

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

IMPORTANCIA DEL MANEJO DEL ANCIANO CRÓNICO COMPLEJO Y CUIDADOR PRINCIPAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autora:

D^a. Marina Sánchez Solano

Director:

D^o. Raúl López Cárceles

Murcia, a 1 de Abril de 2020.

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERIA

Departamento de Enfermería

IMPORTANCIA DEL MANEJO DEL ANCIANO CRÓNICO COMPLEJO Y CUIDADOR PRINCIPAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

Autora:

D^a. Marina Sánchez Solano

Director:

D^o. Raúl López Cárceles

Murcia, a 1 de Abril de 2020.

**AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR/TUTOR DEL TRABAJO FIN DE GRADO
PARA PRESENTACIÓN Y DEFENSA**

ALUMNO		CURSO ACADÉMICO: 2019 / 2020	
Apellidos: Sánchez Solano		Nombre: Marina	
DNI: 49441489-E	Titulación: Grado en Enfermería		
Título del trabajo: Importancia del manejo del anciano crónico complejo y cuidador principal desde atención primaria.			

El Prof/a. D. Raúl López Cárceles como Director(s)/Tutor(s)⁽¹⁾ del trabajo reseñado arriba, acredito su idoneidad y otorgo el V.º B.º a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia a 1 de Abril de 2020.

Fdo.: Raúl López Cárceles

⁽¹⁾ Si el trabajo está dirigido por más de un Director tienen que constar y firmar ambos.



Facultad de Enfermería

Campus de Los Jerónimos. 30107 Guadalupe (Murcia)

Tel. (+34) 968 27 8 808 • Fax (+34) 968 27 8 649

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar y más importante, agradezco a mi familia todo el esfuerzo durante estos cuatro años. No sólo por permitirme realizar un sueño que no estaba segura de tener, sino por estar día si y día también, cuando pasaba cerca de doce horas en la universidad así como los días enclaustrada estudiando para los miles de exámenes y pruebas.

A vosotros, que no pudisteis ver hasta dónde he llegado y cuanto he crecido, no sólo a nivel profesional, sino también a nivel personal. Ojalá lo hubieseis visto. Ha sido maravilloso.

A todos los míos, a los que han estado siempre y a los que me ha regalado esta magnífica carrera. A todos vosotros, que me habéis visto reír, pero sobre todo llorar. Por saber ver lo mejor de mi cuando ni yo misma podía mirar más allá. Gracias a Álvaro, por haberme hecho abrir los ojos.

Gracias a esos cuatro meses en la puerta de urgencias y a mis tutores, que me han hecho descubrir mi verdadera vocación como enfermera de emergencias.

Y por último, que no por ello menos importante, ni mucho menos, agradecerle a mi tutor y profesor Raúl López Cárceles la dedicación y el apoyo que ha hecho que no me deje asustar por el presente trabajo. Pues como bien me dijo: “Lo perfecto es enemigo de lo bueno”.

ABREVIATURAS

- ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- ACV: Accidente Cerebrovascular.
- AE: Atención Especializada.
- AP: Atención Primaria.
- BGEV: Brecha de Género en Esperanza de Vida.
- DeCs: Descriptores en ciencias de la salud.
- DM: Diabetes Mellitus.
- DxE: Diagnóstico Enfermero.
- DxEp: Diagnóstico Enfermero Principal.
- ECCyA: Enfermedad Crónica Compleja y Avanzada.
- EGC: Enfermera Gestora de Casos.
- ENS: Encuesta Nacional de Salud.
- EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- Etc: Etcétera.
- HDL: lipoproteínas de alta densidad.
- HTA: Hiper Tensión Arterial.
- ICC: Insuficiencia Cardíaca Congestiva.
- IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- IRN: International Normalized Ratio.
- Kg: Kilogramo.

- m/p: Manifestado por.
- Mg: Miligramo.
- mmHg: Miligramos de Mercurio.
- MMI: Minimally Disruptive Medicine.
- NANDA: Definición y clasificación de diagnósticos enfermeros.
- NIC: Clasificación de intervenciones de enfermería.
- NOC: Clasificación de resultados de enfermería.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- p: Página.
- r/c: Relacionado con
- RTU: Resección Transuretral.
- SemFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
- SEMI: Sociedad Española de Medicina Interna.
- SMS: Servicio Murciano de Salud.
- TA: Tensión Arterial.
- TAS: Tensión Arterial Sistólica.
- TMG: Trastorno Mental Grave.
- UI: Unidades Internacionales.
- VGI: Valoración Geriátrica Integral.
- WHO: World Health Organization.

ÍNDICE

ABREVIATURAS	XII
RESUMEN	XXIII
ABSTRACT	XXV
1. INTRODUCCIÓN.....	27
2. OBJETIVOS.....	29
2.1 Objetivo General	29
2.2. Objetivos Específicos	29
3. MARCO TEÓRICO.....	31
3.1. Envejecimiento de la población.....	31
3.1.1. Estadísticas.....	31
3.1.2. Mortalidad / natalidad.....	32
3.1.3. Esperanza de vida.....	33
3.1.4. Factores determinantes del estado de salud en ancianos.....	35
3.2. Relación del envejecimiento con los sistemas sanitarios.....	36
3.2.1. Gasto sanitario.....	36
3.2.2. Polifarmacia.....	39
3.2.3. Recursos / alternativas.....	42
3.2.3.1 <i>Resiliencia</i>	42
3.2.3.2 <i>Anciano crónico complejo</i>	44
3.2.3.2. <i>Síndromes geriátricos y anciano frágil</i>	48
3.2.3.3. <i>Envejecimiento saludable / activo</i>	52
3.2.3.5. <i>Programas de salud</i>	53

3.2.3.6. <i>Autoconciencia de salud y autocuidado</i>	56
3.2.4. Medicalización de la vida.....	59
3.3. Cuidadores principales y repercusión de su rol.....	62
3.3.1. Evolución del concepto de familia.....	62
3.3.2. Evolución del perfil de los cuidadores de personas mayores de 65 años.....	64
3.3.3. Carga del cuidador.....	66
3.4. Papel de enfermería.....	68
3.4.1. Enfermería y la comunicación con el paciente y familia/cuidador principal.....	69
3.4.2. Enfermería y el envejecimiento saludable.....	70
3.4.3 Enfermería y la valoración del anciano.....	71
3.4.4. Enfermera Gestora de Casos (EGC).....	79
3.4.5. Implementación del papel de la Enfermera Gestora de Casos en el Región de Murcia.....	82
3.4.6. Atención primaria: situación actual y retos para el futuro.....	83
4. METODOLOGÍA	85
4.1. Diseño.....	85
4.2. Sujeto del estudio.....	85
4.3. Ámbito y Periodo del estudio.....	85
4.4. Procedimiento de recogida de información.....	86
4.4.1. Fuente de información.....	86
4.4.2. Procedimiento de información.....	86
4.4.3. Procesamiento de los datos.....	87

5. RESULTADOS	89
5.1 Descripción del caso.	89
5.2. Valoración del caso	91
5.3. Diagnósticos enfermeros identificados.	108
5.3.1 Red razonamiento clínico de DxE basada en modelo AREA	111
5.3.2 Justificación del DxEp.	112
5.4. Planificación.	116
5.5. Ejecución.	122
5.6. Evaluación.	135
6. DISCUSIÓN	147
6.1. Limitaciones	160
7. CONCLUSIONES	161
8. REFERENCIAS	165

TABLAS

Tabla 1: Factores predisponentes del síndrome de inmovilidad.	49
Tabla 2. Desarrollo de los principios de Ariadne.	55
Tabla 3. Componentes de la valoración geriátrica integral.	73
Tabla 4. Dominios y principales características de las diferentes pruebas utilizadas en GeriatriApp.	74
Tabla 5. Fenotipo de fragilidad de Fried.	75
Tabla 6. Short Physical Performance Battery.	75
Tabla 7. Ejercicios recomendados en persona mayor frágil o dependiente leve (índice de Barthel 60-95).	76
Tabla 8. Ejercicios recomendados en personas mayores inmovilizadas.	77

CUADROS

Cuadro 1. Selección de documentos de lectura crítica.	88
--	----

FIGURAS

Figura 1. Factores determinantes del estado de salud del anciano.	36
Figura 2: Pirámide de Kaiser Permanente.	47
Figura 3. Algoritmo de intervención en el cribado y tratamiento de la fragilidad.	76
Figura 4. Algoritmo de evaluación y tratamiento del paciente con síndrome de inmovilidad.	78
Figura 5. Algoritmo de evaluación y tratamiento en pacientes con riesgo de caídas.	79
Figura 6. Gestión por procesos.	83
Figura 7. Red de razonamiento clínico para obtención del diagnóstico principal.	111

IMÁGENES

Imagen 1. Patrón 1: Percepción - Manejo de salud.....	92
Imagen 2. Test "Get up and go"	92
Imagen 3. Patrón 2: Nutricional - Metabólico.....	94
Imagen 4. Test de Norton.....	95
Imagen 5. Test de Barber.....	95
Imagen 6. Patrón 3: Eliminación.....	96
Imagen 7. Patrón 4: Actividad - Ejercicio.....	98
Imagen 8. Test de Barthel.	98
Imagen 9. Test de Katz	99
Imagen 10. Patrón 5: Sueño - descanso.	100
Imagen 11. Patrón 6: Cognitivo - perceptual.	101
Imagen 12. Test de Pfeiffer	102
Imagen 13. Test Minimental.	102
Imagen 14. Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto.	103
Imagen 15. Patrón 8: Rol - Relaciones.....	104
Imagen 16. Patrón 9: Sexualidad - Reproducción.	105
Imagen 17. Patrón 10: Afrontamiento - Tolerancia al estrés.....	106
Imagen 18. Patrón 11: Valores y creencias.....	107
Imagen 19. Cumplimiento del NOC "Eliminación urinaria.".....	116
Imagen 20. Cumplimiento del NOC "Integridad tisular; piel y membranas mucosas."	116
Imagen 21. Cumplimiento del NOC "Conocimiento: régimen de tratamiento.".....	117

Imagen 22. Diagnóstico, NOCs, NICs, actividades y episodio CIAP.	117
Imagen 23. Interfaz principal	118
Imagen 24. Informe detallado de la valoración inicial.	119
Imagen 25. Patrón 1: Percepción - Manejo de la salud. Seguimiento 1.....	123
Imagen 26. Test "Get up and go". Seguimiento 1.....	123
Imagen 27. Patrón 2: Nutricional - Metabólico. Seguimiento 1.	124
Imagen 28. Patrón 3: Eliminación. Seguimiento 1.	125
Imagen 29. Patrón 4: Actividad - Ejercicio. Seguimiento 1	127
Imagen 30. Test de Barber. Seguimiento 1	127
Imagen 31. Patrón 9: Sexualidad - Reproducción. Seguimiento 1.....	128
Imagen 32. Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al estrés. Seguimiento 1	129
Imagen 33. Cumplimiento del NOC "Eliminación urinaria". Seguimiento 1	130
Imagen 34. Cumplimiento del NOC "Integridad tisular: piel y membranas mucosas" Seguimiento 1.....	130
Imagen 35. Cumplimiento del NOC "Conocimiento del régimen terapéutico". Seguimiento 1	131
Imagen 36. Diagnóstico, NOCs, NICs, actividades y episodio CIAP. Seguimiento 1	131
Imagen 37. Interfaz principal. Seguimiento 1	132
Imagen 38. Informe detallado. Seguimiento 1	133
Imagen 39. Patrón 1. Percepción - Manejo de la salud. Seguimiento 2.....	135
Imagen 40. Patrón 2: Nutricional - Metabólico. Seguimiento 2	136
Imagen 41. Patrón 3: Eliminación. Seguimiento 2	137
Imagen 42. Patrón 4: Actividad - Ejercicio. Seguimiento 2	138

Imagen 43. Patrón: Sexualidad - Reproducción. Seguimiento 2.....	139
Imagen 44. Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al estrés. Seguimiento 2	140
Imagen 45. Cumplimiento del NOC "Eliminación urinaria" Seguimiento 2	141
Imagen 46. Cumplimiento del NOC "Integridad tisular: piel y membranas mucosas" Seguimiento 2.....	141
Imagen 47. Cumplimiento del NOC "Conocimiento del régimen terapéutico". Seguimiento 2	142
Imagen 48. Diagnóstico, NOCs, NICs, actividades y episodio CIAP. Seguimiento 2	142
Imagen 49. Interfaz principal. Seguimiento 2	143
Imagen 50. Informe detallado entero.....	145

RESUMEN

Introducción y Objetivos: A lo largo del proceso de envejecimiento se experimentan cambios fisiológicos debido al desgaste de órganos y sistemas, sin embargo, no todas las enfermedades que puedan experimentar los ancianos tienen por qué considerarse normales. Este concepto es de vital importancia cuando tratamos con pacientes crónicos pluripatológicos, pues la gran labor de enfermería con estos ancianos se base en los tres pilares básicos de la profesión: promoción de la salud, prevención de la enfermedad o empeoramiento de la misma, y rehabilitación. El objetivo principal de este trabajo es conocer la forma de abordar a estos pacientes y sus familias, de una forma integral, por parte del equipo de Atención Primaria. **Metodología:** Investigación cualitativa, de tipo estudio de caso. Sujeto de estudio hombre de 83 años demandante de cuidados domiciliarios. Periodo de estudio desde el 4 de Septiembre de 2019 al 20 de Marzo de 2020. Se realizó una valoración enfermera y revisión bibliográfica, mediante las bases de datos Elsevier, Pubmed, Dialnet, Scielo, más bibliografía complementaria. **Resultados:** Tras valoración de enfermería en base al modelo de patrones funcionales, aplicando el diagnóstico enfermero NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC. Se realizó un plan de cuidados individualizado cuyas intervenciones fueron escogidas para la resolución de los objetivos planteados. **Discusión:** El presente trabajo pretende reflejar la importancia de un abordaje integral, interdisciplinar, longitudinal y observando las preferencias y deseos del colectivo crónico pluripatológico, ya que es un colectivo minoritario, pero gran consumidor de recursos, además de difícil manejo. **Conclusiones:** en síntesis, es necesario un cambio del actual modelo asistencial, centrado en la atención de patologías agudas, hacia uno que contemple los cuidados longitudinales e integrales que se necesitan para el abordaje de este colectivo.

Descriptor: anciano frágil, envejecimiento, polimedicación, cuidados informales, burnout, fragilidad, multimorbilidad, atención primaria de salud, resiliencia y gasto sanitario.

ABSTRACT

Introduction and Objectives: Throughout the aging process, physiological changes are experienced due to the wear and tear of organs and systems, however, not all diseases experienced by the elderly need to be considered normal. This concept is of vital importance when dealing with chronic, multi-pathological patients, because the great nursing work with these elderly people is based on the three basic pillars of the profession: health promotion, disease prevention or worsening, and rehabilitation. The main objective of this work is to know how to approach these patients and their families, in a comprehensive way, by the Primary Care team. **Methodology:** Qualitative research, case study type. Subject of study 83 year old man demanding home care. Study period from 4 September 2019 to 20 March 2020. A nursing evaluation and bibliographic review was carried out, using the databases Elsevier, Pubmed, Dialnet, Scielo, plus complementary bibliography. **Results:** After nursing assessment based on the functional pattern model, applying the NANDA nurse diagnosis, NOC results and NIC interventions. An individualized care plan was developed, the interventions of which were chosen to meet the objectives set. **Discussion:** This paper aims to reflect the importance of a holistic, interdisciplinary, longitudinal approach and observing the preferences and desires of the chronic, multi-pathological group, as it is a minority group, but a large consumer of resources, as well as difficult to manage. **Conclusions:** In summary, it is necessary to change the current healthcare model, focused on the care of acute pathologies, towards one that contemplates the longitudinal and integral care that is needed to address this group.

Keywords: elderly people, frail elderly, polypharmacy, caregivers, resilience, multimorbidity, primary care, medicalization, health care expenditures, informal care, y overload.

1. INTRODUCCIÓN

Es innegable el hecho de que la población mundial, especialmente en los países desarrollados, está experimentando un cambio demográfico con repercusiones a nivel económico, cultural, familiar y sanitario: el envejecimiento (Goldman, 2019; Martín Cervantes et al., 2019).

Causa de este envejecimiento poblacional ha sido no sólo el aumento de la esperanza de vida, sino también a la incorporación del concepto de esperanza de vida libre de discapacidad (García-González & Grande, 2018; Jiménez Lara, 2012), pues existe un consenso a la hora de afirmar que el aumento de la edad se asocia con la degeneración de nuestros aparatos y sistemas, apareciendo así enfermedades crónicas y síndromes geriátricos. El solapamiento de diversas enfermedades y su muy probable influencia sobre la aparición y desarrollo de estos síndromes geriátricos, hace que un 3-5% de la población sea de difícil manejo socio-sanitario, lo que los convierte en candidatos perfectos para la gestión de casos (Coderch et al., 2018; del-Pino-Casado & Riera, 2007; García-Montero et al., 2019; Miguélez-Chamorro et al., 2019).

Cuando hablamos del paciente crónico complejo y de su correcto abordaje, no nos referimos únicamente a trabajar con el paciente, sino con el binomio paciente-familia, pues ambas partes son susceptibles de un deterioro de la resiliencia, por lo que necesitamos identificar los factores influyentes en la misma, para así garantizar su mantenimiento, o en su defecto, facilitar un cambio de perspectiva (Bernardes & Baixinho, 2018; Jiménez et al., 2014; MacLeod et al., 2016; Martínez Rodríguez et al., 2019)

Atención primaria constituye una gran potencia en cuanto al manejo de estos pacientes (promoción y mantenimiento de la salud, así como la prevención de enfermedades y aumento de patologías concomitantes etc), pues se trata de una atención cercana y longitudinal llevada a cabo por médico y enfermero de cabecera, quienes también realizan visitas domiciliarias, atendiendo demandas no sólo de los pacientes, sino también de familiares y cuidadores. Sin embargo, atención primaria tiene que hacer frente a numerosas dificultades: sobrecarga asistencial, infrafinanciación presupuestaria y de recursos humanos, falta de

comunicación y coordinación con atención especializada etc. (Arroyo de la Rosa & Bayona Huguet, 2019). Una de las más valiosas herramientas con las que cuenta este nivel asistencial, aunque todavía no termine de despegar, es la figura de la enfermera gestora de casos, encargada de ese 3-5% de población de características y necesidades tan complejas y diversas (Gallud et al., 2012; Jiménez et al., 2014; López Vallejo & Puente Alcaraz, 2019; Miguélez-Chamorro et al., 2019).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Describir el impacto clínico, económico, social, familiar y emocional de la multimorbilidad, así como la importancia de su abordaje biopsicosocial desde Atención Primaria.

2.2. Objetivos Específicos

- Describir los cambios en factores demográficos que han favorecido en el aumento del envejecimiento en la población.
- Determinar los factores sociales que han provocado los cambios familiares y el abandono o delegación del cuidado del anciano.
- Exponer la incidencia e interacción de la polifarmacia en personas de la tercera edad y el proceso de la implementación de la medicalización de a vida.
- Definir el papel del cuidador principal así como los cambios, transformaciones sociales y complejidades asociadas al mismo.
- Describir el papel de enfermería en la detección de factores intrínsecos en el proceso de envejecimiento y su papel fundamental como vector de salud en la población objeto de estudio
- Realizar un plan de cuidados personalizado, en base a la taxonomía NANDA-NIC-NOC, para el manejo de un paciente anciano crónico complejo desde Atención Primaria.

3. MARCO TEÓRICO.

3.1. Envejecimiento de la población.

3.1.1. Estadísticas.

Este mundo está envejeciendo, y se está envejeciendo a ritmos agigantados. Goldman (2019) plantea el llamado “tsunami plateado”, que transformará el mundo de muchos modos, ya que la población mundial por encima de los 60 años está aumentando a un ritmo de 20 millones de personas al año (alrededor de un 3% cada año). Se estima que para el 2030, 1'4 billones de personas tendrán 65 o más años, lo que implicará el 12% de la población total mundial ya que el número de población mayor de 65 años se verá incrementado mientras que la población general disminuirá. Para el 2050, casi dos tercios de la población anciana mundial vivirán en Asia. El número estimado de población centenaria fue sobre 270.000 en 2005, pero estas cifras se proyectarán hasta 2'3 millones para el 2040. Estos cambios demográficos representan uno de los grandes logros del siglo XX y XXI, además de un triunfo de los avances médicos, de salud pública, social y económica. Sin embargo, el envejecimiento global representa desafíos únicos, incluida la sostenibilidad de nuestros programas de seguridad social, cambios de las estructuras familiares y recursos para abordar las necesidades de salud, económicas y sociales de esta población cada vez más envejecida (Goldman, 2019).

Si transpolamos los datos mundiales al territorio nacional, estos datos se apoyan según la información oficial aportada por El Instituto Nacional de Estadística (INE) (2016), pues en España existe un total de 8,657,705 personas mayores de 64 años, representando así un 18.6% de la población. Mientras que en 1997 el índice de envejecimiento era de 90.8%, actualmente se sitúa en 118.4% (INE, 2017), por lo que se hace innegable este cambio demográfico. Este proceso de envejecimiento descrito se intensificará de forma exponencial en los próximos años, previéndose el denominado

“envejecimiento del envejecimiento”, es decir, un incremento de la población mayor de 80 años, lo que conlleva, a su vez, el aumento de personas mayores dependientes. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) realizada por el INE (2011), un 46.5% de la población igual o mayor de 65 años tiene dependencia funcional para el cuidado personal, tareas domésticas y/o movilidad. Más concretamente, el número de población con limitaciones de su capacidad funcional aumenta considerablemente en los grupos de edad superiores: un 24.5% de la población entre 65 y 69 años tienen dependencia funcional, frente al 84.9% de las personas de 85 años o más. Expuesto lo anterior, podemos concluir que la edad y la dependencia están directamente relacionadas (IMSERSO, 2015).

Según las proyecciones de población del INE (2018) el porcentaje de población de 65 años o más, que en la actualidad se encuentra en el 19,2% del total de la población, pasaría a ser del 25,2% en 2033. Por lo que, y de mantenerse las tendencias actuales, la tasa de dependencia pasaría del 54,2% actual hasta el 62,4% en 2033. La población centenaria (los que tienen 100 años o más) pasaría de las 11.248 personas en la actualidad a 46.366 en 15 años.

3.1.2. Mortalidad / natalidad.

El INE (2019), revela en su último informe a fecha de 19 de junio de 2019 los siguientes movimientos demográficos respecto a la natalidad y mortalidad de la población española:

Natalidad. Durante 2018 se registraron 369.302 nacimientos en España, lo que supuso un descenso del 6,1% respecto al año anterior (23.879 nacimientos menos). El número de nacimientos ha continuado con una tendencia a la baja durante la última década. Desde el año 2008 la cifra ha descendido un 29,0%. La tasa de natalidad se situó en 7,9 nacimientos por cada mil habitantes, cinco décimas menos que la registrada en 2017, debido, en parte, a la disminución del número de hijos por mujer, pero

también a la reducción en el número de mujeres en edad de ser madres. Así, el grupo de mujeres de 25 a 40 años, que concentran el 85,0% de nacimientos, se redujo un 2,5% en 2018, pasando de 4,98 millones en 2017 a 4,85. Se mantiene así la tendencia a la baja iniciada en 2009 y que se debe a que ese rango de edades está formado por generaciones menos numerosas.

Mortalidad. A lo largo de 2018 fallecieron en España 426.053 personas, un 0,4% más que en 2017, por lo que la tasa bruta de mortalidad fue de 9,1 defunciones por cada mil habitantes, similar a la del año anterior.

De lo anteriormente descrito, podemos obtener una perspectiva más definitoria de aquellos factores responsables del envejecimiento poblacional:

- Disminución de la natalidad debido a la disminución de hijos por mujer, quedándose muy por debajo del relevo generacional.
- Disminución de la mortalidad perinatal e infantil gracias a los avances y desarrollos por parte del sistema sanitario, lo que hace que los matrimonios no recurran a tener más hijos.
- Aumento de la esperanza de vida junto con la esperanza de vida libre discapacidad, que, como veremos en el siguiente apartado. España cuenta con uno de los primeros puestos a nivel mundial en años de esperanza de vida.
- Inmigración, sobre todo refiriéndonos a la población jubilada que viene atraída por el clima.

3.1.3. Esperanza de vida.

Resulta indiscutible hablar sobre un aumento de esperanza de vida no solo a nivel global, sino especialmente en nuestro país. El aumento de la esperanza de vida al nacer se ha convertido en una variable influenciada por un amplio espectro de indicadores, como son los aspectos sociales,

económicos, ambientales, pero sobre todo gracias al funcionamiento de los sistemas de salud modernos, cuya evolución y desarrollo ha permitido este aumento en años de vida (Martín-Cervantes et al., 2019).

