt. Deseada</i>
210201 Dolor referido	1	5
210208 Inquietud	1	5

INTERVENCIONES (NIC).

5270 Apoyo emocional: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Actividades:

- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Ayudar al paciente a que expresa los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

00098 Deterioro en el mantenimiento del hogar: incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato seguro que promueva el crecimiento r/c organización familiar insuficiente, enfermedad, falta de conocimientos, m/p los miembros de la casa solicitan ayuda para su mantenimiento.

FASE DE PLANIFICACIÓN

RESULTADOS: (NOC)

1910 Ambiente seguro del hogar: Disposiciones físicas para minimizar los factores ambientales que podrían causar daño o lesión física en el hogar.

Escala: Inadecuado: 1. Ligeramente adecuado: 2. Moderadamente adecuado: 3. Sustancialmente adecuado: 4. Completamente adecuado: 5.

Indicadores: _____ ***Punt. Inicial*** _____ ***Punt. Deseada***

191004 Uso de un sistema de alarma personal. 1 5

191008 Provisión de dispositivos de ayuda de localización accesible. 2 5

INTERVENCIONES NIC

7180 Asistencia en el mantenimiento del hogar: Ayudar al paciente/familia a mantener el hogar como un sitio limpio, seguro y placentero.

Actividades:

- Determinar las necesidades de mantenimiento en casa del paciente.
- Implicar al paciente/familiar en la decisión de las necesidades de mantenimiento de la casa.

- aconsejar las alteraciones estructurales necesarias para que el hogar sea accesible.
- Solicitar los servicios de una asistenta.
- Ayudar a la familia a utilizar la red de apoyo social.
- Proporcionar información sobre cuidados intermitentes.

6610 Identificación de riesgos: Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas

Actividades:

- Revisar el historial médico y los documentos del pasado para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores.
- Identificar al paciente que precisa cuidados continuos.
- Determinar los sistemas de apoyo oportunos.
- Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados.
- Determinar los recursos institucionales para ayudar a disminuir los factores de riesgo.
- Derivar a otro personal de cuidados y/o instituciones.

RESULTADOS (NOC)

0306 Autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Capacidad para realizar las actividades necesarias para funcionar en el hogar o a nivel social independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

Escala: Gravemente comprometido: 1. Sustancialmente comprometido: 2. Moderadamente comprometido: 3. Levemente comprometido: 4. No comprometido: 5.

Indicadores: _____ *Punt. Inicial* _____ *Punt. Deseada*

030609 Realiza las tareas del hogar	2	5
030617 Controla las medicaciones	1	5

INTERVENCIONES (NIC)

1805 Ayuda con los autocuidados AIVD: Ayudar y enseñar a una persona a realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) necesarias para funcionar.

Actividades:

- Determinar las necesidades de ayuda del individuo con las AIVD.
- Proporcionar maneras de contactar con gente que suministre ayuda y apoyo.
- Enseñar al individuo y al cuidador lo que deben hacer en caso de que el individuo sufra una caída o cualquier otra lesión.
- Enseñar al individuo como guardar de manera adecuada y segura los medicamentos.
- Remitir a servicios comunitarios.

5616 Enseñanza: medicamentos prescritos: Preparación de un paciente para tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

Actividades:

- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.
- Informar al paciente tanto del nombre comercial como del genérico de cada medicamento.
- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Advertir al paciente de los riesgos asociados a la administración de medicamentos caducados.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados.

DIAGNÓSTICO

00053 Aislamiento social: Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros r/c alteración del bienestar, m/p falta de personas de apoyo significativas, tristeza.

RESULTADOS: (NOC)

1204 Equilibrio emocional: Adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias

Escala: Nunca demostrado: 1. Raramente demostrado: 2. A veces demostrado: 3. Frecuentemente demostrado: 4. Siempre demostrado: 5.

Indicadores: _____ *Punt. Inicial* _____ *Punt. Deseada*

120402 Muestra un estado de ánimo sereno 2 5

120414 Refiere cumplimiento de la 2 5

medicación y del régimen terapéutico (18)

INTERVENCIONES NIC

5330 Control del humor: Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico.

Actividades:

- Evaluar el humor (signos, síntomas, historia personal inicialmente).
- Determinar si el paciente presenta riesgos para la seguridad de sí mismo y de los demás.
- Comprobar la capacidad de autocuidados.
- Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño.
- Utilizar un lenguaje sencillo, concreto y exacto durante el contacto con el paciente cognitivamente alterado.
- Animar al paciente a que tome un papel activo en el tratamiento.
- Animar al paciente, a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros.
- Informar sobre los medicamentos al paciente.

- Proporcionar un seguimiento al paciente en el domicilio a intervalos apropiados.

4920 Escucha activa: Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.

Actividades:

- Mostrar interés por el paciente.
- Hacer pregunta o frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Estar atento a las palabras que se evitan, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.
- Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual.
- Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

RESULTADOS (NOC)

1203: Severidad de la soledad: Gravedad de la respuesta emocional, social o existencial de aislamiento.

Escala: Grave: 1. Sustancial: 2. Moderado: 3. Leve: 4 Ninguno: 5.

Indicadores: _____ *Punt. Inicial* _____ *Punt. Deseada*

120304 Expresión de desesperanza	1	5
120307 Demostración de debilidad	1	5

INTERVENCIONES (NIC)

5450 Terapia de entrenamiento: Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales.

Actividades:

- Ayudar la paciente a identificar los déficits de movilidad.

- Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas.
- Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas.
- Disponer actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad.

5820 Disminución de la ansiedad: Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

FASE DE EJECUCIÓN

Mientras la paciente permanece en el servicio de urgencias valoramos el nivel de dolor y ansiedad, una vez que le realizamos el triage en la consulta de RAC es derivada a una consulta, cuya espera no es larga debido a que es paciente frágil, la examinan en la consulta y acudimos a administrarle medicación intramuscular, (Nolotil 2gr y Valium 5mg), nos aseguramos que no tiene alergias, administramos la medicación IM con la mayor asepsia posible y acompañamos a la paciente y a su marido a la sala de espera. Una vez que el facultativo le entrega el informe de alta proceden a llamar a un taxi para desplazarlos a su domicilio.

La paciente es dada de alta con el siguiente tratamiento Nolotil 2gr, Paracetamol 1gr alternos cada 8 horas, Valium 5mg

Destino: derivada a atención primaria.

Uno de los motivos por lo que acudía al servicio de urgencias, era el dolor, éste cede tras la administración de medicación IM, el estado de inquietud ha disminuido notablemente en el tiempo que permanece en urgencias, hemos conseguido la máxima puntuación.

00098 Deterioro en el mantenimiento del hogar: incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato seguro que promueva el crecimiento r/c organización familiar insuficiente, enfermedad, falta de conocimientos, m/p los miembros de la casa solicitan ayuda para su mantenimiento.

RESULTADOS: (NOC)

1910 Ambiente seguro del hogar: Disposiciones físicas para minimizar los factores ambientales que podrían causar daño o lesión física en el hogar.

Escala: Inadecuado: 1. Ligeramente adecuado: 2. Moderadamente adecuado: 3. Sustancialmente adecuado: 4. Completamente adecuado: 5.

Indicadores: _____ ***Punt. Inicial*** _____ ***Punt. conseguida***

191004 Uso de un sistema de alarma personal. 1 3

191008 Provisión de dispositivos de ayuda de localización accesible. 2 3

Le aconsejamos que dispongan dispositivos de alarma como la teleasistencia, hasta ahora la paciente no sabía lo que era y en principio no le daba importancia hasta que logramos que viera que es importante ya que a la hora de sufrir algún accidente en el domicilio, simplemente con pulsar un botón se pondría en contacto con el personal de Salud Responde. La enfermera comunitaria de enlace les proporcionará esa ayuda. A pesar de que usa andador, es de especial importancia que coloquen pasamanos en la planta baja de su domicilio para evitar caídas y les sirve de apoyo.