Es por esto que el INE nos ofrece en sus cálculos una esperanza de vida al nacer de 83,19 años para ambos sexos en España, contra los 72 años de esperanza de vida a nivel mundial calculados por la OMS (2019).

Sin embargo, García-González & Grande (2018) nos muestran que existe, o por lo menos, ha existido, una gran diferencia entre los años de esperanza de vida entre hombres y mujeres hasta la década de 1980, conocida como Brecha de Género en Esperanza de Vida al nacimiento (BGEV), en la que la mujer vivía bastantes más años que el hombre. Es a partir de entonces cuando se iguala la balanza debido a diversos factores, como son el cambio de las causas de muerte ya que las mujeres comenzaron a practicar comportamientos de riesgo que históricamente han sido exclusivamente del hombre, como fumar o beber alcohol; avances médicos que han podido beneficiar más a hombres que a mujeres; el que las mujeres alcancen edades avanzadas con peor salud percibida, mayor número de enfermedades crónicas así como del nivel de dependencia, a pesar del tradicional y común déficit masculino en cuidados y actividades de prevención.

Sin embargo, el término de esperanza de vida sólo es un número que nos aproxima al tiempo que nosotros podemos llegar a vivir, pero no nos dice nada de la calidad de vida que tengamos durante esos años. Para esto, se desarrolló el término 'esperanza de vida libre de discapacidad'. Jiménez-Lara define este concepto y afirma lo siguiente:

La esperanza de vida libre de discapacidad se define como el número medio de años de vida que un individuo o miembros de una población determinada viviría sin discapacidad si se mantuvieran las tasas de mortalidad y de discapacidad por edad observadas en dicha población. La esperanza de vida debe complementarse con indicadores como la esperanza de vida libre de discapacidad y otros indicadores de esperanza de vida saludable, que permitan saber si el incremento en

el número de años vividos va acompañado o no de un aumento del tiempo vivido en condiciones de buena salud (2012, p.1)

Actualmente nuestra esperanza de vida libre de discapacidad es de 61,7 años tanto para hombres como para mujeres según el INE (2019).

3.1.4. Factores determinantes del estado de salud en ancianos.

La población anciana se caracteriza por ser un grupo heterogéneo, es decir, podemos encontrar a población de 90 años con un buen estado de salud, mientras gente de 65 años se encuentra postrada en cama. Otra de sus características es la presentación atípica de las enfermedades, lo cual dificulta su reconocimiento y, por lo tanto, su tratamiento. Además, constituyen un grupo de población, sobre todo los más mayores, cuya salud está determinada por diversos factores:

- Salud física / factores clínicos.
- Estado mental, afectivo (estado de ánimo) y cognoscitivo.
- Condiciones sociofamiliares, ya que entornos favorables son los que favorecen un envejecimiento saludable, mientras que entornos sobreprotectores, de abuso o cuidado inapropiado, son no favorables al desarrollo de un envejecimiento sano.
- Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento.
- Funcionalidad, es decir, la capacidad que tiene la persona para valerse por sí misma en determinadas actividades de la vida diaria.

Todos estos factores están directamente relacionados con el estado de salud del anciano, ya que si, por ejemplo, a un paciente pluripatológico se le une un ambiente sociofamiliar desfavorable por unos cuidados inapropiados, puede desencadenar en un empeoramiento de la salud física, cambios en el estado de ánimo o incrementar la dependencia física, generándoles mayor inseguridad y temor a tanto a ellos como a sus

cuidadores, desembocando en más conflictos familiares y alteraciones anímicas, así como un consecuente y creciente agravamiento de la condición física del paciente (Gálvez-Cano et al., 2016).



Figura 1. Factores determinantes del estado de salud del anciano.

Fuente: Extraído de Gálvez-Cano et al. (2016).

3.2. Relación del envejecimiento con los sistemas sanitarios.

3.2.1. Gasto sanitario.

Las transiciones demográfica y epidemiológica representan grandes retos sanitarios debido a que el creciente envejecimiento poblacional conlleva el aumento de situaciones clínicas como la fragilidad, la multimorbilidad o la cronicidad compleja. Se trata de sociedades envejecidas, consumidoras de prestaciones y de recursos sociales, con contribuciones y aportaciones al sistema sanitario y de seguridad social escasas, por no decir nulas. Esto está generando un colapso sanitario, el desbordamiento de administraciones públicas, por una situación en que las necesidades sociosanitarias superan las expectativas de la política social y de igualdad, así como sus presupuestos generales (Blay et al., 2019).

El estudio realizado por Jiménez-Rodríguez & Farouk-Allam (2015) sobre 78 ancianos en Córdoba, revela los siguientes datos:

- El coste medio sanitario fue de 157,42 euros al mes.
- El coste medio social de 579,25 euros al mes.
- El coste medio sociosanitario por persona y mes para 2010 fue de 736,67 euros, lo que representa un coste total de 689.532,12 euros.
- Los gastos anuales de farmacia y hospital fueron de 1.646,01 euros por paciente.
- Los gastos anuales de la atención en AP fueron de 1.728,80 euros por paciente, lo que supone un gasto anual total de 3.374,81 euros por paciente. El coste mensual por paciente fue de 278,98 euros.

Por lo que, en definitiva, concluyen que mayoritariamente son los profesionales de Atención Primaria (AP), facultativos y enfermeros, en colaboración con los profesionales sociales, quienes a través de la atención directa y la visita domiciliaria dan respuesta, con los recursos existentes, a las demandas de este sector.

Ampliando al información facilitada por Jiménez-Rodríguez & Farouk-Allam en 2015, el estudio realizado por Aguilar-Palacio et al. (2016), defiende que el uso de los servicios sanitarios por parte del colectivo anciano varía según factores como el sexo, nivel de salud o la clase social. De esta forma, demostraron que una peor salud percibida conlleva a una mayor utilización e hiperfrecuentación de los servicios sanitarios, que el estado de salud propiamente diagnosticado; que los ancianos de clases sociales más bajas recurren principalmente a los servicios de Urgencias y Atención Primaria, mientras que aquellos de clases sociales altas se decantan por la Atención Especializada y Hospital de Día; que son las mujeres las que más frecuentan los servicios sanitarios; y que la pobre salud percibida por parte de los ancianos, estaba fuertemente influenciada por el padecimiento de enfermedades crónicas.

Otro aspecto influido por este colectivo cada vez más abundante de mayores de 65 años, es el del mantenimiento y sostenibilidad de las pensiones, pues, como afirman Belmonte et al. (2009), este cambio demográfico conllevará un incremento del gasto público aplicado a la protección social, tanto como pensiones contributivas como no contributivas, así como el resto de prestaciones que conforman el estado del bienestar de un país. Es decir, el incremento de la población anciana, y por lo tanto, jubilada, que ya no cotiza, y la disminución del sector de población trabajador (24 - 64 años), se traduce en muchas pensiones que prestar con un dinero que no se tiene, pues falta población trabajadora que cotice a la Seguridad Social para dar respuesta a tal demanda de pensiones. Así mismo, presentan algunas propuestas para la modificación del sistema de pensiones con el objetivo de garantizar su sostenibilidad:

- Ampliar el periodo de cálculo de las pensiones, además del número de años necesarios para tener derecho a las mismas, como ya se hizo en la reforma de 1985, en la cual ampliaron el periodo mínimo de cotización de diez a quince años para poder acceder a una pensión de jubilación.
- Favorecer la fiscalidad de los instrumentos de ahorro / previsión, es decir, incrementar los incentivos para la contratación de productos de ahorro para la jubilación.
- Incentivar la base de afiliados a la Seguridad Social mediante la rebaja en las cotizaciones sociales.
- Incrementar la edad media de jubilación. Medida que también adoptarán diversos países europeos, como Dinamarca, que aumentará su edad de jubilación de 65 a 67 años entre 2024 y 2027; Alemania que lo hará entre 2012 y 2029; o Reino Unido, que ampliará la edad de 65 a 68 años entre 2024 y 2046.

3.2.2. Polifarmacia.

Existen multitud de definiciones que han ido modificándose con el paso de los años respecto a lo que es considerado como polifarmacia.

Tanto-Barroso & Moral (2011) como Gavilán-Moral, Villafaina-Barroso, Jiménez-de Gracia, & Santana (2012) defienden una definición de polifarmacia dependiendo si hablamos en cuantitativos o en términos cualitativos:

- La polifarmacia definida en términos cuantitativos se refiere al uso de más de un número específico de fármacos.
- Polifarmacia definida en términos cualitativos se refiere al uso de fármacos inadecuados, o al consumo de medicamentos clínicamente no indicados.

Ambas definiciones pueden considerarse como complementarias, ya que aunque el concepto cualitativo define mejor lo que es una situación de polimedicación, está demostrado que a mayor consumo de fármacos, aunque sean necesarios, aumentan los riesgos de desarrollar reacciones adversas y medicamentosas.

Ampliando a lo autores anteriores sobre la definición del concepto en curso, Ramirez, Hernandez, & Medina (2015) nos aportan una definición cuantitativa de lo que se considera polifarmacia, basándose en el número de fármacos consumidos; de esta forma, el consumo de hasta 5 fármacos no se considera polifarmacia, el consumo de 5 a 10 sí que se considera y el consumo de más de 10 fármacos es una polifarmacia excesiva.

Como ya hemos mencionado antes, existe una relación directamente proporcional entre el número de consumo de fármacos y la aparición de reacciones adversas, lo cual adquiere especial importancia en la tercera edad, ya que el anciano es propenso al padecimiento de múltiples enfermedades crónicas, por lo que es un gran consumidor de fármacos. A este gran consumo farmacológico se le suma un factor muy importante y de

gran relevancia en la tercera edad: los cambios fisiológicos relacionados con el proceso de envejecimiento. Estos cambios conllevan una alteración de la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos, viéndose modificada la difusión, distribución y eliminación de los mismos, lo que conlleva un especial riesgo a que el anciano presente reacciones adversas e interacciones medicamentosas (Tinitana-Ortega et al., 2019).

Ramirez et al. (2015) nos muestran más concretamente en su estudio las consecuencias de la polifarmacia, agrupadas en diferentes categorías:

- Reacciones adversas medicamentosas: Como ya hemos mencionado anteriormente, los cambios fisiológicos asociados al proceso de envejecimiento influyen significativamente en la modificación de la farmacocinética y farmacodinamia farmacológica. Estos cambios, unidos a la gran variedad de enfermedades crónicas que llevan a la necesidad de multitud de tratamientos, aumenta la posibilidad de reacciones adversas. Estas son las causantes del 10% de consultas en urgencias, de éstas, el 10 – 17% son ingresos hospitalarios, y de estos ingresos, el 38% son de grave importancia.
- Interacción medicamentosa, donde podemos discriminar dos tipos de interacciones:
 1. Interacción fármaco – fármaco. Riesgo que aumenta exponencialmente con el número de fármacos consumidos.
 2. Interacción fármaco – enfermedad. Esto ocurre cuando una enfermedad se ve emporada debido a la introducción de un nuevo fármaco prescrito. Por ejemplo, si a nuestro paciente en concreto, diabético, en el momento en el que sufriese una exacerbación de su EPOC y en el hospital le prescribiesen corticoides para tratarlo, estaría en riesgo de desarrollar una crisis hiperglucémica.
- Cascadas de prescripción. Esto sucede cuando se prescribe un nuevo fármaco para tratar las reacciones adversas producidas por otros medicamentos del tratamiento. Muy común en pacientes pluripatológicos.

- Falta de adherencia terapéutica. Los tratamientos complejos y grandes cantidades de fármacos conducen a una mala adherencia al tratamiento por parte de los ancianos, lo cual conlleva una progresión de la enfermedad, fallo terapéutico, aumento de las hospitalizaciones y de medicamentos prescritos, paradójicamente.
- Incremento de síndromes geriátricos, como aumento del riesgo de caídas, de desnutrición, de incontinencia urinaria e incluso de deterioro cognitivo.

Descrito lo anterior, podemos afirmar que la polifarmacia, junto con la iatrogenia a fármacos, constituye uno de los grandes síndromes geriátricos a los que se enfrenta el sistema sanitario.

Es evidente entonces que, con el motivo de llevar un mejor manejo y control de la polifarmacia en la tercera edad, se utilicen determinadas herramientas y criterios. Entre los más utilizados podemos encontrar los criterios Beers (Pastor-Cano et al., 2015) y STOPP – START (Gallo et al., 2015). Los criterios Beers cuentan con dos listas de fármacos no adecuados en ancianos, una de ellas tiene en cuenta las comorbilidades del paciente y la otra es independiente de las mismas. Mientras que los criterios STOPP – START evalúan los errores u omisiones del tratamiento, respectivamente.

- Criterios STOPP: lista de potenciales prescripciones inadecuadas en pacientes ancianos, basadas en evidencia clínica. Tienen en cuenta las interacciones fármaco-fármaco y fármaco-enfermedad, acompañado cada criterio de una justificación científica.
- Criterios START: son una lista de 22 criterios que detectan fármacos que no se han prescrito y sin embargo, tienen efectos beneficiosos para el colectivo anciano (Delgado Silveira et al., 2015).

3.2.3. Recursos / alternativas.

3.2.3.1 Resiliencia.

La resiliencia se ha visto como un proceso dinámico que influye en la capacidad de lidiar, sobrevivir, superar, aprender y recuperarse de las inevitables experiencias adversas de la vida al incorporar rasgos internos como la resistencia, la alta autoeficacia y los factores externos, como el apoyo social, que promueven el afrontamiento. La capacidad de recuperación nos proporciona los recursos y las habilidades para aceptar el cambio y usarlo para persistir en aquellas cosas que son importantes para cada uno de nosotros. Es evitar la autocompasión, la ira y la depresión y nos permite poner esfuerzo en la recuperación y la adaptación (Resnick, 2008).

En otras palabras, Bernardes & Baixinho (2018) nos confirma que las limitaciones en los roles sociales y las tareas físicas, pueden mitigarse si el individuo tiene un cierto nivel de resiliencia. En el caso de los ancianos, la resiliencia debe analizarse desde diferentes perspectivas:

- Perspectiva bio-funcional: Ser mayor aumenta las posibilidades y el riesgo de padecer más enfermedades, desarrollar limitaciones funcionales o discapacidad, incrementando la morbimortalidad.
- Perspectiva económica: el deterioro físico asociado a la edad, especialmente la pérdida de independencia, no sólo afecta significativamente a nuestros mayores, sino que económicamente también es perjudicial para la sociedad.
- Perspectiva demográfica y de salud: al mismo tiempo que aumenta la esperanza de vida, los sistemas de salud y las comunidades tienen el desafío de encontrar formas sostenibles y efectivas de promover un envejecimiento saludable.

Así mismo, la resiliencia está influenciada por factores cuantitativos: genética, factores fisiológicos y medioambiente; y por factores cualitativos: factores psicosociales y experiencias de vida.

MacLeod et al., (2016) nos muestran que las características físicas que se asocian con una mayor capacidad de resiliencia son tener independencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): la actividad física, salud física con menos afecciones crónicas, permanecer físicamente activo, con una nutrición saludable, evitando la obesidad, pues ésta se encuentra asociada con niveles bajos de resiliencia.

Las mujeres, especialmente las mujeres mayores, tienen bastante más capacidad de resiliencia que los hombres y que incluso las mujeres jóvenes, ya que han podido enfrentarse a múltiples eventos estresantes a lo largo de su vida, como pueden ser pérdidas o asumir el cuidado de familiares, además, de ser especialmente hábiles para establecer y mantener conexiones sociales, todo lo cual parece apoyar una alta resiliencia (MacLeod et al., 2016).

Por último para finalizar la conceptualización de resiliencia, resaltar que unos altos niveles de la misma en ancianos, favorece el lograr una mejor calidad de vida, una mejor salud mental y un envejecimiento exitoso autopercibido en general, mayor felicidad, bienestar y satisfacción con la vida, mejor resistencia al estrés, mayor independencia en ABVD, mayor longevidad, menor riesgo de mortalidad y una recuperación cardiovascular más rápida (Martínez-Rodríguez et al., 2019).

Por otro lado, al trabajar con ancianos, también tenemos que tener muy en cuenta y preocuparnos por el cuidado y salud del cuidador principal, ya que, Martínez-Rodríguez et al. (2019) nos informan de que la asunción de este rol implica frustraciones, disminución de intereses personales, sobrecarga o insatisfacción de necesidades espirituales y/o materiales, pues dedicarse al cuidado de un familiar no es sólo estar disponible físicamente, sino también brindar un apoyo emocional.

Los factores influyentes en la predisposición de una actitud positiva por parte del cuidador son: el sexo, la edad, la motivación que tenga para el cuidado del familiar, el estilo de afrontamiento de los problemas, los años de experiencia y la relación afectiva cuidador-familiar, tanto previo como actual.

Se afirma que el apoyo social constituye un recurso mediador en el proceso de estrés de los cuidadores, es decir, se considera un factor protector para la salud, facilitando así el afrontamiento y adaptación. De esta forma, entre los promotores de resiliencia en cuidadores, se encuentran el apoyo social, el estilo de afrontamiento del cuidador (si es centrado en el problema o centrado en los sentimientos) y la evaluación de los estresores.

3.2.3.2. *Anciano crónico complejo.*

La prevalencia de pluripatologías y multimorbilidad aumenta con la edad, alcanzando 2´8 enfermedades crónicas por persona en el colectivo entre 65 y 74 años, mientras que se alcanzan 3´23 enfermedades crónicas por persona en mayores de 75 años. Es más, el 91´3% de la mortalidad junto con el 86% de los años de vida con discapacidad son debido a las enfermedades crónicas. La población crónica compleja constituye el 3-5% de la población total. Este es un grupo de población que comparte un conjunto de características tales como complejidad, fragilidad, vulnerabilidad, deterioro funcional, mortalidad, polifarmacia y habituales situaciones de dependencia, siendo grandes consumidores de recursos tanto sanitarios como sociales. Sin embargo, las guías de práctica clínica, al ser elaboradas principalmente sobre un único problema de salud, tienen grandes limitaciones en lo que respecta a la pluripatología y comorbilidad, especialmente cuando se dan comorbilidades que no comparten mecanismo fisiopatológico (Coderch et al., 2018).

Más concretamente y fijándonos en los datos que nos aporta el estudio realizado por Jiménez et al. sobre las características de la población susceptible de gestión de casos en la Región de Murcia, encontramos lo siguiente:

Los pacientes que están en gestión de casos tienen una media de edad de 74 ± 15 años. Destacando que la población más envejecida está representada por los inmovilizados/dependientes, que tienen 80 ± 10 años, mientras que las personas con menor edad está representada por

la población con trastorno mental grave (TMG), que tiene una edad media de 44 ± 15 años. En cuanto al sexo, las mujeres predominan en la población diana general con un 54,7% y por grupos de población, las mujeres son más frecuentes en la población inmovilizada/dependiente con un 31,2%, seguida de personas con ACV 23,4% y demencia con 11,3%. Los hombres son más frecuentes en EPOC y TMG con un 35,9% y 13,7% respectivamente. Según el estado civil, la población casada y viuda tiene el mismo porcentaje 40,7%. Por grupos de población, la población inmovilizadas/dependientes, ACV, demencia y no apoyo social hay en un mayor porcentaje viudos con un 26,7%, 22,9%, 14,3% y 6,7% respectivamente. Los casados son más frecuentes en pacientes con EPOC 34,3%, paciente terminal y pacientes con enfermedad cardiovascular en situación de prevención terciaria, ambos con 5,7%. En los pacientes con TMG hay un mayor porcentaje de solteros 46,7%.

En cuanto a la relación entre grupo de población y cuidador se observa que las personas con TMG y personas hospitalizadas o en domicilio sin cuidados familiares o apoyo social, no tienen cuidador en un 65% y 80 % respectivamente. Así como personas con ACV, demencia y EPOC sus cuidadores principales son familiares.

En la población estudiada el porcentaje de sujetos que presenta algún grado de dependencia para las actividades de la vida diaria, representa el 87,2%, en concreto existe un mayor porcentaje de población con dependencia severa (Barthel 21-60) 30,8%, seguida de dependencia moderada (Barthel 61-90) 27%, dependencia total (Barthel 0-20) con un 25,1% y dependencia leve (Barthel 9199) que representa un 4,3%. La población independiente (Barthel 100) representa un 12,8%.

Por grupo de población, las personas con demencia, presentan una dependencia total con mayor frecuencia 52,9% seguida del ACV con un 51,9%; los pacientes que tienen dependencia severa son los pacientes terminales representando un 75%, los inmovilizados un 52,2% y los que no tienen apoyo social, representan el 37,5%, los pacientes con EPOC

presentan una dependencia moderada con un 43,6%. Los más independientes para las ABVD son las personas con TMG con un 75%.

Si relacionamos el sexo con la dependencia funcional, se obtiene que las mujeres tienen una dependencia severa 35,5% y los hombres una dependencia moderada con el 27,7%.

La media de edad de la cuidadora familiar es 59 ± 13 años, de las cuales, 96 son mujeres y 19 hombres. El 40% de las cuidadoras familiares no tienen sobrecarga, el 38,3% tienen sobrecarga intensa y el 21,7% tiene sobrecarga leve. Al comparar la dependencia del paciente (Barthel) con la sobrecarga del cuidador (Zarit) se obtiene una correlación de ($r = -0,201$; $p = 0,031$) es decir cuanto más dependencia de la persona, mayor sobrecarga para el cuidador familiar (2014, p.64-65).

Podemos concluir, gracias a este estudio, que la población de elección para gestión de casos en la Región de Murcia se caracteriza por la fragilidad, el envejecimiento, nivel de dependencia severo para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), que son mayoritariamente mujeres, cuyos cuidadores familiares son también mujeres, de las cuales, predominan las que no tienen sobrecarga, seguidas de un alto porcentaje de las que sí lo tienen. Paralelamente, se ha demostrado que el cuidado de personas dependientes tiene un efecto perjudicial para la salud del cuidador.

Como afirman los autores Miguélez-Chamorro et al. (2019), la complejidad de las enfermedades crónicas, desde el punto de vista de los mismos protagonistas, tiene que ver con la pérdida de funcionalidad unido al laberinto en el que se ven inmersos de contactos con los servicios de salud, descoordinados y fragmentados, donde pacientes y familiares no saben qué hacer y se sienten desbordados por el sin fin de profesionales, entornos e intervenciones. A lo que hay que sumarle los factores socioeconómicos que influyen en esta percepción de complejidad.

Existe un consenso a la hora de determinar la necesidad de desarrollar una metodología de trabajo de gestión de casos, es decir, una estrategia de atención a la cronicidad compleja que sea proactiva, integral e individualizada,

permitiendo así una atención de calidad, eficiente y sostenible por parte de AP. De esta forma, según del-Pino-Casado & Riera, la población susceptible de ser incorporada en este modelo de atención y, por lo tanto, beneficiarse del mismo, son:

Personas frágiles, vulnerables o complejas con una discapacidad funcional, escasez de recursos sociofamiliares, aislamiento social, que necesitan apoyo en las actividades básicas, así como en las actividades instrumentales de la vida diaria, que necesitan ayuda en el manejo de los síntomas, en el régimen terapéutico, que demandan múltiples recursos de la red asistencial y que tienen una necesidad de cuidados multidisciplinarios y continuados. (2007, p.313).

De esta forma, somos conscientes de la existencia de un determinado colectivo de pacientes caracterizado por su alta complejidad, que constituyen un reto para los profesionales sanitarios debido a la dificultad de su abordaje, el alto consumo de recursos socio-sanitarios y la necesidad de una atención continuada a largo plazo. Así mismo, es importante discriminar a este grupo de población, de aquellos que no requieran una atención tan determinada. Una herramienta de estratificación de los cuidados de la población es la Pirámide de Kaiser Permanente (Figura 2) (García-Montero et al., 2019).



Figura 2: Pirámide de Kaiser Permanente.

Fuente: Extraído de García-Montero et al. (2019).

García-Moreno et al (2019), describen que la clasificación en un nivel u otro lo determina un algoritmo, basándose en las patologías diagnosticadas, su grado de impacto, el nivel de dependencia del paciente, la polimedicación y otras variables. Los siguientes niveles de la siguiente forma:

- Nivel 0: pacientes sanos sin enfermedades crónicas pero que requieren de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Nivel 1, pacientes de riesgo bajo: labor sanitaria centrada en la gestión de autocuidados.
- Nivel 2, riesgo moderado: necesitan gestión de la enfermedad.
- Nivel 3, pacientes de alto riesgo y complejidad: requieren estrategias específicas de gestión de casos.