0306 Autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Capacidad para realizar las actividades necesarias para funcionar en el hogar o a nivel social independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

Escala: Gravemente comprometido: 1. Sustancialmente comprometido: 2. Moderadamente comprometido: 3. Levemente comprometido: 4. No comprometido: 5.

<i>Indicadores:</i>	<i>Punt. Inicial</i>	<i>Punt. Conseguida</i>
030609 Realiza las tareas del hogar	2	3
030617 Controla las medicaciones	1	4

La paciente refiere en la consulta de RAC que encontraba dificultad a la hora de realizar las tareas del hogar, debido a su bajo estado de ánimo, gracias a su marido a que colabora en estas tareas, le hacemos ver lo importante que es realizar las tareas para ganar en calidad de vida. La medicación no la controlaba en su domicilio, no hacía uso del tratamiento debido a las pocas ganas de vivir que tiene, le hacemos ver lo importante que es que tome el tratamiento y el explicamos de una manera sencilla el tratamiento que debe de seguir en su domicilio, el cual lo acepta y nos afirma que lo ha entendido y lo va a seguir.

00053 Aislamiento social: Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros r/c alteración del bienestar, m/p falta de personas de apoyo significativas, tristeza.

RESULTADOS: (NOC)

1204 Equilibrio emocional: Adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias

Escala: Nunca demostrado: 1. Raramente demostrado: 2. A veces demostrado: 3. Frecuentemente demostrado: 4. Siempre demostrado: 5.

<i>Indicadores:</i>	<i>Punt. Inicial</i>	<i>Punt. Conseguida</i>
120402 Muestra un estado de ánimo sereno	2	5
120414 Refiere cumplimiento de la medicación y del régimen terapéutico	2	5

Valoramos el estado de ánimo una vez que entra a la consulta para administrarle la medicación y una vez que está en la sala de espera, se encuentra más animada tras

animarla y saber que el Servicio de Salud responde se va a poner en contacto con ella y su marido, refiere que va a tomarse la medicación prescrita tras haberle explicado lo importante que es que siga el tratamiento y los beneficios que puede aportar de estos.

1203: Severidad de la soledad: Gravedad de la respuesta emocional, social o existencial de aislamiento.

Escala: Grave: 1. Sustancial: 2. Moderado: 3. Leve: 4 Ninguno: 5.

<i>Indicadores:</i>	<i>Punt. Inicial</i>	<i>Punt. Conseguida</i>
120304 Expresión de desesperanza	1	4
120307 Demostración de debilidad	1	4

Presenta menos expresión de desesperanza dado que le aconsejamos que realice actividades recreativas adaptadas a su edad, le informamos que hay centros donde se realizan estas actividades y que puede acudir y de esta forma se familiariza con personas de su edad. Se encuentra algo menos débil pero presenta una expresión facial con signos de debilidad siendo éstos menores que cuando entró a urgencias.

5. DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN.

Dado el incremento de población que es identificada como paciente frágil en la sociedad actual se hace fundamental la atención continuada para garantizar unos cuidados de calidad. Es quizá en el servicio de urgencias uno de los lugares donde más fácilmente pueden ser identificados y más complejo resulta iniciar una telecontinuidad de cuidados.

La enfermería avanzada, mediante la detección e inicio de circuitos preferentes estandarizados para los pacientes frágiles, aumenta la seguridad del paciente y disminuye los tiempos de implantación, resolución y estancia en urgencias. En este caso el desarrollo del lenguaje estandarizado permite organizar metodológicamente el trabajo enfermero

Cabe destacar la figura de la Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE), en el seguimiento del paciente frágil, ya que entre otras muchas funciones, representa un papel muy importante a la hora de realizar la continuidad de cuidados en el domicilio, ya que da respuesta a las necesidades del paciente.

Una buena relación y comunicación entre los distintos niveles asistenciales, la utilización de instrumentos útiles en la valoración inicial y la detección precoz de los pacientes frágiles desde los servicios de urgencias, mejora la atención de nuestros pacientes en el domicilio.

Respecto al plan de cuidados, se hace ver, que hemos conseguido unos resultados positivos en los objetivos que hemos propuesto con una puntuación positiva, es de gran satisfacción el ver con qué estado de ánimo entra la paciente en urgencias y ver la evolución con la que se va al domicilio, es aquí donde veo la importancia de realizar una buena valoración de enfermería, identificar los principales problemas, utilizar unos objetivos claros y establecer prioridades terapéuticas.

Por último y como una conclusión, el hecho de haber realizado este trabajo, ha hecho que me familiarice con un caso que lo vemos a diario en los hospitales y la mayoría de las veces no le damos importancia, quiero resaltar la importancia que tiene identificar a un paciente frágil a tiempo para garantizarle una continuidad de cuidados adecuada a posteriori.

6. BIBLIOGRAFÍA.

1. Llanes C. Evaluación funcional y anciano frágil. *Promoción y Salud*. 2008; 24(2).
2. Ávila J, Aguilar S, Melano E. La fragilidad, concepto enigmático y controvertido de la Geriátrica. La visión biológica. *Gac Méd Mex*. 2008; 114(3).
3. Plan de continuidad de cuidados mediante seguimiento telefónico a pacientes de unidades de hospitalización por salud responde. Plan de Continuidad de Cuidados. Andalucía: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados; 2005.
4. Martín E, Reina M, García M, Sendra M. Coordinación de cuidados y gestión de casos interniveles en un paciente pluripatológico. *Enfermería Docente*. 2010; 91: p. 28-36.
5. Jauregui J, Rubin R. Fragilidad en el adulto mayor. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*. 2012 Sept; 32(3).
6. Duaso E, López A. Valoración del paciente frágil en Urgencias. *Emergencias*. 2009; 21: p. 362-369.
7. Arribas I, Vera C, Anaya N, Cañas M, Redondo F, Hinojosa J. Continuidad de cuidados: puente entre Enfermería especializada y Enfermería primaria. *Parainfo Digital*. 2010;(10).
8. Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermera gestora de casos en el hospital. Andalucía: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados; 2006.
9. Molero R, Barbero M, Ledesma P, Martínez M, Sotomayor J. Influencia de la continuidad de cuidados en la satisfacción y calidad de vida del usuario. *Enfermería de Urgencias [Rev en Internet]*. 2012 Sept-Oct;(27).
10. Telecontinuidad de Cuidados. Seguimiento desde atención hospitalaria: entorno web de una forma práctica y sencilla. Manual de usuario perfil atención hospitalaria guía rápida. Andalucía: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados; 2008.
11. Gamboa F, Bayol E, Gómez E. Plan de formación continuada en una unidad de gestión clínica. *Gac Sanit*. 2011; 25(5): p. 436-438.
12. Bernardo A, Parejo C, García R, García M, Palenzuela A, Martín M, et al. Seguimiento de la supervivencia de los pacientes incluidos en la atención domiciliaria de las enfermeras gestoras de casos en un área sanitaria de Andalucía. *Enfermería Comunitaria*. 2012; 8(2).

13. Responde JdACdSS. Junta de Andalucía Web site. "www.juntadeandalucia.es/salud.
14. Continuidad de cuidados a pacientes de Urgencias. Manual de continuidad de cuidados. Andalucía: Junta de Andalucía, Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Área de cuidados; 2014.
15. Benavent M, Ferre E, Francisco C. Fundamentos de Enfermería. 2nd ed. Madrid: DAE; 2009.
16. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. 3rd ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
17. Bulechek G, Butcher H, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5th ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
18. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3rd ed. Madrid: Elsevier; 2005.
19. Heather T, PhD , RN , editors. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación Barcelona: Elsevier; 2009-2011.