3.2.3.2. Síndromes geriátricos y anciano frágil.

Los síndromes geriátricos se definen como un conjunto de cuadros originados por la unión de una serie de enfermedades en un mismo individuo, las cuales tienen una gran prevalencia en el anciano, y que muy frecuentemente causan incapacidad funcional y/o social (Alarcón y Montalvo, 2003).

Estos síndromes comparten una serie de características comunes, tales como su elevada frecuencia, su naturaleza sindrómica (es decir, al ser síndromes, cada uno de ellos tiene diferentes y diversos factores causales), la repercusión en la calidad de vida del paciente, la posibilidad de poder prevenir su aparición y la necesidad de contar con herramientas como una valoración geriátrica integral y equipos interdisciplinarios para su abordaje (Menéndez-Colino et al., 2017).

Los principales síndromes geriátricos son el deterioro cognitivo, la inmovilidad, las caídas, la incontinencia y, por último, la fragilidad, síndrome de

más reciente aparición. Nosotros vamos a centrarnos en las caídas, inmovilidad y fragilidad, pues son los más relevantes para nuestro caso.

El síndrome de inmovilidad es definido como una enfermedad originada por cambios fisiopatológicos en gran variedad de sistemas, condicionados por el desuso y envejecimiento, manifestándose como un deterioro de la funcionalidad con limitación de la capacidad de movimiento, siendo multifactorial y potencialmente reversible según la etiología (Abizanda-Soler & Rodríguez-Mañas, 2015). También clasifican los tipos de inmovilidad según su grado de restricción de la movilidad en relativa, limitación de determinados movimientos; e inmovilidad absoluta, que sería el encamamiento.

La prevalencia y discapacidad por este síndrome se incrementa con la edad, de esta forma, un 18% de los mayores de 65 años estarán afectados por este cuadro mientras que los mayores de 75 constituyen el 50 (Menéndez-Colino et al., 2017).

Los factores predisponentes de este síndrome los podemos encontrar en la tabla 1.

Tabla 1: Factores predisponentes del síndrome de inmovilidad.

<p>Factores intrínsecos</p> <p>Enfermedades musculoesqueléticas: patología inflamatoria o degenerativa articular, osteoporosis, fracturas, enfermedades del tejido conectivo, polimialgia reumática, enfermedades musculares, problemas podológicos</p> <p>Enfermedades neurológicas: ictus, enfermedades degenerativas (Parkinson, demencias), neuropatías, síndrome confusional agudo</p> <p>Enfermedades cardiovasculares: insuficiencia cardíaca, arteriopatía periférica</p> <p>Enfermedades pulmonares: insuficiencia respiratoria crónica</p> <p>Causas psicológicas: depresión, síndrome poscaída</p> <p>Otras enfermedades: endocrinas (hipotiroidismo, diabetes, hiperparatiroidismo), malnutrición, alteraciones sensoriales visuales o auditivas, anemia, cáncer, enfermedades terminales, daño tisular reciente, poscirugía</p>
<p>Factores extrínsecos</p> <p>Iatrogénicos: inmovilidad forzada por prescripción facultativa, fármacos sedantes y neurolépticos, actitudes sobreprotectoras</p> <p>Ambientales: hospitalización, barreras arquitectónicas, medidas de restricción física, ausencia de instrumentos de ayuda</p> <p>Sociales: soledad, falta de estímulo y de apoyo social</p>

Fuente: extraído de Menéndez Colino et al. (2017).

Por otro lado, nos encontramos con las caídas. Problema de salud pública que acarrea consecuencias negativas en términos de calidad de vida, discapacidad, institucionalización y mortalidad, pues es considerada la primera causa de muerte por accidente en mayores de 65 años (Moncada & Mire, 2017).

La incidencia de las caídas se ve aumentada con la edad y varía según el lugar de residencia. De esta forma, el 30% de los mayores de 65 años que viven en comunidad se caen al menos una vez al año, mientras que en mayores de 80 años alcanzan el 50%; así mismo, el riesgo de caídas se triplica en personas institucionalizadas (Pasquetti et al., 2014; Moncada & Mire, 2017).

En cuanto a los factores de riesgo que influyen en el desarrollo de este síndrome encontramos los factores intrínsecos (aquellos que están directamente relacionados con el paciente) y extrínsecos o ambientales (aquellos externos al paciente). Dentro de los factores intrínsecos, los antecedentes de caídas, alteraciones de la marcha, del equilibrio y la edad son los factores más significativos (Abizanda-Soler y Rodríguez-Mañas, 2015).

Por último, hablamos de la fragilidad; síndrome de más reciente aparición.

Según Goldman (2019), la fragilidad es uno de los grandes problemas de la ancianidad y se ha descrito como un estado de reserva fisiológica disminuida y una mayor vulnerabilidad al estrés, definiéndose como un síndrome de desgaste caracterizado por debilidad, fatiga, baja actividad, movimiento lento y pérdida de peso. Está presente en el 7% de los adultos que viven en la comunidad de 65 años o más y en el 25% de los adultos de 85 años o más. Indudablemente, estas estimaciones subestiman la prevalencia de la fragilidad porque las personas frágiles tienen menos probabilidades de participar en estudios epidemiológicos. Sin embargo, autores como Kojima, (2016) afirman que estos porcentajes alcanzan el 10% en la población mayor de 65 años, así como un 75% en mayores de 85 años. Este mismo autor también destaca la importancia de diferenciar entre los términos de fragilidad, discapacidad y pluripatología; pues la gran mayoría, pero no todas, de personas pluripatológicas desencadenarán un síndrome de fragilidad, mientras

que las personas que ya padecen de este síndrome pueden o no tener patologías concomitantes.

La pérdida de masa muscular, o sarcopenia, es un componente subyacente de la fragilidad, pero el exceso de grasa, especialmente la grasa visceral y la grasa muscular, tiene una mayor influencia sobre la función física, la inflamación y el metabolismo que la baja masa muscular. En los ancianos, la fuerza muscular, incluida la fuerza contráctil, la función mitocondrial y la velocidad de contracción o potencia, es más importante para la función física que la masa muscular. La debilidad puede evaluarse en un entorno de oficina midiendo la fuerza de agarre (<30 kg en hombres y <20 kg en mujeres). La fragilidad en sí misma es un factor de riesgo para peores resultados, y también empeora el pronóstico de afecciones crónicas como las enfermedades cardiovasculares, además de encontrarse fuertemente correlacionada con la mortalidad a largo plazo.

Pinheiro et al. (2019) nos señala que el desequilibrio homeostático por el que se caracteriza la fragilidad puede ser causa o consecuencia de determinados factores como la edad avanzada, sexo femenino, presencia de comorbilidades, funcionalidad familiar y apoyo social, el nivel educativo, estatus socioeconómico o el riesgo de caídas. La asociación entre la fragilidad y la situación familiar radica en que ésta es un componente de apoyo social que contribuye a influenciar positivamente en las situaciones de estrés, es decir, no es ni causa ni consecuencia de la fragilidad, pero influye significativamente en el modo de afrontamiento del síndrome. Por otro lado, el riesgo de caídas si está asociado bidireccionalmente a la fragilidad, ya que un anciano frágil puede tener una caída consecuencia de su vulnerabilidad, mientras que una caída puede hacerle entrar en un círculo en el que no deambule por miedo a caerse, lo que conlleva un aumento de la vulnerabilidad y fragilidad. También se ha comprobado que cuanto más pobre es la autopercepción de salud, menor es la participación en el autocuidado, adherencia terapéutica y rehabilitación. En cuanto a la edad y a la independencia en la realización de las ABVD, lo que sucede es que a mayor edad, se produce una disminución de la funcionalidad y de la reserva fisiológica, desembocando en una dependencia de las ABVD.

3.2.3.3. *Envejecimiento saludable / activo.*

En este orden de ideas y conceptos, hemos de hablar del envejecimiento saludable. Según un informe elaborado por la Organización Mundial de la Salud, definió el envejecimiento saludable como "el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la edad avanzada, donde la capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tienen razones para valorar" (2015). También se incluyen las habilidades para:

- Satisfacer sus necesidades básicas.
- Ser móvil.
- Construir y mantener relaciones.
- Contribuye a la sociedad.

La capacidad funcional es fundamental para esta definición. La capacidad funcional se refiere a la capacidad intrínseca del individuo, las características ambientales relevantes y cómo interactúan.

La actividad física tiene efectos positivos en la calidad de vida y en los ritmos biológicos, previene la disminución de las funciones motoras, mejora la respuesta inmune y previene / afecta positivamente los trastornos metabólicos. También proporciona un valioso apoyo para hacer frente al deterioro cognitivo y la memoria, y actúa sobre la sintomatología depresiva.

Paralelamente, Salazar-Barajas et al., (2018) nos muestran un estudio que relaciona el Modelo de Adaptación de Callista Roy con el envejecimiento activo, entendiendo éste como un proceso de adaptación a medida que se presentan desafíos. El envejecimiento activo implica la participación continua de los adultos mayores en asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, y no solo la capacidad de ser físicamente activo o participar en el campo laboral. En definitiva, el envejecimiento activo constituye una necesidad de preservar la independencia y retrasar las discapacidades en

los adultos mayores, incluidos aquellos con enfermedades crónicas. En este estudio se llega a la conclusión de que:

- Las mujeres son las que mejor llevan un envejecimiento activo, ya que suelen ser las que se encargan de las labores del hogar, por lo que se mantienen más activas.
- El mantenimiento de la esperanza y resiliencia es un factor muy positivo a la hora de adaptarse a los cambios del envejecimiento.
- El padecer más tiempo una enfermedad, afecta negativamente a la salud mental.
- El apoyo social mostró una relación positiva respecto al mantenimiento de la independencia de las ABVD a la vez que disminuía los síntomas depresivos.
- Hacer frente al envejecimiento resultó ser la variable más fuerte en este estudio, lo que sugiere que el envejecimiento activo en estos participantes depende de su propia capacidad para enfrentar los cambios y desafíos presentados por el envejecimiento y la enfermedad.

3.2.3.5. Programas de salud.

La atención al paciente crónico sigue siendo un tema prioritario y no bien abordado por parte del sistema sanitario. Por ello, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) y las Sociedades Españolas de Medicina Interna (SEMI) reunidas el 8 de marzo de 2019, acordaron los puntos clave para el impulso del abordaje de este colectivo:

1. Resulta inaplazable una reorientación de nuestro actual modelo asistencial, centrado en la atención a las patologías agudas, hacia un nuevo modelo de atención a pacientes crónicos.

2. El modelo asistencial para atender a la cronicidad deberá estar centrado en el paciente y en su entorno, en el respeto a sus preferencias, necesidades y valores, y debe garantizar la equidad en el acceso a los recursos priorizando las prácticas de alto valor y asegurando una adecuada calidad de vida.
3. La asistencia a los pacientes crónicos con pluripatología deberá desarrollarse de forma longitudinal, integrada y coordinada entre los distintos niveles asistenciales, siendo necesarios el trabajo interdisciplinar y la continuidad asistencial. Los profesionales de Atención Primaria, médicos y enfermeras, son los principales responsables de la atención a los enfermos crónicos.
4. Se hace necesario avanzar hacia un modelo basado en la toma de decisiones compartidas y centrada en el paciente donde cada persona disponga de un plan personal, único e individualizado de gestión de sus enfermedades.
5. Se deben evitar campañas o intervenciones que promuevan las pre-enfermedades y que condicionen el sobrediagnóstico y sobretratamiento, así como el uso inadecuado de recursos sanitarios. Debe ser prioritario promover actividades de prevención y de promoción de la salud con estrategias poblacionales e individuales, evaluables y coste efectivas.
6. La perspectiva de género debe formar parte integral de los programas de educación y promoción de la salud en la medicina del siglo XXI. Los sistemas sanitarios deben garantizar a las mujeres la cobertura de sus necesidades de salud, permitiéndoles conciliar sus funciones sociales, biológicas y ocupacionales.
7. La asistencia domiciliaria debe jugar un papel clave para la atención a los pacientes crónicos en situación de fragilidad, dependencia y situaciones de final de vida. Es necesario desarrollar alternativas a la hospitalización convencional con refuerzo de los equipos multidisciplinares de Atención Primaria, con una especial relevancia de la Enfermería Familiar y Comunitaria.

8. Se impulsarán las unidades de diagnóstico rápido, consultas de alta resolución, interconsultas virtuales, hospitales de día, unidades de continuidad asistencial y hospitalización a domicilio, como unidades de soporte a la Atención Primaria. Estos dispositivos deben complementarse con una red de servicios sociales, centros sociosanitarios y residencias, que garanticen una asistencia ajustada a las necesidades de los pacientes y de sus cuidadores.

9. La telemedicina debe ser una herramienta fundamental para identificar de forma precoz las reagudizaciones y evitar ingresos hospitalarios, así como para implicar al paciente en su autocuidado y en mejorar la adherencia terapéutica.

10. Es imprescindible reforzar la visión integral y holística de atención a la cronicidad en la formación de grado y postgrado en las universidades, liderada por profesionales de medicina de familia y de medicina interna.(2020, p.1-2)

Tras lo anterior expuesto, Prados-Torres et al., (2017) nos presentan una herramienta dirigida a apoyar el proceso de toma de decisiones compartida entre pacientes con multimorbilidad y los profesionales sanitarios de atención primaria; los principios de Ariadne (Tabla 2).

Tabla 2. Desarrollo de los principios de Ariadne.

Principio	Acciones
Valoración exhaustiva	Evaluación del número de comorbilidades, su gravedad e impacto: interacciones entre enfermedades, enfermedad a fármaco y fármaco a fármaco Búsqueda de signos y síntomas de ansiedad, depresión, trastorno cognitivo, pérdida de peso o deshidratación Evaluación del entorno familiar y social: dificultades financieras, autonomía y capacidad para afrontar la carga de cuidados Lista de profesionales implicados en el seguimiento del paciente y evaluación de la «carga de tratamiento»
Priorización compartida de objetivos	Descubrir cuáles son las preferencias del paciente sobre su salud: supervivencia, alivio de síntomas Tener en cuenta las preferencias de familia y cuidadores Pactar un objetivo realista para el tratamiento con el paciente y la familia
Plan personalizado para alcanzar los objetivos pactados	Balance entre beneficio y riesgo del plan del tratamiento de acuerdo al riesgo del paciente y sus preferencias (deprescripción) Considerar la capacidad de autocuidado del paciente para sus necesidades en cada momento Ayudar a elaborar una «red de seguridad» para el manejo de síntomas y efectos secundarios Pactar con el paciente un plan de seguimiento para la reevaluación de objetivos y evaluar las interacciones

Fuente: Extraído de Mariñelarena-Mañeru et al., (2018).

El objetivo es una atención centrada en al persona, lo que implica conocer la situación global del paciente, sus preferencias e intereses y llegar a un acuerdo terapéutico. El fundamento de los principios Ariadne son los siguientes puntos:

- Una valoración exhaustiva de las enfermedades, tratamiento e interacciones potenciales; la situación clínica global y el contexto del paciente por parte del médico.
- Priorizar los problemas de salud del paciente, teniendo en cuenta sus preferencias, deseos y expectativas de resultado.
- La gestión individualizada de cada paciente, considerando las mejores opciones de diagnóstico, tratamiento y prevención.

3.2.3.6. Autoconciencia de salud y autocuidado.

Partimos de que es muy importante el autocuidado y tener conciencia sobre nuestra salud desde bien jóvenes, pero en la población adulta no es ni mucho menos diferente, ya que, como nos aporta el estudio realizado por Loredó-Figueroa et al.,:

El grado de dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria y las capacidades de autocuidado del adulto mayor tienen repercusión en la percepción de la calidad de vida y de la salud, de manera tal que a menor dependencia y mayor autocuidado, mayor es la calidad de vida del adulto mayor. Fomentar el autocuidado y los hábitos saludables en la población joven garantiza la calidad de vida del adulto mayor, en donde el profesional de enfermería es protagonista en dicha tarea mediante la promoción a la salud en la población joven y, por supuesto, en la que llega a los 60 años de edad y más (2016, p.164).

La Organización Mundial de la Salud define el autocuidado como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover y mantener la salud, prevenir enfermedades, así como hacer frente a

enfermedades y discapacidades, con o sin el apoyo del personal de atención médica (Organization & Asia, 2009).

El autocuidado ha sido abordado por varias disciplinas, incluidas la medicina, sociología y psicología, no por ello dejando de ser un concepto central en la disciplina de enfermería, pues el autocuidado se desarrolló completamente en la teoría del autocuidado de Orem. Según Prado-Solar et al,:

Orem define el autocuidado como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (2014, p.838).

Como podemos observar, ambas definiciones subrayan que el autocuidado se refiere a actividades dirigidas tanto a la promoción y el mantenimiento de la salud como al manejo de la enfermedad.

Lommi et al, (2015) nos presentan las perspectivas de las personas mayores que viven en el hogar sobre experiencias de autocuidado que promueven la salud. Comprender estas perspectivas es fundamental para los profesionales de la salud, los cuales pueden fomentar comportamientos de autocuidado, prevenir déficits de autocuidado y planificar intervenciones educativas destinadas a mantener a los ancianos en sus hogares el mayor tiempo posible, contribuyendo al envejecimiento saludable, ayudar a prevenir o retrasar la aparición de enfermedades crónicas, o al menos reducir sus consecuencias.

- Las personas mayores toman decisiones sobre su autocuidado en función de sus actitudes hacia su vida y su futuro. Estas actitudes pueden ser positivas o negativas:

Los ancianos enfrentan el futuro con miedo y preocupación cuando predominan las emociones negativas, pudiendo ser consecuencia de una vida de amargura y por lo tanto manifestándose con sentimientos de impotencia o inutilidad; no hacer frente a deterioro físico y cognitivo; o perder el control de su propia vida. También pueden afrontar el envejecimiento pasivamente, pensando que su vida está limitada por la edad y, por lo tanto, se rinden ellos mismos, a menudo delegando sus actividades de autocuidado a otros. Estas actitudes negativas son un obstáculo para el autocuidado porque desmotivan a los ancianos.

Por el contrario, las actitudes positivas pueden contribuir a la longevidad, a la salud, y mitigar los efectos del envejecimiento, ya que un estado mental positivo representa un importante recurso interno para las personas mayores, permitiendo su motivación y mejorando su autocuidado. Vivir en sus propios hogares es otro aspecto que influye positivamente en las actitudes de los ancianos hacia su vida y futuro; de hecho, la casa representa su identidad, un lugar seguro donde refugiarse y les ayuda a mantener una constancia de vida.

- El autocuidado ocurre dentro de una red social y relacional, lo que permite a las personas mayores cuidarse a sí mismas, cuidar de los demás y ser atendidos. En particular, las relaciones familiares son de suma importancia para promover el autocuidado y el bienestar entre la mayor. Algunos ancianos creen que estar rodeado de miembros de la familia y de estar con su pareja son condiciones privilegiadas que les ayudan a mantenerse saludables y hacerlos felices.
- El autocuidado conlleva a la autorrealización. Tomar decisiones sobre el autocuidado y cuidado de los demás hace que los ancianos se sientan realizados y satisfechos, contribuyendo positivamente a su salud y dando significado a sus vidas. La satisfacción con la vida y la autorrealización se basan en la capacidad que tengan los ancianos de trascender su propia situación y mirar el lado positivo de las

cosas: apreciar sus propios méritos; ver el envejecimiento como un proceso normal; y percibir sus vidas como satisfactorias, útiles, plenas y felices.

En resumen, el autocuidado es para los ancianos un proceso en el que las decisiones están influenciadas por las experiencias pasadas, sus actitudes hacia el futuro, el contexto social en el que viven y la creencia de un bienestar holístico, no sólo físico.

3.2.4. Medicalización de la vida.

El concepto de medicalización de la vida guarda especial relación con el de envejecimiento. La medicalización de la vida constituye un proceso que se ha ido desarrollando de forma paulatina a lo largo del tiempo, siendo definido como padecimientos, comportamientos, eventos o procesos que antes formaban parte del ciclo de la vida y que actualmente se han patologizado y necesitado de control médico, como pueden ser las etapas de la vida (menopausia, envejecimiento, nacimiento, etc), problemas personales o sociales (duelo, tristeza, síndrome postvacacional, etc), la consideración cada vez más frecuente de que los factores de riesgo son auténticas enfermedades o incluso que las situaciones o cuadros poco frecuentes o leves, sean elevados a la categoría de problemas comunes de categoría grave, como la disfunción eréctil o el síndrome premenstrual, por ejemplo (Sy, 2018). Por lo tanto, nos encontramos en una sociedad actual que considera el proceso de envejecimiento como una etapa de la vida dependiente de control y supervisión médica.

Sin embargo, Orueta-Sánchez et al., nos define este concepto como: “la conversión en procesos patológicos de situaciones que son y han sido siempre completamente normales y el pretender resolver mediante la medicina situaciones que no son médicas sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales”(2011, p.151).

Los autores anteriores, en la presentación de su trabajo han realizado un análisis de los principales factores causales o intervinientes en el desarrollo de este proceso. Estos factores pueden relacionarse en función de su relación con la sociedad, medios de comunicación, los profesionales, instituciones político-sanitarias e industria farmacéutica. La influencia de la sociedad lleva un gran peso ya que los valores y creencias de la misma van a determinar sus necesidades y expectativas:

- Cambios en el concepto de salud-enfermedad motivados por el pensamiento de la época. Aquí es donde encontraríamos la creciente necesidad por el reconocimiento de belleza y la creencia de que el ideal de belleza es la juventud, no la ancianidad, como también indican Pochintesta & Mansinho, (2014).
- Aumento del valor de la salud para la sociedad, manifestándose en un miedo a la enfermedad y a la muerte además de una disminución de los niveles de tolerancia al dolor y sufrimiento.
- El aumento del acceso a la información sanitaria, siendo el problema la calidad de la misma, sobre todo a través de internet y las nuevas tecnologías, ya que en nuestros mayores de 65 años, el buen manejo de las mismas es inferior al 30% (González-Oñate et al., 2015).
- Las expectativas ilimitadas que tiene la sociedad depositada sobre el sistema sanitario, pues no se acepta que no exista solución o tratamiento a todos los procesos.
- La disminución de la capacidad de autocuidados por la razón anterior, porque se considera que el sistema sanitario debe ser el que garantice todo tipo de cuidados.
- Reducción de las redes informales de cuidados debido a los cambios sociales que se han producido en los modelos familiares durante las últimas décadas, como hablaremos en el siguiente punto.

Sin embargo, los sistemas sanitarios y profesionales también tenemos peso y contribuimos a este desarrollo, debido a circunstancias que Orueta-

Sánchez et al., (2011) siguen mencionando en su estudio, como la sobrecarga del trabajo debido a la excesiva demanda, la pérdida de una visión multifactorial de la enfermedad, olvidando todas las esferas del paciente y centrándonos en la biológica, además de la parcelación de la atención llevada a cabo por los numerosos especialistas que pueden llegar a atender a una persona, y esto último, como indica Aguilar-Fleitas (2015), nos lleva al sobrediagnóstico, sobreindicación de estudios, sobretratamientos o excesiva atención a factores de riesgo. Estas formas de proceder y actuar a las que actualmente recurren muchos profesionales sanitarios constituye la respuesta del sistema sanitario a la demanda de una sociedad hipermedicalizada. Este modo de respuesta conlleva consecuencias tales como el incremento de los costes asistenciales y de listas de espera, por no hablar del desgaste del personal sanitario.

De esta forma, y como ya hemos mencionado antes, los sistemas sanitarios son los encargados de enfrentarse al reto de dar una correcta y adecuada atención al cada vez más numeroso sector de ancianos con múltiples enfermedades, los cuales son atendidos por múltiples especialistas, presentan frecuentes y repetidos ingresos hospitalarios además de acumular intervenciones y pruebas que aunque sean beneficiosas para cada una de las patologías por individual, en global constituye una gran carga para el paciente crónico y su familia, traduciéndose en cambios en el estilo de vida con la consiguiente implicación del paciente y familia en la gestión de su enfermedad, polimedicación, múltiples controles y revisiones etc. Es por esto que, según Mariñelarena-Mañeru et al., (2018), hablamos también de sobretratamiento cuando la carga de cuidados que el sistema sanitario deposita sobre el paciente crónico y su familia termina por desbordar la capacidad de estos para afrontarla. Esto es porque la carga de la propia enfermedad se suma a la carga del tratamiento, superando así la capacidad del paciente y familia de entender, organizar y ejecutar, siendo las consecuencias inmediatas: incumplimiento terapéutico, sobrecarga del cuidador, reagudizaciones y reingresos además del aumento de problemas de salud mental.

En este mismo estudio, Mariñelarena-Mañeru et al., (2018) defienden que una herramienta propuesta por diversos autores para hacer frente a este

fenómeno es la aplicación por parte de los sistemas sanitarios de la medicina mínimamente disruptiva (minimally disruptive medicine, MMI). Este constituye un modelo teórico muy útil para trabajar con pacientes crónicos complejos, pues se basa en una evaluación integral y abordaje biopsicosocial del paciente con el objetivo de elaborar planes de cuidados individualizados y ajustados a sus realidades, preferencias y capacidades. Es decir, la implementación de esta herramienta en atención primaria se resume en la aplicación de los principios de Ariadne que mencionamos en el apartado anterior.

3.3. Cuidadores principales y repercusión de su rol.

3.3.1. Evolución del concepto de familia.

Comenzamos definiendo los conceptos de cuidados formales y cuidados informales, descritos por Flores et al.:

El cuidado informal es la atención no remunerada que se presta a las personas con algún tipo de dependencia por parte de los miembros de su familia y/u otra persona sin otro lazo de unión ni obligación con la persona dependiente que no sea el de la amistad o el de la buena vecindad. Mientras que el cuidado formal se define como toda aquella asistencia a personas mayores que necesitan ayuda en las actividades de la vida diaria y en la que concurre alguno de los siguientes criterios: el cuidado se provee sobre una relación contractual (oral o escrita) o a través de una organización (empresa, institución pública u organización sin ánimo de lucro). Por tanto, el proveedor de cuidado formal es un profesional que oferta un servicio para el que tiene una preparación que lo habilita. Por otro lado, la relación entre cuidador profesional y receptor está caracterizada por una neutralidad afectiva en contraste con la implicación emocional del cuidador familiar (2015, p.80-81).

Para entender y contextualizar los cambios que ha experimentado la cultura del cuidado en nuestro país, es necesario comprender los cambios que han experimentado las familias y el concepto de familia.

Como afirman Losada et al. (2003), se ha pasado de un modelo familiar tradicional, con una familia extensa, con sus funciones y jerarquías bien definidas así como los miembros más adultos ejerciendo el control y dirección desde el eslabón más alto de la estructura familiar; a familias de tipo nuclear, monoclonal o incluso conyugal. Consecuencia de este fenómeno, parece lógico esperar que en el contexto del cuidado hayan cambiado las pautas de relaciones familiares y estilos de afrontamiento del cuidado a los familiares mayores. Así mismo, son frecuente las tensiones en las relaciones intergeneracionales, ya que, mientras que las generaciones mayores esperan recibir un apoyo familiar, las nuevas generaciones tienen que compatibilizar el cuidar de sus mayores con las consecuencias de la transformación experimentada en los últimos años (reducción del tamaño medio familiar, aumento del número de parejas sin descendencia o la incorporación de las mujeres al mercado de laboral), que dificultan la disponibilidad de recursos personales para adoptar el rol del cuidador.

En definitiva, estas transformaciones han contribuido a que, en las últimas décadas, la opinión de los españoles se haya ido decantando por atribuir más responsabilidad del cuidado de los mayores al estado y a la sociedad, en lugar de tener la familia tanto peso sobre este cargo. Conflictos de valores, roles, carga de demandas y dificultades del cuidado contribuyen en la aparición de consecuencias negativas físicas y emocionales en los cuidadores, además de aislamiento social, problemas económicos y conflictos familiares.

3.3.2. Evolución del perfil de los cuidadores de personas mayores de 65 años.

Como hemos narrado anteriormente, no podemos hablar del envejecimiento sin pararnos y mencionar el papel de los cuidadores. Ya se ha descrito que nuestro país se encuentra atravesando un cambio demográfico caracterizado por el aumento de la población mayor de 65 años. Si tenemos en cuenta esta realidad, unida al hecho de que el aumento de edad conlleva un aumento de las limitaciones tanto físicas como psíquicas y deterioro de procesos crónicos, no es de extrañar, de conforme aumente la edad de la población, cada vez sea más necesaria la presencia de los cuidadores, tanto formales como informales.

En España, tradicionalmente ha sido la familia la que se ha encargado del cuidado de sus mayores, y así sigue siendo, pues más 80% de los cuidadores de mayores de 65 años son familiares, estando la mitad de ellos, viviendo en el mismo hogar y aunque con el paso de los años y la introducción de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia han aumentado los casos de cuidadores formales, no ha implicado una sustitución de unos cuidados por otros, sino una complementariedad entre los mismo, facilitando así el evitar y prevenir complicaciones en el núcleo familiar derivadas del cuidado (Vilaplana-Prieto et al., 2011).

El perfil de los cuidadores informales ha ido evolucionando a los largo de los años, ya que siempre ha sido la mujer la encargada de asumir tal rol, ya siendo en calidad de esposa o de hija, sin embrago, la incorporación de la mujer al mercado laboral está haciendo tambalearse la estabilidad de este modelo clásico, como demuestra el estudio realizado por Zueras et al., (2018), pues demuestra que el género dominante en el cuidado de ancianos siguen siendo las mujeres, normalmente cónyuges, dándole el relevo a las hijas, aunque en los últimos años se ha reducido el peso de las hijas cuidadoras y aumentado el de lo hijos a un 12%, aunque ellas siguen siendo las cuidadoras de sus padres (43%). Por otro lado, las edades de las mujeres

cuidadoras oscilan entre 45 y 65 años, más concretamente, de 45 a 54 constituyen el 17%, y de 55 a 65 constituyen otro 35%.

También se destaca que la población cuidadora es cada vez más instruida y activa laboralmente, aunque la conciliación del trabajo con el cuidado informal de los mayores, es cuanto menos, complejo, pues alrededor de un 10% de cuidadores en global han admitido que no pueden permitirse trabajar fuera de casa ya que no tienen tiempo, mientras que más del 20% de hombres y mujeres admiten que su carrera profesional se ha visto resentida. Por esto destaca el dato de que han aumentado las cuidadoras activas laboralmente mientras que el aumento de cuidadores masculinos está asociado al desempleo e inactividad, es decir, el no tener trabajo es lo que les permite atender a la persona mayor.

Un último punto de este estudio que nos aporta interés es en relación a la creencia de si los cuidados del anciano deberían recaer sobre la familia o no, viéndose que en el grupo de 35 a 64 años consideran que ciertamente el cuidado del familiar anciano debe recaer sobre la familia, sin diferencias significativas entre sexos, salvo por el grupo de mujeres de 45 a 54 años. De estas mujeres, el 55% de las menos instruidas junto con el 60% de las no activas laboralmente opinan lo mismo, mientras que el 60% de las que cuentan con estudios además del 58% de las mujeres con trabajo, opinan lo contrario.

Para terminar, queremos resaltar las declaraciones de una enfermera que se ha visto en ambas posturas: cuidadora principal y profesional sanitario. Resnick (2019) es una enfermera que al estar involucrada en ambos papeles, ha encontrado los puntos fuertes y posibles y necesarias mejoras para la gran labor que realizan los cuidadores principales a diario, por lo que sus conclusiones fueron la siguientes:

- Los cuidadores de hoy brindan un complejo e intenso cuidado, en el que se incluyen la cura de heridas, alimentación por sonda, manejo del dolor e incluso la toma de decisiones sobre la medicación para el manejo de este dolor. Algunas actividades son propias de los profesionales sanitarios, lo cual conlleva aspectos

negativos, como el estrés percibido antes el pensamiento de que lo pueden estar haciendo mal, y aspectos positivos, como el de poder interactuar con el familiar de forma que nunca habían podido hacer, lo cual refuerza los lazos familiares.

- Los cuidadores de hoy presentan mucha heterogeneidad respecto a su edad, conocimientos e incluso sus antecedentes culturales.
- Aquellos cuidadores que se encuentran socialmente aislados o que no han tenido otra opción que cuidar de un anciano. Corren más riesgo de experimentar dificultades cuando se trate del cuidado del anciano complejo.
- Pero el principal hallazgo y más importante fue que para muchos cuidadores, la educación y orientación por parte de los profesionales sanitarios en cuanto a técnicas que realizar o recursos es insuficiente.

Por lo tanto, la recomendación de Resnick es que no sólo cuidemos a nuestros mayores, sino que cuidemos de los cuidadores.

3.3.3. Carga del cuidador.

Como acabamos de leer, la creciente necesidad de buenos cuidadores y su gran carga de trabajo y compromiso exige por parte de los profesionales y del sistema sanitario que también los tengamos en cuenta y cuidemos de su salud para evitar síndromes como el de “burnout”.

La definición más aceptada del síndrome de burnout fue la propuesta por Maslach & Jackson:

Es un síndrome de agotamiento emocional y cinismo que ocurre con frecuencia entre individuos que trabajan con personas de algún tipo. Un aspecto clave en este síndrome es el aumento de los sentimientos

de agotamiento emocional. Como los recursos emocionales se agotan, los trabajadores sienten que ya no pueden poner de su parte, a nivel psicológico. Otro aspecto es el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos y cínico sobre los clientes a quienes atienden. Es decir, el negativismo y el agotamiento emocional parecen estar relacionados. (1981; p.99).

Otro concepto a tratar es el de la carga del cuidador, pues se puede entender de diferentes formas según la perspectiva: objetiva y subjetiva. De esta forma, la carga subjetiva se refiere a las emociones y apreciaciones negativas que tenga el cuidador ante la experiencia de su trabajo, mientras que por otro lado, la carga objetiva son las demandas y actividades que deben realizar y atender los cuidadores, por lo que constituye un instrumento de medida del nivel de carga, ya que a mayores demandas por parte del anciano, mayor carga supone para el cuidador (De Valle-Alonso et al., 2015).

El modelo de estrés y afrontamiento más adaptado a la situación del cuidador fue el propuesto por Lazarus & Folkman (1999). En el que incluyen las siguientes variables:

- 1) Variables de contexto: sexo, edad, parentesco con la persona cuidada y salud del cuidador. Respecto al parentesco, no es la misma relación entre el anciano y alguien de su familia y entre el anciano y un cuidador formal, pues en el estudio mencionado anteriormente de Flores et al., (2015) se demuestra que los cuidadores informales sufren más el síndrome de burnout, y consecuencias tales como depresión, ansiedad e insomnio y deterioro de la condición física y psicológica que los cuidadores formales, ya que estos últimos son remunerados económicamente por tal trabajo e incluso influyendo positivamente sobre su felicidad y propósito de vida, pues son éstas las que han elegido ser cuidadores y no se han visto obligados a ello.
- 2) Estresores, es decir, demandas implicadas en el cuidado. Entre los que encontramos: comportamientos problemáticos, patologías que cursen con déficit de memoria en el anciano o el nivel de dependencia de las ABVD, bajos ingresos económicos, bajo nivel educativo, vivir con el receptor de

cuidados, un número elevado de horas a la semana (>40) invertidas en el cuidado del anciano o aislamiento social (Musich et al., 2017).

- 3) Grado en el que el cuidador percibe y evalúa las demandas como estresantes, es decir, la carga subjetiva.
- 4) Mediadores entre estresores y sus consecuencias: estrategias de afrontamiento y apoyo social. Las estrategias de mayor relevancia y repercusión sobre la salud de los cuidadores son de dos tipos: estrategias de afrontamiento centradas en el problema, cuyo objetivo es la resolución de las exigencias y desafíos cambiantes a los que se enfrenta el cuidador; y por otro lado tenemos las estrategias de afrontamiento basadas en la resignación, cuyo objetivo es aceptar las situaciones que no podemos controlar, como la gravedad o pronóstico del proceso patológico del anciano y dirigir los esfuerzos hacia aquellos aspectos que sí se encuentran bajo nuestro control, como son las acciones del cuidado y autocuidado (García et al., 2016).
- 5) Consecuencias de la carga y demanda del cuidado, tanto emocionales como físicas, como pueden ser el agotamiento tanto emocional como físico, la aparición del síndrome de burnout, de depresión, de sentimiento de inutilidad, de impotencia, contribuyendo todo a la disminución de los niveles de autoeficacia, lo cual aumenta los de sobrecarga, formando una espiral de retroalimentación sobre la que tienen que actuar los profesionales sanitarios, ya sea en su prevención, o facilitando su solución (Pablo-Santiago et al., 2016).

3.4. Papel de enfermería.

Las enfermeras tienen roles importantes y diversos en nuestra sociedad. El rol de enfermera abarca la atención autónoma y colaborativa de todas las personas, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la prestación de atención, la promoción de entornos seguros, la defensa, la investigación, la participación en la formulación de políticas de salud, la gestión

y educación de los sistemas de salud y del paciente (Morrison & Conseil international des infirmières, 2010).

3.4.1. *Enfermería y la comunicación con el paciente y familia/cuidador principal.*

Las deficiencias respecto a conocimientos sanitarios por parte de los pacientes y sus cuidadores es debida a una mala comunicación con el profesional sanitario, acarreando consecuencias tales como peores resultados de salud, tanto de nuestro paciente como familia y cuidadores, menor uso de los recursos de atención médica (ya que es muy probable que no conozcan de ellos), y aumento del uso del servicio de urgencias y hospitalizaciones. Es decir, una mejor comunicación entre profesionales y el binomio paciente-familia se traduce en un mejor conocimiento sanitario por parte de este, lo que conlleva a un mejor manejo y mayor satisfacción personal. (Goldsmith et al., 2019)

Melero-Lacasia & García-Orellán (2016) nos hablan de que históricamente ha sido labor de la medicina la de informar a paciente y familia, pero a lo largo de los años, con la creciente capacitación y desarrollo de la enfermería, se ha llegado a conseguir un puesto de liderazgo y autonomía a la hora de trabajar con el paciente y la familia, siendo el enfermero el que pasa más tiempo con el propio paciente, el que mejor puede conocerlo y cuya relación puede llegar a ser más estrecha, por lo que, ¿quién mejor que tu enfermero de cabecera para ayudarte en todo lo que necesites?.

Algunos autores también consideran la habilidad de comunicación como el núcleo del liderazgo en enfermería, pues es la enfermera quien se ocupa del cuidado de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales, siendo la comunicación con el paciente y su entorno el mejor modo de llevar a cabo su trabajo.

3.4.2. *Enfermería y el envejecimiento saludable.*

"The role of nurses in promoting healthy ageing", es un capítulo de la revista *Collegian* (2019), donde nos enumera una serie de actividades específicamente relevantes para promover el envejecimiento saludable de los mayores incluyen:

- Práctica centrada en la persona y basada en la evidencia científica, promoviendo la toma de decisiones compartidas.
- Promoción de la salud y el bienestar de personas, familias y la comunidad en general.
- Promover y demostrar una visión positiva del envejecimiento, incluido el respeto y la empatía por la persona mayor.
- Conocimiento del sistema de atención a la tercera edad y los servicios disponibles que incluyen, facilitando las transiciones en la atención, incluida la atención aguda, comunitaria y a largo plazo para adultos mayores y sus familias.
- Maximizar los resultados de salud a través del conocimiento del proceso de envejecimiento, afecciones y enfermedades relacionadas con la edad, incluidas afecciones complejas y crónicas, además de la atención preventiva.
- Reconocimiento de la compleja interacción entre las condiciones físicas, mentales, agudas, crónicas además de entre los propios tratamientos.
- Incorporar actitudes, valores y expectativas positivas sobre el envejecimiento físico y mental, tanto a ancianos como a sus familias.
- Compromiso con el empoderamiento del paciente y familia.

Por otro lado, para que enfermería pueda llevar a cabo una adecuada promoción de la salud en la tercera edad, hay ciertos factores que tiene que

conocer y con los que trabajar, ya que como hemos mencionado anteriormente, Lommi et al., (2015) nos muestran en su estudio la necesidad de una mejor comprensión de las actitudes, motivaciones y prácticas de ancianos que viven en el hogar, pues cualquier intervención en el autocuidado que promueva la salud debe ir precedido de una evaluación de las actitudes, creencias hacia la vida y el envejecimiento, ya que con el conocimiento de estos aspectos se podría dirigir intervenciones educativas a modificar actitudes y creencias negativas hacia la vejez, destacando que no es un período de pérdidas sino también de ganancias y que vale la pena vivir plenamente incluso en el las últimas etapas. El nivel de autoestima también debe ser considerado porque puede promover positiva o negativamente las predisposiciones hacia el envejecimiento activo que tenga el anciano. Identificar qué comportamientos deben ser fortalecidos y cuáles deben de modificarse. Conocer la forma de adaptación a los cambios fisiológicos y patológicos que conlleva el envejecimiento, así como conocer también sus redes sociales y de apoyo, ya que son una gran herramienta para favorecer una actitud positiva hacia el proceso de envejecimiento saludable.

3.4.3 Enfermería y la valoración del anciano.

Como ya hemos puesto de manifiesto previamente, al existir múltiples factores influyentes sobre el estado de salud de los ancianos, nuestro papel como profesionales sanitarios es evaluar correctamente todos estos factores y variables influyentes, con el objetivo de obtener una imagen real y objetiva del estado de salud de nuestro paciente, para así poder elaborar un plan de cuidados que abarque todos los problemas reales o potenciales de nuestro paciente. La herramienta necesaria para este objetivo es la realización de una valoración geriátrica integral (VGI). Cervantes Becerra et al. nos definen la VGI como:

Un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar problemas, necesidades y capacidades en el adulto mayor

para identificar la necesidad de cuidados o tratamientos con el objetivo de mejorar su estado de salud (...). Por medio de la consulta médica clásica resulta infravalorado el deterioro que puede llegar a tener el adulto mayor; tanto es así que la valoración geriátrica integral resulta una herramienta para detectar y cuantificar problemas, necesidades y capacidades del adulto mayor en la dimensión médica, mental, funcional y social (2015, p.330-334).

Así mismo, en el estudio ya descrito por Gálvez-Cano et al. nos describen la VGI de tal forma:

Un proceso diagnóstico evolutivo multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que puedan presentar los adultos mayores, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos, a fin de lograr el mayor grado de autonomía y mejorar su calidad de vida. (2016, p.322).

Aclaran que el aspecto multidimensional se refiere a que incluye la evaluación de las distintas dimensiones que determinan el estado de salud del paciente, como son la funcional, afectiva, social, física y cognitiva; así como el aspecto interdisciplinario ya que es necesario de la intervención de varios profesionales para la evaluación y manejo de los problemas, es decir, el equipo encargado del cuidado y manejo del adulto mayor debe estar conformado por un médico, enfermero, trabajador social y fisioterapeuta.

También se resalta que uno de los objetivos del uso de esta herramienta es la identificación de los aspectos positivos con los que cuente el paciente o su familia para superar o manejar las enfermedades y adversidades.

Estos autores señalan que la VGI cobra una gran importancia en pacientes pluripatológicos, complejos y frágiles, ya que con esta herramienta se consiguen identificar mejor los riesgos y déficits del paciente, así como facilitar la elaboración de la intervención más adecuada. Procederemos a indicar los componentes de la valoración geriátrica integral (Tabla 3):

Tabla 3. Componentes de la valoración geriátrica integral.

Factores influyentes en el estado de salud	Escala de valoración	Objetivo
Funcional	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del equilibrio y la marcha: pruebas de Get up and Go y Tinetti. - Índice de Katz. - Índice de Barthel. -Índice de Lawton y Brody. -Escala Física de las actividades avanzadas de Reuben. 	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el nivel de deterioro. - Identificar las causas de tal deterioro. - Evaluar la gravedad de la enfermedad. -Identificar enfermedades que puedan pasar desapercibidas. - Ayudar en el proceso de toma de decisiones a la hora de la intervención.
Mental	<ul style="list-style-type: none"> - Test de Pfeiffer. - Minimental de Folstein. - Escala de depresión de Yesavage. - Escala reducida de cuatro preguntas para evaluar depresión (GDS4). 	<p>Incluye la valoración de dos aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cognoscitivo: nivel de deterioro neurocognitivo. - Afectivo: estado de ánimo (depresión y ansiedad).
Clínico	<ul style="list-style-type: none"> - Historia clínica. - Pruebas de apoyo al diagnóstico: analíticas y pruebas de imágenes. - Valoración nutricional. 	<p>Evaluación del estado físico, comprendiendo: anamnesis, examen físico y pruebas complementarias.</p>
Sociofamiliar	<ul style="list-style-type: none"> -Escala de valoración sociofamiliar (de Gijón). 	<p>Valoración del estado sociofamiliar y económico, incluyendo las condiciones ambientales y redes de apoyo social. Ya que un entorno favorable promueve el envejecimiento saludable.</p>

Fuente: Elaboración propia basada en Gálvez-Cano et al. (2016).

Viendo la importancia del uso de esta herramienta de valoración y aprovechando la rápida inclusión de las nuevas tecnologías en el mundo de la salud, Bautista et al. (2019) nos presentan “GeriatricApp” (Tabla 4), una aplicación móvil para facilitar una adecuada realización de la VGI por parte de

los profesionales. Tal como la verdadera valoración, incluye un abordaje holístico, utilizando los dominios que pueden observarse en la tabla.

Tabla 4. Dominios y principales características de las diferentes pruebas utilizadas en GeriatriApp.

Dominio	Prueba	Característica	Observaciones
Cognitivo	Mini-Cog	S: 76% E: 73% LR+ 3,30 LR- 0,32	
Cognitivo	Mini-Mental State Examination	S: 85% E: 90% LR+ 8,5 LR- 0,16 aROC 0,82	Contribuye al diagnóstico de demencia, pero su uso aislado no permite confirmar o descartar la condición
Emocional	Yesavage	S: 89% E: 77% LR+ 3,869 LR- 0,14 aROC 0,793	Validado para el tamizaje de depresión en el anciano
Funcional	Barthel	S: 90% E: 46% LR+ 1,6 LR- 0,217	Determina el grado de independencia en las actividades básicas de la vida diaria
Fragilidad	Study of Osteoporotic Fractures	S: 17,6% E: 99,5% LR+ 35,2 LR- 0,176	Tiene la capacidad de identificar población en condición de prefragilidad y fragilidad
Comorbilidad	Charlson	Área bajo la curva ROC entre 0,70 y 0,77	Se establece como predictor de mortalidad a 1 y 5 años
Farmacológico	STOPP/START	STOPP HR 2,89 S: 53,8-64,7% E: 47,8-78,1%	El estrategia STOPP permite identificar medicamentos con riesgo aumentado de eventos adversos, promoviendo su desprescripción
Nutricional	Mini Nutritional Assessment	S: 96% E: 98% LR+ 48	Valora el estado nutricional, estratificando de acuerdo con malnutrición y riesgo de malnutrición

Fuente: Extraído de Bautista et al. (2019).

En definitiva, es indiscutible el uso de una VGI para el abordaje de la población anciana más compleja, pero también tenemos que conocer con qué otros recursos más específicos podemos contar a la hora de identificar y abarcar los principales síndromes geriátricos.

Por un lado, en lo que respecta a la detección de la fragilidad en el anciano, contamos con diversos test de interés, entre los que destacan los “Criterios de Fried” (tabla 5) los cuales supusieron un gran avance en lo que respecta al conocimiento y definición de fragilidad, siendo utilizados en multitud de trabajos y estudios de investigación; y el “*Short Physical Performance Battery*” (tabla 6), muy útil para detectar fragilidad y una elevada fiabilidad en la predicción de discapacidad, riesgo de institucionalización y mortalidad (Menéndez-Colino et al., 2017).

Tabla 5. Fenotipo de fragilidad de Fried.

Pérdida de peso no intencionada
Cinco kilogramos o bien > 5% del peso corporal en el último año
Debilidad muscular
Fuerza prensora < 20% del límite de la normalidad ajustado por sexo y por índice de masa corporal
Baja resistencia/cansancio
Autorreferido por la misma persona e identificado por dos preguntas de la escala CES-D (<i>Center Epidemiological Studies-Depression</i>)
Lentitud de la marcha
Velocidad de la marcha, para recorrer una distancia de 4,5 m < 20% del límite de la normalidad ajustado por sexo y altura
Nivel bajo de actividad física
Cálculo del consumo de calorías semanales por debajo del quintil inferior ajustado por sexo
La presencia de 3 o más de estos criterios nos indica fragilidad.

Fuente: extraído de Menéndez-Colino et al. (2017).

Tabla 6. Short Physical Performance Battery.

Pruebas de equilibrio	
Pies uno a cada lado	
< 10 segundos	0 puntos (ir a velocidad de la marcha)
10 segundos	1 punto
Semitándem	
< 10 segundos	0 puntos (ir a velocidad de la marcha)
10 segundos	1 punto
Tándem	
< 10 segundos	2 puntos
3-9,99 segundos	1 punto
< 3 segundos	0 puntos
Velocidad de la marcha (4 m, Incluye arranque)	
< 4,82 segundos	4 puntos
6,20-4,82 segundos	3 puntos
6,21-8,70 segundos	2 puntos
> 8,70 segundos	1 punto
No puede	0 puntos
Levantadas	
≤ 11,19 segundos	4 puntos
11,20-13,69 segundos	3 puntos
13,7-16,6 segundos	2 puntos
≥60 segundos o no puede	0 puntos

Fuente: extraído de Menéndez-Colino et al. (2017).

Dentro de la actuación enfermera para el tratamiento y manejo de la fragilidad en el anciano nos encontramos con el uso de la VGI, además de la creación de un plan de cuidados individualizado que incluya las patologías y tratamientos del paciente, recomendaciones de suplementos nutricionales de

vitamina D, pero sobre todo, recomendaciones de ejercicio físico multicomponente (tabla 7), pues es la intervención más eficaz para retrasar la discapacidad y eventos adversos asociados a la fragilidad (Izquierdo et al., 2014).

Tabla 7. Ejercicios recomendados en persona mayor frágil o dependiente leve (índice de Barthel 60-95).

	Ejercicios de resistencia	Ejercicios de fuerza muscular	Ejercicios de flexibilidad	Ejercicios de equilibrio
Frecuencia	3 días a la semana	2-3 días a la semana	2-3 días a la semana	En todas las sesiones
Duración	5-30 minutos/día	6-8 ejercicios de diferentes grupos musculares 2-3 series de 8-10 repeticiones	10-15 minutos	
Tipo	Andar, nadar, bicicleta, pedaler, caminar en cinta continua, elíptica	Sentadillas, pesas, prensa de piernas, extensión rodillas, máquinas de remo, subir escaleras, cinta elástica	Estiramientos de grupos musculares Yoga, pilates http://www.nhs.uk/Tools/Pages/Exercises-for-older-people.aspx	Posturas que disminuyan base de sustentación: tándem, semitándem, pata coja. Reducción de estímulos: ojos cerrados. Taichí

Fuente: extraído de (Menéndez Colino et al., 2017).

En la figura 3 tenemos un algoritmo que puede sernos de ayuda a la hora del cribado y tratamiento del anciano frágil.

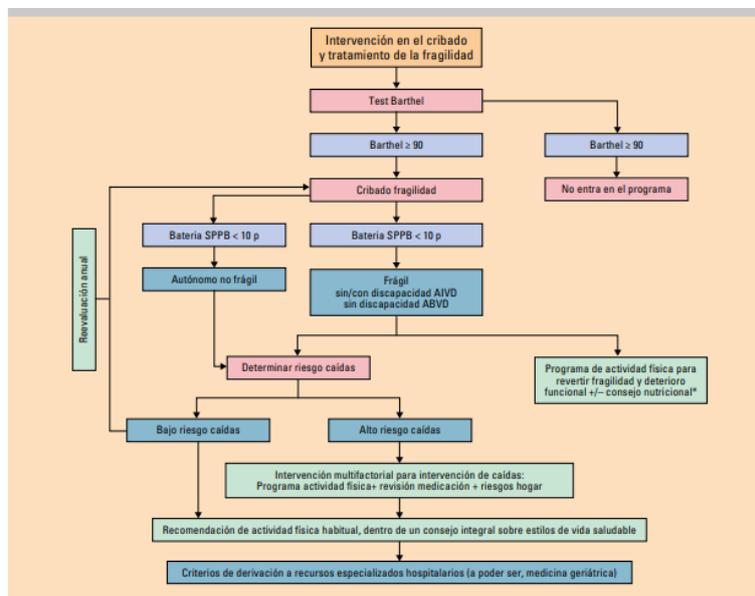


Figura 3. Algoritmo de intervención en el cribado y tratamiento de la fragilidad.

Fuente: extraído de Menéndez-Colino et al. (2017).

Siguiendo con el manejo de los distintos síndromes geriátricos, nos encontramos que para realizar una correcta evaluación del síndrome de inmovilidad, tenemos que realizar una completa anamnesis que incluya los factores desencadenante, una exploración física, además de la evaluación de la marcha (con el test get up and go y la velocidad de la marcha) y evaluación de la movilidad (examinando la movilidad en la cama, capacidad de girar, transferencias cama-sillón y capacidad de pasar de sedestación a bipedestación) (Menéndez-Colino et al., 2017).

Estos autores también destacan que el tratamiento de este síndrome va más encaminado a prevenir y/o tratar las posibles complicaciones, aunque también para revertir el grado de inmovilidad. Las intervenciones deben ser llevadas a cabo por un equipo interdisciplinar y centrarse en promocionar el ejercicio físico multicomponente (tabla 8) e individualizado a la situación de movilidad de cada paciente, pues se ha demostrado que el ejercicio físico ayuda a prevenir o controlar las complicaciones de la inmovilidad, mejora la fuerza muscular, reduce el dolor, aumenta la masa ósea y los niveles de colesterol HDL así como disminuye los niveles de ansiedad y depresión (Izquierdo et al., 2014), además de eliminar las barreras arquitectónicas que haya en el domicilio principalmente. La figura 4 muestra un algoritmo de actuación para la evaluación y tratamiento del paciente con síndrome de inmovilidad.

Tabla 8. Ejercicios recomendados en personas mayores inmovilizadas.

	Ejercicios de resistencia	Ejercicios de fuerza muscular	Ejercicios de flexibilidad	Ejercicios de equilibrio
Frecuencia	Diario	Diario	Diario	Diario
Duración	10-30 repeticiones	10-30 repeticiones	10-30 repeticiones de 10-30 segundos cada una	Según tolerancia
Tipo	Extensión repetida de piernas y brazos contra resistencia, pedalier	Elevación de la pelvis, flexión plantar, separación de rodillas contra resistencia, gomas elásticas, pasar el balón	Estiramiento y flexión de grupos musculares (extremidades, cuello, espalda)	Sedestación sin apoyo de la espalda. Valorar bipedestación

Fuente: extraído de (Menéndez-Colino et al., 2017).

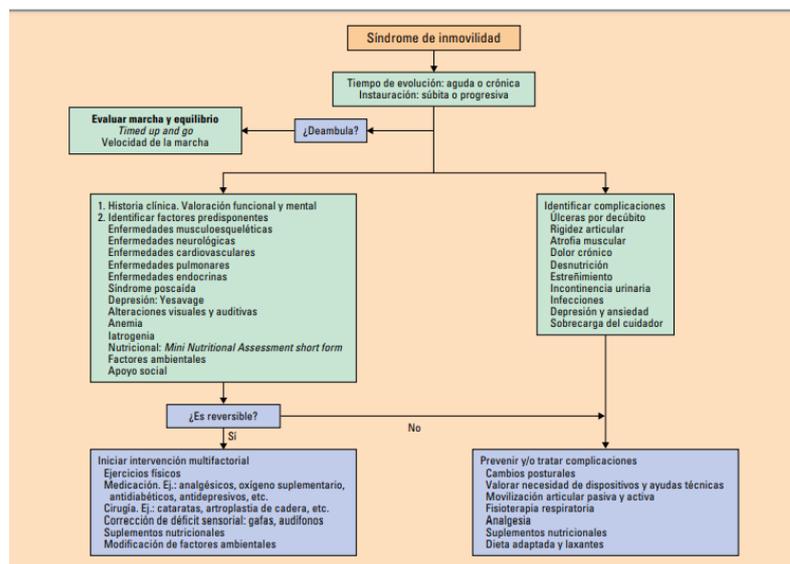


Figura 4. Algoritmo de evaluación y tratamiento del paciente con síndrome de inmovilidad.

Fuente: extraído de (Menéndez Colino et al., 2017)

Por último, tenemos que afrontar las caídas en la población anciana, siendo necesario someter a cualquier mayor de 65 años a un screening, una valoración multifactorial sobre el riesgo de caídas (evaluación de la marcha, historial de caídas, circunstancias acompañantes, comorbilidad, tratamiento farmacológico etc). En la figura 5 obtenemos un algoritmo de actuación para valoración y tratamiento del riesgo de caídas. Importante destacar que a la hora de evaluar la marcha, existen dos parámetros importantes a tener en cuenta: el test de *timed up and go* y la velocidad de la marcha (Barry et al., 2014).

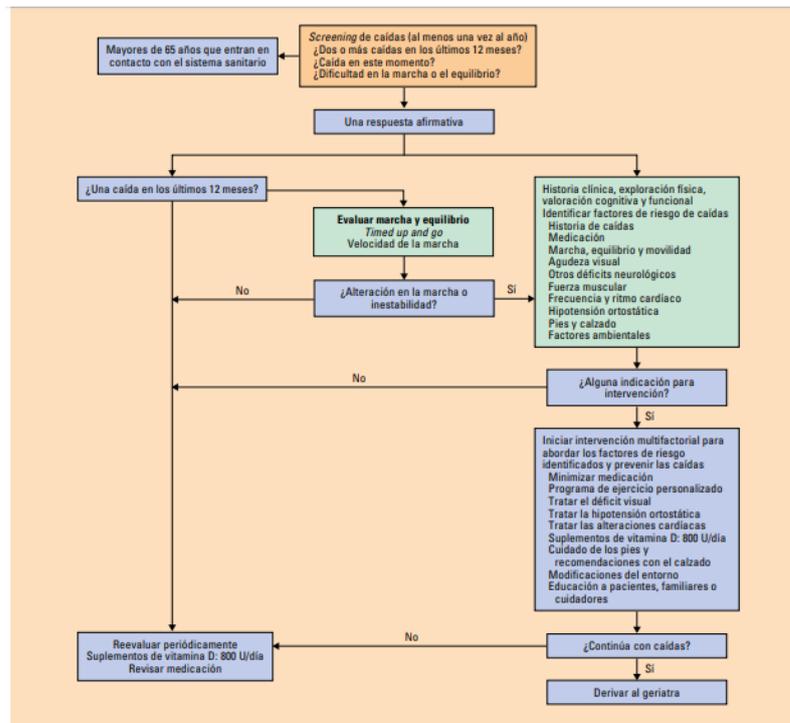


Figura 5. Algoritmo de evaluación y tratamiento en pacientes con riesgo de caídas.

Fuente: extraído de Menéndez-Colino et al. (2017).

Ante la situación planteada, nos queda mencionar las posibilidades de tratamiento, como son la promoción del ejercicio físico multicomponente (tabla 8), a realizar de forma progresiva y supervisada, ya que el ejercicio puede aumentar el riesgo de caídas en personas con limitación de la movilidad; suplementos de vitamina D (800-1000 UI diarias); eliminar barreras arquitectónicas del domicilio, intentar reducir el número de fármacos, pues tanto la polifarmacia como los psicofármacos aumentan el riesgo de caídas; y llevando un control y manejo de la hipotensión ortostática (Pasquetti et al., 2014).

3.4.4. Enfermera Gestora de Casos (EGC).

La enfermera gestora de casos o enfermera de práctica avanzada es definida por Case Management Society of America como:

El profesional sanitario encargado de proporcionar cuidados excelentes a las personas con necesidad de cuidados complejos, dependencia y

fragilidad, de forma personalizada, potenciando las actividades preventivas que fomenten el autocuidado y la mejora de su calidad de vida, colaborando con todos los profesionales que intervienen en el proceso para conseguir un manejo adecuado de su salud teniendo en cuenta las preferencias de la persona, fomentando el acompañamiento, minimizando elementos de fragmentación, discontinuidad y/o duplicidad en la asistencia, a través de la toma de decisiones compartidas, y con el uso de los recursos disponibles, para promover una atención de calidad, segura y coste-efectiva. (2016, p.11)

Otra definición que nos aporta Gallud et al. sobre el papel de la enfermera de práctica avanzada es:

La EGC en AP realiza una captación proactiva de las personas con enfermedad crónica compleja y avanzada (ECCyA) para adecuar la atención y asegurar equidad en la atención domiciliaria, garantiza la continuidad asistencial, es soporte en el equipo y referente en cuidados, activa y coordina los circuitos y rutas asistenciales en las transiciones, evitando así hospitalizaciones inadecuadas (2012, p.3)

En definitiva, una enfermera gestora de casos es la que se encarga de crear a medida las rutas asistenciales específicas para los pacientes crónicos complejos, es decir, la que se encarga de definir qué, quién, cómo, cuándo y dónde debe realizarse el paciente una intervención o realizar alguna actividad; asegurar una adecuada integración de toda la asistencia de la que requiera el paciente. Coordinación dentro del sistema sanitario y con los servicios sociales. Lo cual es de una gran ayuda porque facilita mucho la labor de autocuidado del paciente y familia, aumentando la satisfacción de los mismos, evitando el componente de sobrecarga de estar cuadrando citas con diferentes especialistas, manejo de medicaciones, distintas pruebas y revisiones etc. (Miguélez-Chamorro et al., 2019).

Sin embargo, es necesario establecer un marco jurídico y normativo que consolide la gestión de casos, en el que se definan las competencias profesionales para todas las comunidades autónomas por igual, pues las hay que incluso retiraron esta figura, mientras que solo Baleares, Canarias (pionera

en incorporar esta figura), Cataluña, Murcia, Navarra, País Vasco y Valencia tienen determinadas las funciones específicas de la enfermera gestora de casos. Esto permitirá seguir aportando calidad y seguridad, sin variabilidad, con la mejor evidencia en los procesos de las personas con enfermedades crónicas (López-Vallejo & Puente-Alcaraz, 2019).

Estos mismos autores afirman que si tuviésemos que definir las funciones de la enfermera de práctica avanzada, tendríamos que basarnos en los protocolos y manuales de las comunidades anteriormente mencionadas, las cuales sí que recogen las funciones asignadas. De esta forma, las competencias que podemos identificar y que definen a una enfermera gestora de casos son: la capacidad de trabajar en equipo interdisciplinar y de proveer cuidados avanzados, saber manejar conflictos, disponer de habilidades comunicativas y motivacionales y dirigirlas al paciente y familia, así como pensamiento crítico e inquietudes hacia la innovación y la investigación.

Por otro lado, Fraile Bravo nos expone las siguientes competencias que requiere una enfermera de práctica avanzada:

- Habilidades de intervención y evaluación: identificar a pacientes crónicos susceptibles de gestión de casos.
- Capacidad de uso de metodología enfermera: valoración integral del paciente, su cuidador y su entorno, elaborar planes de cuidados de acuerdo con la situación y complejidad del paciente.
- Habilidades de conciliación de medicación.
- Desarrollo de una práctica clínica avanzada y pensamiento crítico.
- Habilidades de comunicación, así como en el uso de los sistemas y tecnologías de la información.
- Capacidad para identificar y aplicar la mejor evidencia científica disponible.
- Habilidades gestoras, directivas y de liderazgo, así como docentes e investigadoras.

- Habilidades de integración del conocimiento. (2015, p.2)

En definitiva, podemos afirmar que el objetivo de los equipos interdisciplinarios de gestión de casos es contribuir a la mejora de la integración de los servicios y gestión de procesos, especialmente centrando la atención en los cuidados y la atención al alta hospitalaria del paciente. Esta metodología se basa en una atención al paciente por parte de equipos interdisciplinarios y respaldados por servicios sanitarios y sociales. Por esto, favorece la disminución del número de hospitalizaciones, el retraso de la institucionalización del paciente, así como mejorar el grado de satisfacción del mismo con el sistema y reducir la carga del cuidador (Garcés & Ródenas, 2015).

3.4.5. Implementación del papel de la Enfermera Gestora de Casos en el Región de Murcia.

El modelo de gestión de casos se implantó en nuestra región el 1 de junio de 2010 con dos enfermeras gestoras de casos, una en la zonas básicas de salud de Abarán y Blanca y otra en la zona básica de salud de Cieza. El objetivo es cumplir una metodología de trabajo basada en la gestión por procesos, la cual constituye una visión estratégica de trabajo. Considera la visión del cliente como prioritaria. Esta es una herramienta de trabajo clave para un modelo de atención integrada, además de aportar la calidad requerida para la optimización de resultados, adaptación de las necesidades de los pacientes, así como la mejora de la satisfacción de los profesionales. En la figura 6 podemos observar una representación de lo que supondría trabajar con una metodología de gestión por procesos. Destacamos los componentes esenciales de la atención, en el orden en que se llevan a cabo: Captación de los pacientes susceptibles de gestión de casos, Valoración, Planificación de su atención y cuidado, Coordinación entre niveles asistenciales y profesionales, Formación y Evaluación (Jiménez et al., 2014).

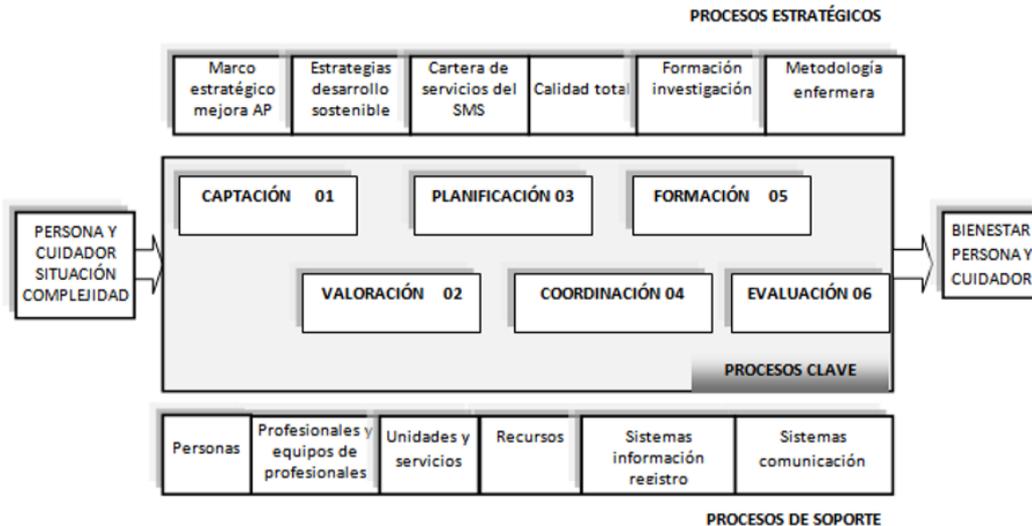


Figura 6. Gestión por procesos.

Fuente: Extraído de Jiménez et al. (2014).

Estos autores añaden que la creación de las Gerencias Únicas por parte del Servicio Murciano de Salud (SMS), han facilitado la unificación de las gerencias de Atención Primaria con las de Atención Hospitalaria, lo que se traduce en el ofrecimiento de una atención integral respecto a la necesidades de salud de la población, considerando la atención como un proceso longitudinal.

A propósito del estudio que realizaron Jiménez et al. (2014) (del cual ya expusimos anteriormente algunos resultados) sobre la población de la Región de Murcia tras un año de la implementación de estas dos enfermeras de gestión de casos, concluyeron que desde la incorporación de esta figura se ha visto mejorado el registro de las valoraciones por patrones en OMI, tanto de los pacientes, como de sus cuidadores principales, lo cual favorece un mejor conocimiento sobre la situación personal y familiar de nuestro paciente.

3.4.6. Atención primaria: situación actual y retos para el futuro.

El aumento de patologías crónicas debido al envejecimiento poblacional, junto con los cambios hospitalarios, tales como la creación de unidades de

corta estancia u hospitales de día con el objetivo de reducir hospitalizaciones, costes y evitar complicaciones médicas a los pacientes, ha hecho que, como afirman Arroyo de la Rosa & Bayona Huguet (2019), la atención domiciliaria por parte de Atención Primaria sea un tipo de asistencia que daba imponerse, ya que no existe un entorno de atención más adecuado que el domicilio, pues donde el paciente se encuentra reconfortado, donde nacen todos los hábitos y conductas tanto saludables como no tan saludables y donde se puede trabajar con toda la familia. Sin embargo, Atención Primaria actualmente tiene que hacer frente a numerosas dificultades como la sobrecarga asistencial, infrafinanciación presupuestaria y de recursos humanos, la escasez de especialistas en enfermería familiar y comunitaria y el mínimo despliegue de su potencial o la competencia que pueden suponer los intereses de los servicios hospitalarios, además del mercado del ámbito privado. Sin olvidarnos de la falta de comunicación y coordinación entre Atención Especializada y Atención Primaria, lo cual afecta negativamente a la eficiencia del sistema y a la seguridad del paciente.

Atención Primaria necesita un impulso basado en tres pilares: la mejora de los presupuestos, el establecer objetivos claros respecto a plazos y presupuesto para cada acción para la mejora del sistema, y por último, la participación de los actores implicados; ciudadanos y profesionales. La atención domiciliaria del siglo XXI precisa de un liderazgo por parte de Atención Primaria, que debe practicar un abordaje multidisciplinario, holístico y usando herramientas basadas en la evidencia que garanticen la eficiencia, calidad y las decisiones compartidas con nuestros pacientes (Bayona-Huguet et al., 2018).

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

Para el desarrollo del presente trabajo fin de grado se ha llevado a cabo un diseño de investigación cualitativa de tipo “Estudio de Caso”.

4.2. Sujeto del estudio.

Hombre de 83 años, anciano crónico complejo cuyo motivo de ingreso hospitalario fue retención urinaria, formando globo vesical, con posterior diagnóstico de hipertrofia benigna de próstata. Se recurrió a un sondaje vesical permanente como medida terapéutica, dándole posteriormente el alta y pendiente de nueva valoración por parte de urología para realizar una resección transuretral (RTU). Actualmente recibe cuidados domiciliarios por parte del equipo de Atención Primaria.

4.3. Ámbito y Periodo del estudio.

El estudio se realizó por parte del personal de enfermería en un centro de salud periférico del Área de Salud VI de la región de Murcia. En un periodo que estuvo comprendido en dos fases: la primera compete al periodo de recogida de información, siendo del 4 de Septiembre de 2019 al 25 de Octubre del 2019, durante el cual se mantuvo el contacto con el paciente, llevándose a cabo la recogida y análisis de sus datos clínicos, así como una exhaustiva revisión bibliográfica pertinente en base al plan de cuidados personalizado de enfermería; mientras que la segunda fase se corresponde con el análisis de la información y elaboración de la memoria escrita, siendo desde el 25 de Octubre de 2019 hasta el 31 de Marzo de 2020.

4.4. Procedimiento de recogida de información

4.4.1. Fuente de información.

El procedimiento de recogida de información ha contado con fuentes tales como la historia clínica del paciente, examen físico, observación directa del paciente y familia, registros de evolución médica y enfermera, entrevista con paciente y familia, la cual nos facilitó el desarrollo de una valoración enfermera holística basada en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, y una revisión bibliográfica.

4.4.2. Procedimiento de información.

Una vez obtuvimos la autorización del paciente y familia para llevar a cabo este estudio, garantizando durante todo el proceso el mantenimiento de la confidencialidad, privacidad y anonimato de sus datos personales, procedimos a realizar la recogida de los mismos. El día de nuestra primera revisión a domicilio procedimos a través de una pequeña entrevista con nuestro paciente y su hija, su cuidadora principal, además de con la exploración física y psicosocial.

Posteriormente accedimos a la historia clínica y registros de evolución médica y enfermera para comprobar antecedentes personales, familiares, tratamiento farmacológico, todas las patologías de base etc, para así complementar la información obtenida directamente del paciente y familia. Uniendo toda la información elaboramos una valoración enfermera basada en los 11 patrones de Marjory Gordon, identificando patrones alterados y obteniendo a partir de los mismos, los distintos diagnósticos enfermeros, intervenciones y actividades necesarias para realizar finalmente un plan de cuidados adaptado al paciente.

Por último, se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica, en las siguientes Bases de datos: Cuiden, Dialnet, Scielo, ScienceDirect,

EBSCO, Elsevier, ClinicalKey e Index. Utilizando los descriptores en español (DeCS): anciano frágil, envejecimiento, polimedicación, cuidados informales, burnout, fragilidad, multimorbilidad, atención primaria de salud, resiliencia y gasto sanitario. También se usaron los siguientes descriptores en inglés (MeSH): elderly people, frail elderly, polypharmacy, caregivers, resilience, multimorbidity, primary care, medicalization, health care expenditures, informal care, y overload

4.4.3. Procesamiento de los datos.

Los datos han sido analizados y organizados en base a la metodología enfermera, es decir, elaborando un proceso de atención enfermera utilizando el modelo de Marjory Gordon (Gordon, 2006) para realizar una valoración estratificada en 11 patrones, gracias a los cuales podemos discriminar diferentes diagnósticos enfermeros, gracias a la taxonomía NANDA (NANDA International & Herdman, 2014), eligiendo el más importante de ellos gracias a un análisis crítico mediante el uso del modelo AREA de (Pesut & Herman, 1999) .

Posteriormente establecimos una serie de objetivos para nuestro diagnóstico enfermero según el modelo NOC (Moorhead, 2014), además de describir y analizar las intervenciones según el modelo NIC (Bulechek et al., 2014). Gracias a la consecución de todo este proceso se logró de una manera correcta la realización de un plan de cuidados enfermero.

Tras la revisión de la literatura científica, los artículos encontrados en las bases de datos anteriormente mencionadas fueron clasificados y seleccionados según los criterios de interés y objetivos del presente trabajo.

Cuadro 1. Selección de documentos de lectura crítica.

Bases de Datos.	Número de artículos seleccionados.
Elsevier	20
Scielo	18
ScienceDirect	8
Dialnet	3
EBSCO	2
ClinicalKey	3
Número total de artículos	54

Fuente: Elaboración propia.

5. RESULTADOS.

5.1 Descripción del caso.

Hombre de 83 años que comienza a recibir visitas domiciliarias para cuidados del sondaje vesical permanente así como de los genitales y zona perianal tras alta hospitalaria. Acudió a urgencias debido a una reagudización de EPOC manifestado por disnea, sibilantes audibles y trabajo respiratorio. Dentro de todas las pruebas realizadas, el TAC mostró la formación de un gran globo vesical, (con la consiguiente distensión de la vejiga), por encima del nivel umbilical y acompañado de hidronefrosis bilateral grado I-II, secundario a hipertrofia benigna de próstata. El paciente refería polaquiuria y nicturia importantes, tenesmo vesical y variabilidad en la fuerza del chorro.

Dado el cuadro clínico, se procedió a sondarlo, extrayendo en total 2.500 ml de diuresis. La evolución posterior fue favorable, tolerando dieta, sin dolor abdominal y con cifras de creatinina normales. Se introduce al paciente en lista de espera para intervención de resección transuretral. Dada la mejoría se procedió al alta, con el siguiente tratamiento:

- Cuidados del sondaje vesical permanente hasta valoración de urología.
- Cuidados de genitales y zona perianal.
- Control ambulatorio de TA y si TAS >140 mm Hg, reiniciar MicradisPlus al medio día.
- Suspender Carduran 8mg
- Iniciar Omnic 1 comprimido por la noche
- Tomar el resto del tratamiento crónico con normalidad.

Situación actual. Hombre viudo que vive con una de sus dos hijas, las cuales se turnan para llevar a cabo sus cuidados y atender sus necesidades. La vivienda se localiza en un bajo, sin escalones ni barreras arquitectónicas

que dificulten el desplazamiento. También se encuentra acomodada a las necesidades de nuestro paciente (pasamanos, silla en el pie de ducha, muebles al alcance...).

Se trata de un hombre que aun no siendo un paciente inmovilizado, va a requerir de visitas domiciliarias, favoreciendo así su recuperación y evitando posibles incidencias ya que es portador de sonda vesical. Es un hombre colaborador y bastante activo, que sale a la calle y camina ayudándose de un bastón. En sus condiciones actuales, pese a las dificultades para mantener la marcha, ayudándose de dispositivos se levanta solo y da pequeños paseos a lo largo del interior de su casa. Independiente para todas las ABVD.

Tiene un adecuado conocimiento acerca de su estado, sus patologías y de la importancia de llevar un adecuado control para favorecer la adherencia al tratamiento.

Antecedentes previos de interés:

- Obesidad.
- HTA.
- Diabetes Mellitus 2 insulino dependiente.
- EPOC.
- Fibrilación auricular permanente anticoagulada con Sintrom.
- Exfumador desde hace 30 años.
- No refiere hábitos tóxicos.
- No alergias medicamentosas.
- Hipospadia.

Tratamiento crónico: Sintrom 1mg según calendario; MicardisPlus ½ - 0-0; Seguril 40 mg 1-0-0; Atrovent 2 inh/12 horas ; Humalog kwikpen 8-8-0; Lantus 22-0-0 ; Cardurán neo 8mg 0-0-1; Emconcor 2,5 mg 1-0-1; Omeprazol

20 mg 1-0-0 ; Ventolín inh si precisa; Deprax 100 mg 0-0-1; Efferalgan 1g si dolor.

5.2. Valoración del caso

Patrón 1: Percepción- Manejo de la salud

Patrón **Alterado**: Dependencia moderada y alto riesgo de caídas.

(28-09-2019)

Buena higiene en general, tanto del paciente como de la casa.

Último ingreso en Medicina Interna del 08-08-19 al 19-08-19.

No presenta alergias medicamentosas.

Tanto el paciente como sus hijas llevan el tratamiento farmacológico controlado.

Presenta un test de levántate y anda con una puntuación de 3 (Posible situación de riesgo de caídas). El paciente ya usaba bastón como sistema de apoyo, pero debido al último episodio sufrido y al ser portador de sondaje vesical, la movilidad se encuentra reducida.

Además cuenta con una puntuación de 4 en el test de Barber, indicando una posible situación de riesgo, aunque nosotros vamos a considerarlo como anciano de riesgo o anciano frágil ya que reúne algunos de los criterios seleccionados por la OMS para clasificarlo como tal: tiene más de 80 años, ha sido hospitalizado en los últimos 3 meses, es ligeramente dependiente y se encuentra polimedicado (OMS, 2015).

Bercep. de salud (Anc.) | Valoración general

Peso (84 - 6/07/2017) Talla (158 - 6/07/2017) IMC (33,648 - 6/07/2017) Temp

TAS (139 - 26/09/2019) TAD (80 - 26/09/2019) F.C. (83 - 4/03/2019) F.R.

Hig. personal Buena Hig. vest./arreglo Adecuado Vacunas Completa

Hig. boca Adecuada Hig./seq. vivienda Buena Revisiones Completa

Prob./salud [nt] Sí No

Tipo problema Nivel cuidados Adecuada Conocimientos Adecuada Actitud Aceptación

Hábitos tóxicos Sí No

Tabaco Sí No (N - 29/03/2019) Cig./día

Alcohol Sí No (1 - 5/09/2008) Gr./sem

Drogas Sí No

Café/alc. Sí No

Tto. farma. [nt] Sí No Adhesión tto Adecuada (S - 31/10/2008) Polimedición Sí No

Ind. terap. Sí No Adhesión ind. Sí No Automedicación Sí No

Actitud terapia Interés Alergias Sí No Seg. medicación Sí No

Caidas [nt] Sí No Accidentes Sí No

Prob. movilidad Sí No Sist. ayuda Sí No Test "Lev. y anda"

Nº Ingresos [nt] Causa Anc. Sin Riesgo [nt]

Prev. accident. Sí No Test Barber [nt] Anc. Riesgo [nt]

COMENTARIOS:

RESULTADO

Cons. medicación [nt] (1 - 29/03/2019)

C. prev. accidentes [nt]

Cons. hig. personal [nt]

Aceptar Cancelar

Imagen 1. Patrón 1: Percepción - Manejo de salud.

Fuente: OMI-AP.

B	C	D	E	F	G	H
TEST DE LEVÁNTATE Y ANDA (GET UP AND GO)						
<p>Se coloca al paciente confortablemente sentado en una silla con brazos situada a 3 metros de la pared y se le insta a que se levante sin utilizar las manos, permanezca un momento de pie, camine hacia la pared, gire sin tocar la pared, vuelva hacia la silla, gire alrededor de ésta, y se siente sin utilizar las manos. Deberá tenerse en cuenta el equilibrio, la velocidad de la marcha, la longitud del paso, su altura y frecuencia... El paciente puede utilizar apoyos (andador, bastones...) si los utiliza habitualmente.</p>						
Este Test se valora Subjetivamente						
<p><input type="radio"/> Sin evidencia de riesgo de caídas</p> <p><input type="radio"/> Levemente anormal</p> <p><input checked="" type="radio"/> Moderadamente anormal</p> <p><input type="radio"/> Severamente anormal</p> <p><input type="radio"/> Claro riesgo de caídas durante el test</p>						
VALORACIÓN DEL TEST "LEVÁNTATE Y ANDA"						3

Imagen 2. Test "Get up and go"

Fuente: OMI-AP.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico.

Patrón **Alterado: Sedentarismo y alteración de la integridad cutánea.**

(28-09-19)

El paciente presenta una buena alimentación tanto en cantidad como en calidad, siempre teniendo en cuenta las posibles restricciones respecto a su tratamiento con Sintrom, con insulina etc.

Consideramos el sedentarismo ya que actualmente el hombre únicamente puede desplazarse de la cama al sillón y caminar por el interior de su casa, cuando anteriormente podía salir a la calle y darse paseos por el pueblo, siempre con sistemas de apoyo como un bastón y/o con ayuda de su hija.

Por otro lado, nuestro paciente presenta alteración de la piel, con enrojecimiento pero sin signos de picor en la zona perineal, sobre todo en el escroto. También presenta alteración de la integridad tisular en la zona del meato urinario donde se encuentra introducida la sonda vesical, al tener una hipospadia, hay que tener más precaución con la manipulación y los cuidados de dicha sonda ya que está en una posición en la que tiene más contacto con la piel de la zona y cualquier desviación, por ligera que sea, conlleva un riesgo añadido de generar una herida o úlcera.

Presenta una puntuación de 18 en la Escala de Norton ya que nuestro paciente tiene un buen estado físico general, está consciente y orientado, aunque su movilidad se ve un poco disminuida debido a que ya no puede deambular libremente (aunque siempre se haya ayudado como mínimo de su bastón) por ser portador de un sondaje vesical; supone una condición limitante, no porque su cuerpo ya no admita el grado de movilidad que tenía anteriormente, sino porque evita deambular demasiado para evitar cualquier riesgo respecto al catéter vesical: salida, rotura etc.

Respecto a la cuestión de ser continente o no, existe controversia respecto a si se considera incontinente a un paciente portador de sondaje vesical. Mi razonamiento ha sido que este usuario ha pasado por una retención

urinaria secundaria a hipertrofia benigna de próstata, una obstrucción anatómica, no por alteraciones del arco reflejo de la micción, del músculo detrusor que provoca la contracción de la pared de la vejiga, o de los esfínteres propiamente. Si se le retirase al paciente la sonda vesical, controlaría la micción, notaría que tiene ganas de ir baño y llegaría sin problemas, eso sí, a la hora de orinar sólo podría hacerlo gota a gota ya que la obstrucción de la uretra le impide evacuar con la fuerza y cantidad normal del chorro de orina.

Se decidió a colocarle un sondaje vesical como modo terapéutico para contrarrestar el globo vesical que estaba formando el taponamiento de la uretra. Lo cual es temporal ya que el paciente está esperando a que le avisen del hospital de referencia para ser intervenido de un resección transuretral.

Nutrición-Metaból. (Anc) | Valoración general

Peso: 0,00 (09 - 28/09/2019) Talla: 0,0 (158 - 28/09/2019) IMC: 0,00 (35,651 - 28/09/2019) Temp.: 0 (37 - 28/09/2019)

Comidas/día: 5 Lugar comidas: Casa Horario fijo: Sí No
 Alm. adec. [n]: Sí No Líquido/día (ml.): 2.000 Vitaminas: Sí No

Prob. Boca Sí No
 Caries Sí No
 Úlceras Sí No
 Inflamación Sí No

Prob. Comer Sí No
 Masticar [n]: Sí No
 Pn. tragar Sí No
 Sonda NG Sí No

Prob. Dieta Sí No
 No equilibrada Sí No
 Insuficiente Sí No
 Entre horas Sí No
 Láct. escasos Sí No
 Gens. abundan. Sí No

Otros Problemas Sí No
 Sint. digest. Sí No
 Dependencia Sí No
 Inapetencia Sí No
 Alt. peso Sí No
 Intole. alimen. Sí No
 Come s/hambre Sí No
 Sedenarismo Sí No

Test Norton: 10 Estado nutricional: Normal

Alt. Piel Sí No
 Alt. integridad Sí No
 Frag. capilar Sí No
 Def. hidratación Sí No
 Calor al tacto Sí No

Sig. rascado Sí No
 Dermatitis Sí No
 Prurito Sí No
 Frialdad Sí No

Palidez Sí No
 Edemas Sí No
 Cicatrización Sí No
 Enrojecimiento Sí No

COMENTARIOS: sedenarismo por estar de la cama al

Cons. Alimentación [n] (1 - 29/03/2019)

RESULTADO: Patrón alterado

Botones: Aceptar Cancelar

Imagen 3. Patrón 2: Nutricional - Metabólico.

Fuente: OMI-AP.

TEST DE NORTON				
Estado Físico General	<input checked="" type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Mediano	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Muy malo
Estado Mental	<input checked="" type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Apático	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Estuporoso / Comatoso
Movilidad	<input type="checkbox"/> Total	<input checked="" type="checkbox"/> Disminuida	<input type="checkbox"/> Muy limitada	<input type="checkbox"/> Inmóvil
Actividad	<input type="checkbox"/> Ambulante	<input checked="" type="checkbox"/> Camina con ayuda	<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/> Encamado
Incontinencia	<input checked="" type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ocasional	<input type="checkbox"/> Urinaria o fecal	<input type="checkbox"/> Urinaria + fecal
Riesgo mínimo / no riesgo			Total puntos	18

Imagen 4. Test de Norton.

Fuente: OMI-AP

TEST DE BARBER	
Marcar la casilla sólo si la respuesta es "Sí"	
<input type="checkbox"/> ¿Vive solo?	
<input type="checkbox"/> ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?	
<input type="checkbox"/> ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?	
<input checked="" type="checkbox"/> ¿Necesita de alguien que le ayude a menudo?	
<input checked="" type="checkbox"/> ¿Le impide su salud salir a la calle?	
<input checked="" type="checkbox"/> ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?	
<input type="checkbox"/> ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?	
<input type="checkbox"/> ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?	
<input checked="" type="checkbox"/> ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?	
Posible Situación de Riesgo	Total contestaciones afirmativas 4

Imagen 5. Test de Barber.

Fuente: OMI-AP.

Patrón 3: Eliminación

Patrón **Alterado**: Retención urinaria.

(28-09-19)

El paciente no presenta ningún problema a la hora de defecar, pero sí a la de orinar. Debido a la retención urinaria secundaria a la hipertrofia prostática, acompañándose de polaquiuria, nicturia y tenesmo vesical, se procedió en el hospital a sondar al paciente, estado actual en el que se encuentra, ya sin molestias abdominales. Al ser portador de una sonda vesical, no es posible hacer un recuento de micciones. La cantidad, olor y color de la orina es completamente normal. No presenta ningún problema de eliminación cutánea.

The screenshot shows a medical assessment form titled 'ELIMINACIÓN (Anciano)' with a sub-tab 'Valoración general'. It is divided into three main sections: 'INTESTINAL', 'URINARIA', and 'CUTÁNEA'.
INTESTINAL: Includes fields for 'Deposic./sem.' (5), 'Consistencia' (Duras), and 'Color' (Normal). It lists various symptoms like 'Dolor defecar', 'Dolor abdomen', 'Dol. abdomen', 'Sangre heces', 'Flatulencia', 'Incontinencia', 'Fisuras', 'Fiscomas', 'Hemorroides', and 'Ruidos intest.' with 'No' selected for all. It also includes 'Sist. de ayuda' (No) and 'Laxantes', 'Supositorios', 'Enemas', 'Ostomía' (No).
URINARIA: Includes 'Micciones/día' (0) and 'Caract. orina' (Normal). It lists symptoms like 'Incontinencia', 'Disuria', 'Escorzo', 'Retenciones', 'Globo vesical', 'Goteo', 'Poliuria', 'Polaquiuria', 'Oliguria', and 'Nicturia'. 'No' is selected for all. It also includes 'Sist. de ayuda' (No) and 'Absorbentes', 'Colector', 'Sonda vesical', 'Urostomía' (No).
CUTÁNEA: Includes 'Prob. eliminación cutánea' (No) and lists 'Sudor copioso', 'Olor corporal', 'Drenajes', and 'Heridas exudativas' (No).
COMENTARIOS: A text field contains 'portador de sonda vesical por previa r'. Below it, a dropdown menu for 'RESULTADO' is set to 'Patrón alterado'.
At the bottom right, there are 'Aceptar' and 'Cancelar' buttons.

Imagen 6. Patrón 3: Eliminación.

Fuente: OMI-AP

Patrón 4: Actividad - Ejercicio

Patrón Alterado: Parcialmente dependiente y problemas de salud limitantes.

(28-09-19)

El hombre se encuentra parcialmente dependiente ya que sólo necesita ayuda para caminar (bastón o con alguna persona) y para el aseo personal, es por esto que presenta una puntuación de C en el test de Katz.

Se encuentra con enfermedades que pueden resultarles limitantes para su vida pues padece de EPOC, DM insulino dependiente, obesidad, HTA, además de haber sufrido una ICC y encontrarse en tratamiento con Sintrom.

Decimos que presenta síntomas respiratorios debido a la disnea y alteraciones de la respiración resultantes del EPOC que sufre. El paciente no refiere disnea, pero como sufrió una reagudización secundaria al globo vesical y hace poco que le dieron el alta hospitalaria, creemos conveniente estar alerta ante otra posible crisis.

No hace ejercicio físico porque en su estado le resulta casi imposible, aunque intenta caminar lo que puede por el interior de su casa. Aún así mantiene sus actividades de ocio como son ver la televisión, visita de amigos etc.

Obtiene una puntuación de 75 en la Escala de Barthel ya que el paciente requiere de ayuda para ducharse porque refiere no sentirse seguro, entre la bolsa de la orina y estar cerca de una semana hospitalizado, realizándole el personal el aseo, tiene miedo de caerse y de hacer un manejo incorrecto del catéter. Al igual que necesita un poco de ayuda para realizar tareas de vestido como ponerse los pantalones, ayuda para trasladarse de la cama al sillón y para deambular.

Destacando que aunque sea portador de sondaje vesical, no es porque sea incontinente, sino que se trata de una medida terapéutica para el tratamiento de la retención urinaria y evitar que forme otro globo vesical, como ya hemos dicho anteriormente.

ACTIV.-EJERCICIO (Anc.) | Valoración general

TAS [0] (139 - 28/09/2019) TAD [0] (80 - 28/09/2019) F.C. [0] (62 - 28/09/2019) F.R. [0] (13 - 28/09/2019)

Dependiente Sí No
 Def. motoras Sí No (5 - 28/09/2019)
 Def. sensorial Sí No
 Def. emocional Sí No

Sint. Respiratorios Sí No
 Tos ineficaz Sí No
 Disnea Sí No
 Cianosis Sí No
 Ortopnea Sí No
 Ruidos respiratorios []

Sint. Físicos Sí No
 Barreras ambientales Sí No
 Falta de recursos Sí No
 Parálisis, paresias Sí No
 Prob. salud limitantes Sí No

Consorcio excesivo Sí No
 Hipotonía muscular Sí No
 Inmovilizaciones Sí No
 Claudicación intermitente Sí No
 Pulsos periféricos []

Barthel [nk] [75] (100 - 1/06/2019) Barber [nk] [4] (4 - 28/09/2019) Katz [nk] []

EJERCICIO/OCIO
 Ejercicio físico Sí No (1 - 5/09/2008) Horas/semana [0] Días/semana [0]
 Paseo Sí No
 Act. de ocio [nk] Sí No Tv/cine []
 Aburrimiento Sí No Incapaz ocio habitual Sí No
 Desinterés ocio Sí No Incap. actividad habitual Sí No Cons. Ejercicio [nk] (1 - 29/03/2019)
 Mantenimiento hogar [Adecuada]

COMENTARIOS
 RESULTADO (Patrón alterado - 1/06/2019)

Aceptar Cancelar

Imagen 7. Patrón 4: Actividad - Ejercicio.

Fuente: OMI-AP

A	B	C	D	E	F
TEST DE BARTHEL					
BAÑO	Dependiente				0
VESTIDO	Ayuda				5
ASEO PERSONAL	Independiente				5
RETRETE	Independiente				10
USO DE LA ESCALERA	Ayuda				5
TRASLADO SILLÓN/CAMA	Mínima ayuda				10
DEAMBULACIÓN	Ayuda				10
MICCIÓN	Continente				10
DEPOSICIÓN	Continente				10
ALIMENTACIÓN	Independiente				10
Grado de incapacidad	Moderada		Total puntos		75

Imagen 8. Test de Barthel.

Fuente: OMI-AP

1		
2	TEST DE KATZ	
3		
4	Valora la independencia en las siguientes situaciones	
5		
6	LAVADO	Dependiente si recibe ayuda en el aseo de más de una parte del cuerpo o ayuda al entrar o salir de la bañera.
7	VESTIDO	Dependiente si recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido.
8	USO DEL RETRETE	Dependiente si recibe ayuda para ir, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal.
9	MOVILIZACIÓN	Dependiente si recibe ayuda para entrar en la cama y salir de ella o se sienta y se levanta de la silla con ayuda.
10	CONTINENCIA	Dependiente si presenta incontinencia urinaria, fecal o ambas.
11	ALIMENTACIÓN	Dependiente si recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos. (No se puntúa si recibe ayuda para cortar el pan o la carne)
12		
13		
14	VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE KATZ	C
15		
16	A	Independiente en todas las funciones.
17	B	Independiente en todas las funciones menos una.
18	C	Independiente en todas las funciones excepto lavado y otra más.
19	D	Independiente en todas las funciones excepto lavado, el vestido y otra más.
20	E	Independiente en todas las funciones excepto lavado, el vestido, el uso del inodoro y otra más.
21	F	Independiente en todas las funciones excepto lavado, el vestido, el uso del inodoro, la movilización y otra más.
22	G	Dependiente de las seis funciones.
23	Otros	Dependiente pero no clasificable en los estadios anteriores.
24		

Imagen 9. Test de Katz

Fuente: OMI-AP.

Patrón 5: Sueño – Descanso.

Patrón Eficaz.

(28-09-2019).

Una de sus hijas vive con él, por lo que sabe que su padre duerme 8h seguidas, se despierta descansado y por la tarde duerme otra hora y media de siesta.

De siempre ha roncado pero nunca ha supuesto ningún problema ni dificultad respiratoria.

SUEÑO-DESCANSO (Anciano) Valoración general

Horas sueño/día (8 - 28/09/2019) Lugar (Casa - 28/09/2019) Horario sueño regular No (5 - 28/09/2019)

Siestas No (5 - 28/09/2019) Minutos/día (90 - 28/09/2019) De:

Ronca No (5 - 28/09/2019) Apnea de sueño No (N - 28/09/2019) A:

Problemas con el sueño No (N - 28/09/2019)

Pr. conciliar el sueño No

Interrupciones sueño No

Ayudas para dormir No

Se levanta cansado No (N - 28/09/2019) Confusión No (N - 28/09/2019)

Somnolencia No (N - 28/09/2019) Cansancio No (N - 28/09/2019)

Alt. Descanso/Relajación No (N - 28/09/2019) Horas descanso/día

Medicamentos para descansar No Influye en sus actividades No

Alteraciones en examen No (N - 28/09/2019)

Signos de cansancio No (N - 28/09/2019)

Alt. de la conducta No

COMENTARIOS

RESULTADO:

Aceptar Cancelar

Imagen 10. Patrón 5: Sueño - descanso.

Fuente: OMI-AP.

Patrón 6: Cognitivo – Perceptual.

Patrón Eficaz

(28-09-19)

El paciente se encuentra consciente y orientado con puntuación de 2 en el test de Pfeiffer y puntuación de 32 en el Minimental. Se trata de un hombre de 83 años en sus perfectas capacidades mentales.

Sabe leer y escribir.

The screenshot shows a software window titled "COGNITIVO-PERCEP. (Anc.)" with a subtitle "Valoración general". The interface includes several sections for data entry:

- Nivel consciencia:** A dropdown menu.
- Orientado:** Radio buttons for "Sí" and "No".
- Puede leer:** Radio buttons for "Sí" and "No".
- Puede escribir:** Radio buttons for "Sí" and "No".
- feiffer [nt]:** A text input field containing "2".
- (0 - 1/06/2019):** A date field.
- Minimental [nt]:** A text input field containing "32".
- Alt. Cognitivas:** A section with radio buttons for "Sí" and "No", and sub-sections for "Pr. exp. ideas", "Pr. memoria", "Dif. decisiones", "Pr. lenguaje", "Pr. concentrar", "Sint. depresivos", "Pr. comprensión", "Fobias/miedos", and "Yesavage".
- Alt. Perceptivas:** A section with radio buttons for "Sí" and "No", and sub-sections for "Pr. visión [nt]", "Pr. audición [nt]", "Tapon. cera [nt]", "Dolor", "Tipo", "Loc.", "Pr. olfato", "Pr. gusto", "Pr. sensibilidad", "Vértigo", "Intens.", "Control", and "Alt. activ.". There are also dropdown menus for "Tipo" and "Loc.", and input fields for "Intens." and "Control".
- Alt. Conducta:** A section with radio buttons for "Sí" and "No", and sub-sections for "Intranquilidad", "Irritabilidad", and "Agtación".
- COMENTARIOS:** A text input field containing "consciente y orientado".
- RESULTADO:** A dropdown menu showing "Patrón eficaz".

At the bottom of the window, there is a toolbar with various icons and two buttons: "Aceptar" and "Cancelar".

Imagen 11. Patrón 6: Cognitivo - perceptual.

Fuente: OMI-AP.

TEST DE PFEIFFER

Marcar sólo las respuestas erróneas

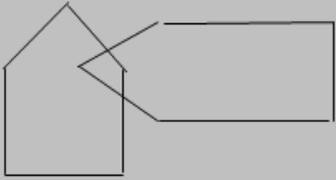
- ¿Cuál es la fecha de hoy? (Día, mes y año)
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿Cuál es el nombre de este sitio?
- ¿Cuál es su número de teléfono? (Si no tiene la dirección)
- ¿Qué edad tiene?
- Dígame su fecha de nacimiento
- ¿Cómo se llama el presidente del gobierno?
- ¿Cómo se llama el anterior presidente del gobierno?
- Dígame el apellido de su madre
- Reste de tres en tres desde veinte

Normal **Total respuestas erróneas 2**

Imagen 12. Test de Pfeiffer

Fuente: OMI-AP.

- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS
- Escriba una frase
- Copie este dibujo:



PUNTUACIÓN TOTAL MINIMENTAL TES 32

Resultado del test: **Normal**

Imagen 13. Test Minimental.

Fuente: OMI-AP.

Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto.

Patrón Eficaz.

(28-09-19)

El paciente siempre ha tenido y manifestado una actitud positiva a la par que realista, sobre todo respecto a su salud. Ha ido afrontando y superando las dificultades que se le han presentado, estando siempre orgulloso de sí mismo.

Ciertamente ha experimentado un cambio desde el alta hospitalaria y es que es portador de sonda vesical permanente. Aunque haya supuesto un cambio, solo le afecta a la hora de la movilidad, de llevar más cuidado del habitual para deambular; y a la hora de asearse, pues procura hacerlo adecuadamente para evitar una posible contaminación del punto de inserción de la zona, pero no constituye un problema psicológico para el paciente.

The screenshot shows a web-based form titled 'AUTOPERCEPCIÓN (Anc.)' with a sub-header 'Valoración general'. The form is divided into several sections with radio button options for 'Sí' and 'No'. Some items have a date '(N - 28/09/2019)' next to them. At the bottom, there is a 'COMENTARIOS' field with the text 'CAMBIOS: SONDAJE VESICAL PERMA' and a 'RESULTADO' dropdown menu set to 'Patrón eficaz'. The form also includes a 'Datos del Examen' section with dropdowns for 'Imagen corporal' (set to 'Cuidado') and 'Rasgos personales', and input fields for 'Nervioso(5)/Relajado(1)' (set to '1') and 'Asertivo(5)/Pasivo(1)' (set to '5'). The bottom right corner has 'Aceptar' and 'Cancelar' buttons.

Section	Item	Sí	No	Notes
Pr. Conigo mismo	Verbalizaciones autonegativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Expresiones de desesperanza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Expresiones de inutilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pr. Conductuales	Conducta indecisa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Confusión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(N - 28/09/2019)
	Det. de la atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Entubilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Aptitud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Pr. con su imagen corporal	Le preocupan los cambios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Miedo al rechazo de otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Sent. negativo de su cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Otros Problemas	Fracasos, rechazos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Amb. familiar desfavorable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Carencias afectivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Ensoñamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(N - 28/09/2019)
	Dif. concentración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Ansiedad, depresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Imagen 14. Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto.

Fuente: OMI-AP

Patrón 8: Rol - Relaciones

Patrón Eficaz.

(28-09-19)

El paciente es viudo desde hace 10 años y vive con una de sus dos hijas, las cuales se organizan para ayudar y cuidar de su padre en lo que éste necesite. Muy buena relación familiar y económica.

A menudo van sus amigos del pueblo de toda la vida y familiares a visitarlo a su casa.

BOL-RELACIONES (Anciano) Valoración general

Convive en: Nº personas grupo familiar [nt]

Convive con: Cambios domicilio [nt] Sí No

Cuida de alguien: Sí No Tensión rol cuidador: Sí No

Depende de alguien: Sí No Alt. función del rol: Sí No

Red apoyo familiar [nt]: Situación vivienda [nt]: (Buena - 28/09/2019)

Situac. económica [nt]: Situac. sociofamiliar [nt]:

Pr. relación social: Sí No ¿Se siente solo?: Sí No

Pr. relación familiar: Sí No

Pérdida seres queridos: Sí No

Conductas inefectivas: Sí No

Expresión de culpa: Sí No

Tristeza prolongada: Sí No

Duelo anticipado: Sí No

Negación pérdida: Sí No

Pertenece a grupos/asociaciones: Sí No

COMENTARIOS:

RESULTADO:

Aceptar Cancelar

Imagen 15. Patrón 8: Rol - Relaciones.

Fuente: OMI-AP.

Patrón 9: Sexualidad – Reproducción.

Patrón **Alterado**: Hipertrofia benigna de próstata e hipospadia.

(28-09-19)

El paciente presenta hipertrofia prostática, causante de la retención urinaria y formación de globo vesical. Presenta hipospadia.

SEXUALIDAD (Anc.) | Valoración general

Edad menopausia

Sequedad Sí No

Sofocos Sí No

Sangrado Sí No

Rev. Ginecológicas Sí No

Última rev.

Periodicidad (meses)

Rev. Urológicas Sí No (5 - 28/09/2019)

Motivo Periodicidad (meses)

Relac. Sexuales Sí No (N - 28/09/2019)

Dificultades Sí No

Satisfacción (0/5)

Cont. de riesgo Sí No

COMENTARIOS:

RESULTADO

Aceptar Cancelar

Imagen 16. Patrón 9: Sexualidad - Reproducción.

Fuente: OMI-AP.

Patrón 10: Afrontamiento – Tolerancia al estrés

Patrón **Alto riesgo**: Riesgo de deterioro de la resiliencia.

(28-09-19)

El paciente tiene una actitud bastante positiva, además de ser colaborador y estar comprometido con su salud.

Al ser un paciente crónico complejo, polimedicado y que ha experimentado varios ingresos el último año, su vida y la de sus familiares no ha estado exenta de estrés y preocupación, influyendo en el estado de salud del paciente y en la disponibilidad de sus hijas, pero siempre han mantenido todos una actitud de aceptación y colaboración, lo que ha permitido un afrontamiento favorable hacia todas las situaciones a las que se han enfrentado.

ADAPTACIÓN ESTRÉS (Anc.) Valoración general

Cambios/Prob. importantes Sí No Tipo: Otros (Otros - 28/09/2019)

Influencia (significativa) Sí No ¿En qué influye? Otros

Prob. en la adaptación Sí No Rechazo/retraso at. sanitaria Sí No

Emociones inapropiadas Sí No Negación problemas evidentes Sí No

Soluciones inadecuadas Sí No Minimiza los síntomas Sí No

Incapaz afrontar situación Sí No

Deficiente apoyo familiar Sí No

Rechazo Sí No Comunicación limitada Sí No

Intolerancia Sí No Dependencia pasiva Sí No

Psicosomatización Sí No Ayuda poco satisfactoria Sí No

Estrés: Sensación actual Sí No Estrés: situaciones anteriores Sí No

Desencadenantes conocidos Sí No Salud

¿Está normalmente tenso? Sí No Prob. en la resolución Sí No

Estrategias adaptación estrés Sí No Compartir

Sistemas de apoyo Sí No

Ayudas para relajación Sí No

Técnicas de relajación Sí No Tolerancia al estrés Sí No

Medicamentos/drogas Sí No

COMENTARIOS: muy colaborador y positivo

RESULTADO: Alto riesgo de alteración

Imagen 17. Patrón 10: Afrontamiento - Tolerancia al estrés.

Fuente: OMI-AP.

Patrón 11: Valores y creencias.

Patrón Eficaz.

(28-08-19)

Se trata de un hombre que tiene en muy alta estima a su familia y amigos más allegados. Es católico y muchas de sus amistades han sido gracias a pasar los domingos en la iglesia.

Ciertamente una de sus grandes preocupaciones es su estado de salud, pues ha pasado por mucho a lo largo de su vida, pero como ya hemos dicho, no es un hombre fácil de derribar.

VALORES CREENCIAS (Anc.) Valoración general

¿Qué le importa en la vida? Familia

¿Contento con su vida? Sí No

Conflictos/preocupaciones importantes Sí No

Ideas/creencias importantes Sí No
salud

Pertenece a grupos/asociaciones Sí No

¿De qué tipo? Social

Problemas para su integración Sí No

Es importante para él Sí No

Conflicto/oposición familiar Sí No

Practica alguna religión Sí No

Es importante en su vida Sí No

Le ayuda en sus problemas Sí No

Problemas para sus prácticas Sí No

Conflicto/oposición familiar Sí No

VALORACIÓN FAMILIAR

Valores/costumbres culturales Sí No

Creencias religiosas Sí No

OTROS ASPECTOS

Conflicto/preocupación vida-muerte Sí No

Conflicto/preocup. sufrimiento-dolor Sí No

Conflicto/preocupación enfermedad Sí No

Actitud

Actitud Aceptación

Actitud Aceptación (Aceptación - 28/09/2019)

COMENTARIOS familia y amigos le hacen feliz

RESULTADO Patrón eficaz

Aceptar Cancelar

Imagen 18. Patrón 11: Valores y creencias.

Fuente: OMI-AP.

5.3. Diagnósticos enfermeros identificados.

Para la identificación de los distintos diagnósticos enfermeros según cada patrón alterado, utilizaremos el Manual de Diagnósticos Enfermeros de la NANDA Internacional (NANDA International & Herdman, 2014).

Patrón 1: Percepción – manejo de la salud.

- (00257) Síndrome de fragilidad del anciano r/c enfermedades crónicas y sedentarismo m/p fatiga y deterioro de la ambulación.

Dominio 1: Promoción de la salud.

Clase 2: Gestión de la salud.

Definición del diagnóstico: Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad

Patrón 2: Nutricional – metabólico.

- (00168) Estilo de vida sedentario r/c entrenamiento insuficiente para realizar ejercicio físico m/p preferencia por actividad física de baja intensidad.

Dominio 1: Promoción de la salud.

Clase 1: Toma de conciencia de la salud.

Definición del diagnóstico: expresa tener hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

- (00046) Deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos m/p alteración de la integridad de la piel.

Dominio 11: Seguridad/Protección.

Clase 2: Lesión física.

Definición del diagnóstico: Alteración de la epidermis y/o de la dermis.

Patrón 3: Eliminación.

- (00023) Retención urinaria r/c obstrucción del tracto urinario m/p distensión vesical y micciones frecuentes y de poca cantidad.

Dominio 3: Eliminación e Intercambio.

Clase 1: Función urinaria.

Definición del diagnóstico: Vaciado incompleto de la vejiga.

Patrón 4: Actividad – ejercicio.

- (00155) Riesgo de caídas r/c dificultades con la marcha.

Dominio 11: Seguridad/Protección.

Clase 2: Lesión física.

Definición del diagnóstico: Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad a las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud.

- (00108) Déficit de autocuidado: baño r/c obstáculos ambientales m/p deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo.

Dominio 4: Actividad/Reposo.

Clase 5: Autocuidado.

Definición del diagnóstico: Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño.

Patrón 9: Sexualidad - reproducción.

Consideramos este patrón como alterado debido a la hipertrofia prostática que presenta el paciente. Pero dado que se trata de un diagnóstico médico, no procede sacar un diagnóstico enfermero.

Patrón 10: Adaptación – tolerancia al estrés.

- (00211) Riesgo de deterioro de la resiliencia r/c coexistencia de múltiples situaciones adversas y de la cronicidad de las crisis existentes.

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al Estrés.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Definición del diagnóstico: Vulnerable a una disminución de la habilidad para mantener un patrón de respuesta positiva ante una situación adversa o crisis, que puede comprometer la salud.

5.3.1 Red razonamiento clínico de DxE basada en modelo AREA

Para la identificación del diagnóstico enfermero principal (DxEp), de entre todos los que tenemos, utilizaremos la Red de Razonamiento Clínico basada en el modelo AREA de (Pesut & Herman, 1999).



Figura 7. Red de razonamiento clínico para obtención del diagnóstico principal.

Fuente: Elaboración propia basada en Pesut & Herman (1999).

5.3.2 Justificación del DxEp.

Nuestro diagnóstico principal es: (00023) Retención urinaria r/c obstrucción del tracto urinario m/p distensión vesical y micciones frecuentes y de poca cantidad.

Dominio 3: Eliminación.

Clase 1: Función urinaria.

Definición: Vaciado incompleto de la vejiga.

En cuanto a la relación que guarda nuestro diagnóstico principal (00023) Retención urinaria r/c obstrucción del tracto urinario m/p distensión vesical y micciones frecuentes y de poca cantidad con el diagnóstico de (00257) Síndrome de fragilidad del anciano r/c enfermedades crónicas y sedentarismo m/p fatiga y deterioro de la ambulación, es debida a que si juntamos el estilo de vida sedentario y de poca actividad física que tiene el paciente, influida por los cuidados y precauciones respecto al catéter vesical, con el propio envejecimiento biológico (pérdida de masa muscular, de fuerza y aumento de la masa grasa en su lugar) además de con los procesos crónicos con los que cuenta el paciente (diabetes, EPOC, insuficiencia cardíaca congestiva...), nos da como resultado una disminución de la reserva fisiológica, entendida como fragilidad (José Baztán Cortés et al., 2000) & (Abizanda-Soler et al., 2016).

Refiriéndonos a la relación entre nuestro diagnóstico principal y el diagnóstico de (00211) Riesgo de deterioro de la resiliencia r/c coexistencia de múltiples situaciones adversas y de la cronicidad de las crisis existentes.

Debido a la situación de crónico complejo de nuestro paciente; pluripatológico, polimedicado, necesitado de un medio de soporte para la deambulacion y actualmente de ayuda para el aseo y cuidados del catéter vesical, es importante tener en cuenta que por muy buena disposición y actitud tanto por su parte como por la de su familia, no deja de ser una situación potencialmente estresante.

Entendemos la resiliencia como un concepto dinámico en el que se enfrentan nuestras situaciones de riesgo con nuestros sistemas de protección y

afrontamiento, tanto a nivel interno (el apoyo que nosotros mismos nos proporcionamos) como a nivel externo (el apoyo que necesitamos de gente externa a nosotros), activando positivamente al individuo para enfrentarse y superar los acontecimientos del ciclo vital, que en los ancianos son, mayormente, situaciones tales como disminución de la autonomía, jubilación o muerte de seres queridos.

Es por esto que entendemos que ante una situación ya mencionada como potencialmente estresante, existe el riesgo de verse sobrepasado por las circunstancias, cayendo en un deterioro de la resiliencia. Por otro lado, puede ayudarnos a entender la situación familiar el saber que las mujeres necesitan más un apoyo externo a ellas, mientras que los hombres se bastan con la motivación propia.

Resumiendo, debemos vigilar el afrontamiento de la familia en global, y no solo del paciente, para asegurarnos una adecuada preparación psicológica ante estresores potenciales (Méndez et al., 2015).

En cuanto a por qué una retención urinaria, con sondaje vesical, nos influye a la hora del baño, produciendo un déficit para el autocuidado del paciente, tenemos que decir que hasta ahora el paciente era autónomo en lo que al aseo personal se refiere, pero desde que es portador de un catéter vesical, le preocupa llevar a cabo tal aseo de forma correcta.

Estando ingresado en el hospital, era el equipo sanitario el que se encargaba de su aseo personal e higiene y al ser dado de alta y pasar a cuidados domiciliarios por parte de su enfermero de atención primaria, éste le informó y educó para proporcionar autonomía respecto a los cuidados del catéter vesical durante el aseo; hacerlo todos los días con agua y jabón, los hombres no circuncidados deben volver el prepucio a su sitio para evitar una parafimosis, y movilizar la sonda de derecha a izquierda, nunca de dentro a fuera, para evitar adherencias de la misma a la uretra (Otegui et al., 2015).

Pero bien es cierto que siendo el papel de enfermería tan importante en estos casos, nuestro paciente no tenía la confianza suficiente como para realizarlo solo. Se servía de la ayuda de la hija con la que está viviendo para

poder realizar el aseo de la forma más aséptica posible para poder evitar así el posible riesgo de contaminación e infección del tracto urinario, con las complicaciones que conlleva como pielonefritis, glomerulonefritis, absceso renal, hipotensión arterial o taquicardia. Todas estas posibles complicaciones no hay que entenderlas como problemas aislados, pues tratamos con un paciente pluripatológico además de polimedicado, por lo que cualquier alteración producirá problemas globales a tratar, como reagudicaciones de EPOC, hiper/hipoglucemias o alteraciones del IRN (Ortega-Párraga & González-Lino, 2019).

Por otro lado nos encontramos con el deterioro de la integridad cutánea de la zona perineal, sobretodo del escroto y nalgas, presentando el enrojecimiento que marca el inicio de una úlcera por presión debido al exceso de tiempo que emplea el paciente en estar sentado o acostado.

Además, también contamos con el deterioro de la integridad cutánea y tisular en el punto de inserción del catéter vesical, al inicio de la uretra, provocado por dicho catéter.

A éste último tipo de úlcera por presión, secundaria a dispositivos clínicos como es el catéter vesical, se les denomina úlceras iatrogénicas, producidas por el contacto del catéter con la piel, ejerciendo una presión y un roce que conllevará la pérdida de superficie epitelial de la zona. Este mecanismo tiene especial importancia ya que hablamos de un paciente con una hipospadia a nivel medio, por lo que el catéter tiene más superficie a lo largo del pene, con la que roza, además de que el ángulo que hace la uretra en su parte distal hace que una vez introducido el catéter, presione sobre los bordes del orificio de entrada, alterando las mucosas, produciendo una alteración de la integridad tisular (Gallego-Cardona, 2019).

Respecto a la relación de nuestro diagnóstico principal con (00155) Riesgo de caídas r/c dificultades con la marcha; nuestro paciente ya presentaba dificultades con la marcha puesto que necesita de la ayuda de

algún dispositivo, como un bastón, o la ayuda de alguien para deambular de forma segura. El problema añadido ha sido la presencia del catéter vesical.

El paciente no tiene una bolsa que se pueda ajustar a la pierna para poder deambuar dentro de su normalidad, sino que tiene que ajustarse a los cuidados respecto a la sujeción del catéter, tales como:

- No doblar el tubo de la sonda ni colocar la bolsa por encima del nivel de la vejiga para evitar el no vaciado o incluso el retroceso de la orina.
- Si es necesario movilizar la sonda por encima del nivel de la vejiga, tendrá que pinzar la sonda.
- Evitar los tirones.
- Evitar que la llave de vaciado de la bolsa toque el suelo.
- Sujetar el catéter en la parte baja del abdomen en hombres y en la cara interna del muslo en mujeres.

En resumen; nuestro paciente tiene que valerse de un andador que lleve un pequeño soporte bajo el nivel de la vejiga donde pueda colocar la bolsa de la orina. Este dispositivo de apoyo con ruedas no es un método que nos asegure al cien por cien el evitar las caídas, y más teniendo en cuenta la precaución que tiene el paciente de no pegarse tirones del catéter. El riesgo de caídas era y sigue siendo un riesgo a tener en cuenta (Otegui et al., 2015).

Por último, nos queda hablar del sedentarismo del paciente, el cual guarda una relación bidireccional con el existente riesgo de caídas, pues el hombre es consciente del mismo, sabe que necesita de ayuda para deambular y que ahora tiene que llevar más cuidado respecto al catéter vesical.

Es sedentario para evitar caídas y riesgos con el catéter, como tirones o rotura de la bolsa, y este sedentarismo, así mismo, es uno de los factores de riesgo para las caídas, pues favorece la disminución de masa muscular, al no ejercitarse y por lo tanto, atrofiándose (Rey & Manuel, 2015).

5.4. Planificación.

The screenshot displays a software interface for planning nursing care. A central dialog box titled "Cumplimiento del Criterio de resolución" is open, showing options for "Valor para Eliminación urinaria":

- Extremadamente comprometido
- Sustancialmente comprometido
- Moderadamente comprometido
- Levemente comprometido
- No comprometido

Below these options, the "Realización en:" field is set to 0 Meses and 7 Días. The "Objetivo numérico:" field is empty. The "Fecha estimada para alcanzar el Objetivo:" is set to 5/10/2019. At the bottom of the dialog, there are "Aceptar" and "Cancelar" buttons. The background interface shows various diagnostic and risk factor lists, and a "Resultados NOC" list with "0503 Eliminación urinaria" selected.

Imagen 19. Cumplimiento del NOC “Eliminación urinaria.”

Fuente: OMI-AP.

The screenshot displays the same software interface as Image 19, but with a different dialog box open. The dialog box is titled "Cumplimiento del Criterio de resolución" and shows options for "Valor para Integridad tisular: piel y membranas mucosas":

- Extremadamente comprometido
- Sustancialmente comprometido
- Moderadamente comprometido
- Levemente comprometido
- No comprometido

The "Realización en:" field is set to 0 Meses and 7 Días. The "Objetivo numérico:" field is empty. The "Fecha estimada para alcanzar el Objetivo:" is set to 5/10/2019. At the bottom of the dialog, there are "Aceptar" and "Cancelar" buttons. The background interface shows the same diagnostic and risk factor lists, but the "Resultados NOC" list now has "1101 Integridad tisular" selected.

Imagen 20. Cumplimiento del NOC “Integridad tisular; piel y membranas mucosas.”

Fuente: OMI-AP.

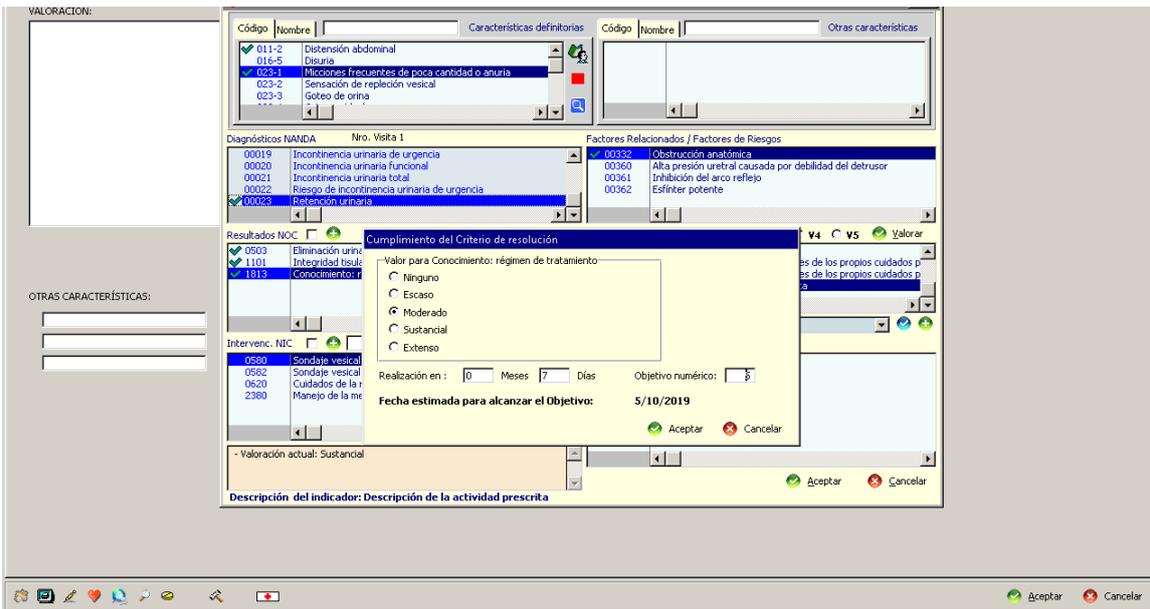


Imagen 21. Cumplimiento del NOC "Conocimiento: régimen de tratamiento."

Fuente: OMI-AP.

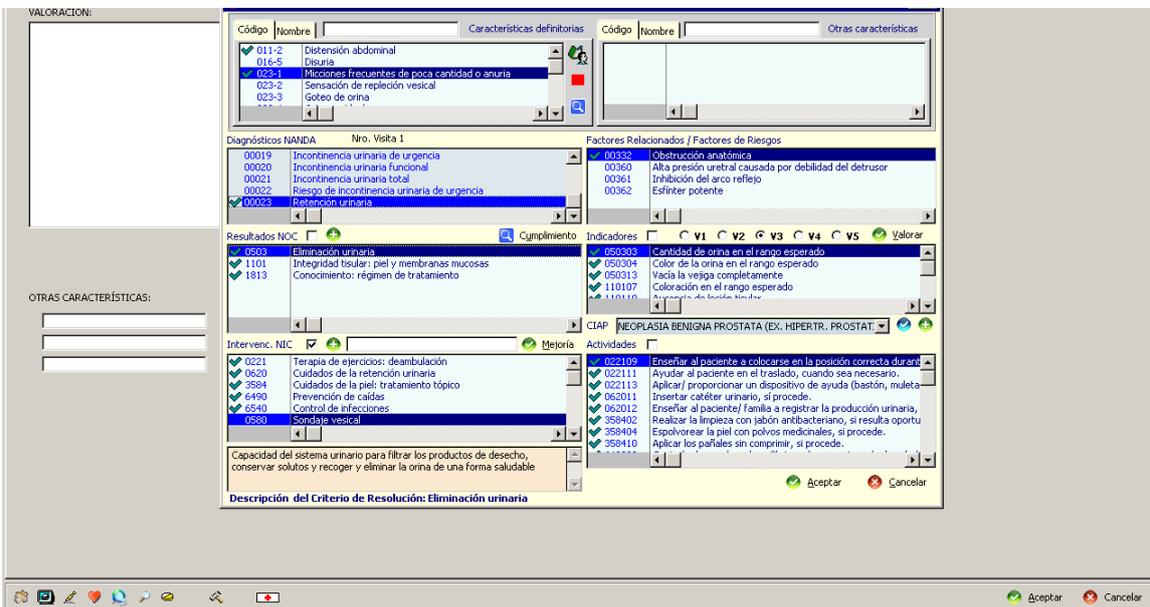


Imagen 22. Diagnóstico, NOCs, NICs, actividades y episodio CIAP.

Fuente: OMI-AP.

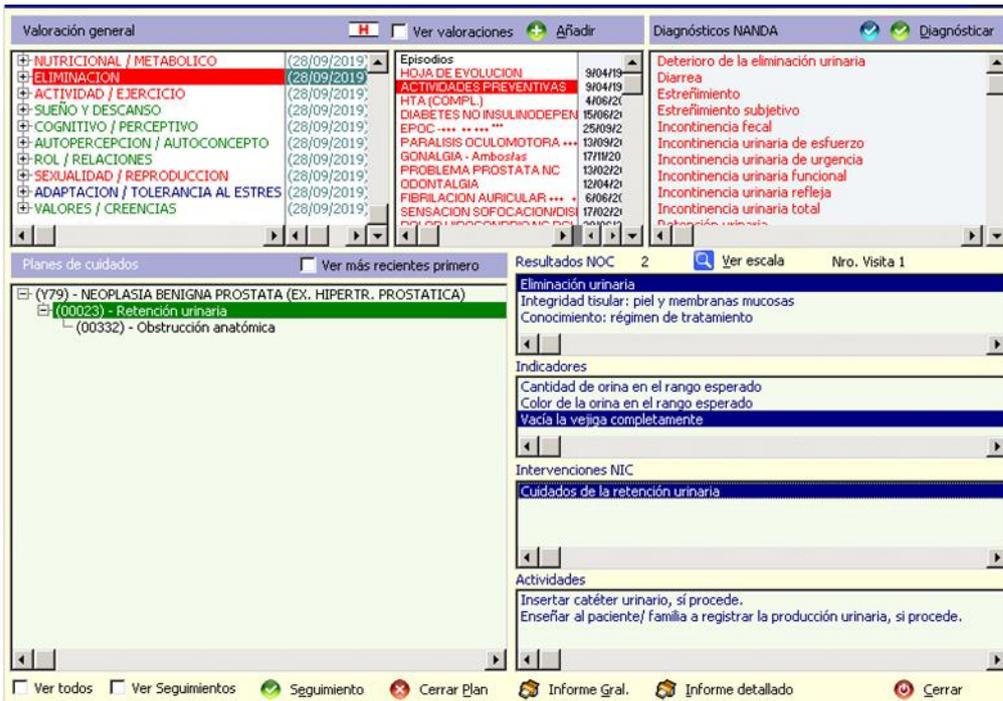


Imagen 23. Interfaz principal

Fuente: OMI-AP.



Fecha 28/09/2019
Hora 0:00:00

Historial de Planes de cuidados

Paciente	
Edad 83 Años	Teléfono
Email	

Diagnóstico de enfermería 00023 **Retención urinaria**
 Fecha de inicio 28/09/2019 Fecha de cierre

DIAGNOSTICO	28/09/2019
C.D. 011-2	Distensión abdominal
023-1	Micciones frecuentes de poca cantidad o anuria
F.R. 00332	Obstrucción anatómica
NOC: 0503	Eliminación urinaria
Valoración: 2	Sustancialmente comprometido
Indicador: 050303	Cantidad de orina en el rango esperado Valoración: 3
Indicador: 050304	Color de la orina en el rango esperado Valoración: 4
Indicador: 050313	Vacía la vejiga completamente Valoración: 2
1101	Integridad tisular: piel y membranas mucosas
Valoración: 1	Extremadamente comprometido
Indicador: 110107	Coloración en el rango esperado Valoración: 2
Indicador: 110110	Ausencia de lesión tisular Valoración: 1
Indicador: 110113	Piel intacta Valoración: 1

	1813	Conocimiento: régimen de tratamiento	
	Valoración: 3	Moderado	
	Indicador: 181302	Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual	Valoración: 4
	Indicador: 181303	Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia	Valoración: 4
	Indicador: 181307	Descripción de la actividad prescrita	Valoración: 4
NIC:	0221	Terapia de ejercicios: deambulaci3n	
	Actividad: 022109	Enseñar al paciente a colocarse en la posici3n correcta durante el proceso de traslado.	
	Actividad: 022111	Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.	
	Actividad: 022113	Aplicar/ proporcionar un dispositivo de ayuda (bast3n, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulaci3n si el paciente no camina bien.	
	0620	Cuidados de la retenci3n urinaria	
	Actividad: 062011	Insertar cat3ter urinario, si procede.	
	Actividad: 062012	Enseñar al paciente/ familia a registrar la producci3n urinaria, si procede.	
	3584	Cuidados de la piel: tratamiento t3pico	
	Actividad: 358402	Realizar la limpieza con jab3n antibacteriano, si resulta oportuno.	
	Actividad: 358404	Espolvorear la piel con polvos medicinales, si procede.	
	Actividad: 358410	Aplicar los pañales sin comprimir, si procede.	
	6490	Prevenci3n de caídas	
	Actividad: 649003	Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulaci3n.	
	Actividad: 649004	Ayudar a la deambulaci3n de la persona inestable.	
	Actividad: 649005	Proporcionar dispositivos de ayuda (bast3n o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulaci3n estable.	
	6540	Control de infecciones	

Actividad: 654002 Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.
Actividad: 654003 Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.
Actividad: 654012 Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.

Imagen 24. Informe detallado de la valoraci3n inicial.

Fuente: OMI-AP.

Las intervenciones reflejadas en el informe detallado han sido escogidas para llevar a cabo un adecuado abordaje global de la situaci3n clínic del paciente:

- (0221) Terapia de ejercicios: deambulaci3n.

Además de dotar al paciente de métodos de ayuda como bastones o andadores y de insistir en la importancia de una buena higiene postural así como de formas de desplazamiento, como el cambio de la cama al sill3n, también podemos recomendar algunos ejercicios de deambulaci3n, sencillos y siempre adaptados a sus capacidades, para la mejora o mantenimiento de la capacidad funcional del paciente.

El ejercicio continuado en el tiempo mejora, o en su caso, mantiene, capacidades como la movilidad, fuerza en miembros inferiores o el equilibrio. (Lisón Párraga et al., 2017)

- (0620) Cuidados de la retención urinaria.

Ya que a nuestro paciente tiene un sondaje vesical a modo terapéutico para evitar la retención de orina, cobra vital importancia los cuidados del circuito de dicho catéter, evitando así una infección del tracto urinario, cuya probabilidad aumenta un 5% por día.

Se tiene que instruir a los familiares y al propio paciente sobre dichos cuidados; pinzar de vez en cuando el catéter para evitar una hemorragia por descompresión brusca de la vejiga, observar la coloración y cantidad de la orina para detectar precozmente una infección o cómo realizar correctamente la higiene para evitar la contaminación del circuito. (Ramos & Inés, 2019)

- (3584) Cuidados de la piel: tratamiento tópico.

Ésta es una intervención necesaria ya que nuestro paciente presenta una alteración de la integridad cutánea por la zona del escroto y glúteos, enrojecida, claro indicador del comienzo de una úlcera por presión. Para esta lesión tendremos que aplicar una pomada denominada Carena (de acción protectora y suavizante, para las rozaduras y escoceduras). De esta forma y junto con los consejos de deambulación, conseguiremos evitar la formación de una úlcera.

Mientras que por otro lado tenemos la alteración de la integridad tisular y cutánea en el meato urinario del paciente, secundaria al sondaje vesical. Afrontaremos esta herida con una correcta colocación y fijación del catéter (como ya hemos dicho, en el abdomen bajo) junto con una gasa rodeando el trazo de sonda inmediato a su inserción en la uretra, ya que al ser una hipospadia, hay más superficie cutánea con la que roza dicho catéter. Por último, limpiaremos la herida únicamente con suero y le insistiremos al paciente en las medidas higiénicas que ha de guardar. (González et al., 2016)

- (6490) Prevención de caídas.

Como ya hemos mencionado antes, un programa de ejercicios de fisioterapia tiene múltiples beneficios, tanto para mejorar/mantener las capacidades, como para prevenir la concurrencia de caídas, además de influir positivamente en el resto de dimensiones del paciente; esfera emocional, mental y social. (Saiz-Llamosas et al., 2014)

- (6540) Control de infecciones.

Como ya hemos mencionado anteriormente, es de gran importancia un adecuado cuidado del catéter urinario, ya que éste junto con otros factores como: la técnica de inserción, las patologías de base, la duración del catéter o tener más de 50 años, son considerados factores de riesgo para desarrollar una infección urinaria.

Importante que enseñemos al paciente y familia a llevar una adecuada y cuidadosa higiene diaria, sobre todo con el lavado de manos con agua y jabón antes y después de la manipulación del catéter y/o de la bolsa de orina, además de la zona genital, inclusive el catéter.

También tenemos que incidir en que usar geles antimicrobianos o antisépticos de forma rutinaria para la higiene de la zona no previene de una infección, sino que incluso favorece el desarrollo de cepas bacterianas resistentes a dichos productos, por lo que irónicamente, estaríamos aumentando el riesgo de infección urinaria. Exactamente lo mismo ocurre con la profilaxis antimicrobiana sistémica. (González & Sánchez, 2016)

5.5. Ejecución.

Patrón 1. Percepción – manejo de la salud.

Patrón **alterado**.

(4/10/19)

Nuestro paciente sigue presentando unas constantes estables con ligero incremento de la tensión arterial, la cual vigilaremos más estrechamente cada vez que vayamos a visitarlo.

Mantiene un buen estado físico, higiene personal y del hogar.

Ha mejorado la puntuación del Test “Get up and go” ya que gracias a la voluntad del hombre y al andador que le permite llevar consigo la bolsa de la diuresis, pasea mejor por su casa y ha comenzado a desplazarse por la acera de su calle.

Considero que este patrón sigue estando alterado debido a la situación del paciente al ser un usuario crónico complejo, pluripatológico y anciano de riesgo o anciano frágil, como ya dijimos.

Percep. de salud (Anc.)		Valoración general					
Peso	90,00 (90 - 4/10/2019)	Talla	0,00 (158 - 4/10/2019)	IMC	0,00 (36.052 - 4/10/2019)	Temp	0,0 (37 - 4/10/2019)
TAS	0 (142 - 4/10/2019)	TAD	0 (89 - 4/10/2019)	F.C.	0 (60 - 4/10/2019)	F.R.	0 (10 - 4/10/2019)
Hig. personal	Buena (Buena - 28/09/2019)	Hig. vest./arreglo	Adecuado (Adecuado - 28/09/2019)	Vacunas	Completa (Completa - 28/09/2019)		
Hig. boca	Adecuada (Adecuada - 28/09/2019)	Hig./seg. vivienda	Buena (Adecuada - 28/09/2019)	Revisiones	Completa (Completa - 28/09/2019)		
Prob./salud [nt]	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 28/09/2019)	Hábitos tóxicos	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 28/09/2019)				
Tipo problema	Enf. crónica (Enf. crónica - 28/09/2019)	Tabaco	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 29/03/2019) Cig./día	0			
Nivel cuidados	Adecuada (Adecuada - 28/09/2019)	Alcohol	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (1 - 5/09/2008) Gr./sem	0			
Conocimientos	Adecuada (Adecuada - 28/09/2019)	Drogas	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				
Actitud	Aceptación (Aceptación - 28/09/2019)	Café exc.	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				
Tto. фарма.[nt]	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 28/09/2019)	Adhesión tto	Adecuada (Adecuada - 28/09/2019)	Polimedicación	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 28/09/2019)		
Ind. terap.	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 28/09/2019)	Adhesión ind.	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 28/09/2019)	Automedicación	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 28/09/2019)		
Actitud terapia	Interés (Interés - 28/09/2019)	Alergias	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 28/09/2019)	Seg. medicación	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 28/09/2019)		
Caidas [nt]	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 28/09/2019)	Accidentes	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 28/09/2019)				
Prob. movilidad	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 4/10/2019)	Sist. ayuda	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (5 - 28/09/2019)	Test "Lev. y ande"	2 (3 - 28/09/2019)		
Nº Ingresos [nt]	3 (3 - 28/09/2019)	Causa	retención urinaria (reagudización EPOC - 28/09/2019)	Anc. Sin Riesgo [nt]			
Prev. accident.	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No (N - 28/09/2019)	Test Barber [nt]	0 (3 - 4/10/2019)	Anc. Riesgo [nt]	(1 - 28/09/2019)		
COMENTARIOS:	mejora deambulacion (CON LA SV LA MOVILID - 28/09/2019)						
RESULTADO	Patrón alterado (Patrón alterado - 28/09/2019)						
	<input checked="" type="checkbox"/> Cons. medicación [nt] (1 - 29/03/2019)						
	<input type="checkbox"/> C. prev. accidentes [nt]						
	<input type="checkbox"/> Cons. hig. personal [nt]						

Imagen 25. Patrón 1: Percepción - Manejo de la salud. Seguimiento 1.
Fuente: OMI-AP.

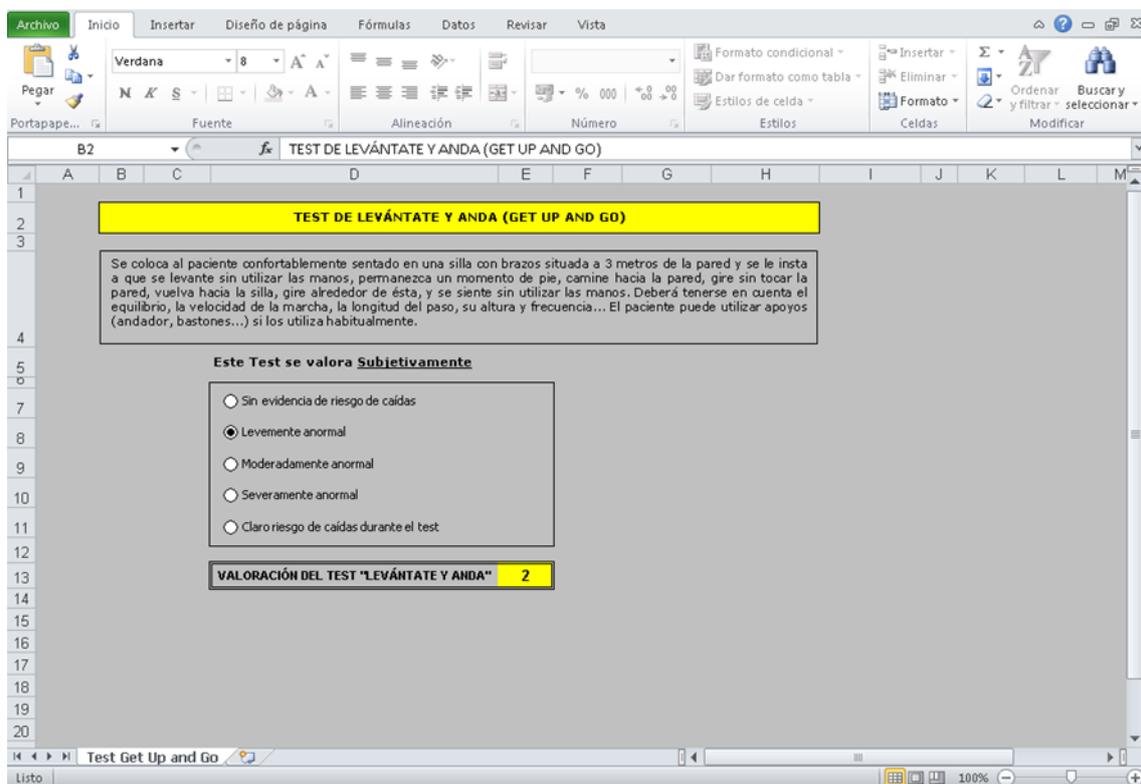


Imagen 26. Test "Get up and go". Seguimiento 1.
Fuente: OMI-AP.

Patrón 2 Nutricional – metabólico.

Patrón **alterado**.

(4/10/19)

Mantiene una dieta adecuada a pesar de la obesidad que ya presentaba de base el paciente. Ningún problema oral o para comer, aunque seguimos manteniendo la situación de sedentarismo a pesar de que el paciente a comenzado a deambular y darse paseos un poco más duraderos, puesto que sigue pasando al mayoría del día en el sillón o la cama.

Se mantiene con una puntuación de 18 en la Escala de Norton; movilidad disminuida ya que necesita mínimo de un bastón para caminar con autonomía

y considero que es un paciente continente, como ya se ha explicado anteriormente.

Ha mejorado bastante la irritación de la zona perineal y la herida del meato urinario. El enrojecimiento antes presente, ha disminuido bastante, aunque se seguirá vigilando y tratando para su completa desaparición y para evitar efecto rebote por haberlo dado por solucionado antes de tiempo. La herida en la zona de inserción del sondaje, al inicio de la uretra, ha avanzado considerablemente, necesitando únicamente se estrecha la vigilancia y el cuidado por si volviese a formarse herida.

The screenshot shows a 'Valoración general' (General Assessment) form. At the top, there are tabs for 'Eliminación', 'Nutricional', 'Actividad', and 'DIAGNÓSTICO'. The main area contains the following data and options:

- Peso:** 90,00 (89 - 28/09/2019)
- Talla:** 158,0 (158 - 28/09/2019)
- IMC:** 36,05 (35.651 - 28/09/2019)
- Temp:** 37 (37 - 28/09/2019)
- Comidas/día:** 5 (5 - 28/09/2019)
- Lugar comidas:** Casa (Casa - 28/09/2019)
- Horario fijo:** Sí No (5 - 28/09/2019)
- Alim. adec. [nt]:** Sí No (5 - 28/09/2019)
- Líquido/día (ml.):** 2.000 (2000 - 28/09/2019)
- Vitaminas:** Sí No (N - 28/09/2019)

There are three main sections of radio button options:

- Prob. Boca:** Sí No. Sub-options: Caries, Úlceras, Inflamación.
- Prob. Comer:** Sí No. Sub-options: Mastigar [nt], Pri. tragar, Sonda NG.
- Prob. Dieta:** Sí No. Sub-options: No equilibrada, Insuficiente, Entre horas, Láct. escasos, Genia abundan.
- Otros Problem.:** Sí No (5 - 28/09/2019). Sub-options: Sint. digest., Dependencia, Inapetencia, Altk. peso, Intole. alimen., Come s/hambre, Sedentarismo.

Other fields include:

- Norton:** 18 (18 - 28/09/2019)
- Estado nutricional:** Normal
- Alt. Piel:** Sí No (5 - 28/09/2019). Sub-options: Alk. integridad, Frag. capilar, Def. hidratación, Calor al tacto, Sig. rascado, Dermatitis, Prurito, Frialdad.
- Palidez:** Sí No
- Edemas:** Sí No
- Cicatrización:** Sí No
- Enrojecimiento:** Sí No (5 - 28/09/2019)

COMENTARIOS: MEJORA HERIDA MEATO (sedentarismo por est - 28/09/2019). There is also a checkbox for 'Cons. Alimentación [nt]' (1 - 29/03/2019).

RESULTADO: Patrón alterado (Patrón alterado - 28/09/2019)

Imagen 27. Patrón 2: Nutricional - Metabólico. Seguimiento 1.

Fuente: OMI-AP.

Patrón 3. Eliminación.

Patrón **alterado**.

(4 / 10 / 19)

El paciente sigue teniendo un hábito y características de las deposiciones completamente normales.

Respecto a la eliminación urinaria, el paciente ya no presenta globo vesical ni retención urinaria gracias al catéter urinario que mantiene hasta que le citen del hospital de referencia para practicarle una resección transuretral de la próstata, para acabar así con la obstrucción anatómica que le provoca la retención urinaria. Por esto mismo, sigue siendo un patrón alterado.

The screenshot shows a medical software interface for 'Eliminación' (Elimination) under the 'DIAGNÓSTICO' tab. The interface is divided into three main sections: INTESTINAL, URINARIA, and CUTÁNEA.

- INTESTINAL:** Deposic./sem. is 5 (5 - 28/09/2019). Consistencia is Duras (Duras - 28/09/2019). Color is Normal (Normal - 28/09/2019). Problemas eliminación is No (N - 28/09/2019). Sist. de ayuda is No (N - 28/09/2019).
- URINARIA:** Micciones/día is 0. Caract. orina is Normal (Normal - 28/09/2019). Problemas micción is No (N - 28/09/2019). Sist. de ayuda is No (N - 28/09/2019). The 'Sonda vesical' (vesical catheter) is checked 'No' (No) with a date of (1 - 1/10/2019).
- CUTÁNEA:** Prob. elim. cutánea is No (N - 28/09/2019).

COMENTARIOS: YESICAL PARA INCONTINENCIA (portador de sonda ve - 28/09/2019). RESULTADO: Patrón alterado (Patrón alterado - 28/09/2019).

Imagen 28. Patrón 3: Eliminación. Seguimiento 1.

Fuente: OMI-AP.

Patrón 4. Actividad – ejercicio.

Patrón Alterado.

(4 / 10 / 19)

Al paciente se le considera dependiente en el sentido de necesitar ayuda para desplazarse y deambular, como un bastón u otro artefacto o la ayuda de una persona. No se observan deficiencias motoras ahora que el hombre empieza a tener un poco más de actividad (andando por su casa y por la acera de su calle, siempre con ayuda), es decir, no presenta ningún problema neurológico ni osteoarticular que le impida o dificulte moverse, a excepción de los componentes fisiológicos que tienen lugar durante el envejecimiento (pérdida de masa muscular y aumento de grasa...)

Respecto a la disnea del paciente, se entendió en una primera valoración que al padecer de EPOC y al provocarle la retención urinaria una reagudización del mismo, sufría de disnea, sobre todo de clase II (ante actividad moderada). Tras una semana, valoramos a paciente y manifiesta no tener ningún problema para respirar.

Ha mejorado la puntuación en el Test de Barber, con un 3, respecto a la valoración inicial ya que el hombre puede ahora salir de casa a darse pequeños paseos pesar de portar la sonda vesical. Aún así, ya hemos dicho que consideramos a este paciente como un anciano de riesgo.

Eliminación | Nutricional | Actividad | **DIAGNÓSTICO** | Valoración general

TAS (140 - 3/10/2019) TAD (90 - 3/10/2019) F.C. (62 - 28/09/2019) F.R. (13 - 28/09/2019)

Dependiente Sí No (5 - 28/09/2019) Barreras ambientales Sí No (N - 28/09