7. DOCUMENTOS ANEXOS.

ANEXO 1.



Servicio Andalúz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –BARTHEL-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

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

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 apoya 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)

Fecha					
Puntuación Total					

ANEXO 2.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

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	

ANEXO 3

SEGUIMIENTOS DEL PACIENTE



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Criterios de Inclusión

Población Diana A1:

Población Diana A2:

Población Diana A3:

Datos del Paciente

NIF:		EDAD:	
NOMBRE:		APELLIDOS:	
SEXO:		FECHA NACIMIENTO:	
DOMICILIO:		MUNICIPIO:	
PROVINCIA:		CODIGO POSTAL:	
CENTRO DE SALUD:		TELÉFONO DEL PACIENTE:	
PROVINCIA CENTRO DE SALUD:		TELÉFONO FAMILIAR:	
HISTORIA CLÍNICA:		NSS:	
Alguien con quien contactar si necesita ayuda:	<input type="checkbox"/>	VIVE SOLO:	<input type="checkbox"/>
FECHA ALTA:		DIAGNÓSTICO PRINCIPAL AL ALTA:	
HORA DEL ALTA:		NÚMERO CAMA:	
UNIDAD:			

DATOS CLÍNICOS

Intervención Quirúrgica:	<input type="checkbox"/>	Tipo de Intervención:	
Test de Pfeiffer:		Test de Barthel:	

Dieta

Normal:	<input type="checkbox"/>	Normal sin sal:	<input type="checkbox"/>	Blanda:	<input type="checkbox"/>
Blanda sin sal:	<input type="checkbox"/>	Diabética:	<input type="checkbox"/>	Diabética sin sal:	<input type="checkbox"/>
Rica en fibra:	<input type="checkbox"/>	Rica en fibra sin sal:	<input type="checkbox"/>	Astringente:	<input type="checkbox"/>
Astringente sin sal:	<input type="checkbox"/>	Vías biliares:	<input type="checkbox"/>	Vías biliares sin sal:	<input type="checkbox"/>
Protección gástrica:	<input type="checkbox"/>	Protección gástrica sin sal:	<input type="checkbox"/>	Pobre en colesterol:	<input type="checkbox"/>
Pobre en colesterol sin sal:	<input type="checkbox"/>	Otras :	<input type="checkbox"/>		

Datos Clínicos

Problemas de Salud	Situaciones de riesgo al alta	Dispositivos al alta
Diabetes : <input type="checkbox"/>	Intolerancia a la actividad: <input type="checkbox"/>	SNG: <input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca : <input type="checkbox"/>	Conocimientos deficientes : <input type="checkbox"/>	Sonda vesical: <input type="checkbox"/>
Enf. onco-hematológica : <input type="checkbox"/>	Cansancio en el desempeño del rol de cuidador: <input type="checkbox"/>	Ostomía : <input type="checkbox"/>
Enfermedad respiratoria : <input type="checkbox"/>	Temor : <input type="checkbox"/>	Bomba perfusión analgesia: <input type="checkbox"/>
Enf. neurológica que genera discapacidad : <input type="checkbox"/>	Deterioro de la integridad cutánea : <input type="checkbox"/>	Oxigenación: <input type="checkbox"/>
Otra enfermedad : <input type="checkbox"/>	Dolor crónico : <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>
	Riesgo de caída: <input type="checkbox"/>	
	Fin tratamiento de quimioterapia: <input type="checkbox"/>	
	Otros: <input type="checkbox"/>	

Cuidadora Principal

Nombre:		Apellidos:	
Teléfono:			

Otra medicación al alta: (Anotar en orden de relevancia y especificar si es medicación habitual [H] o nueva [N]):	Observaciones:

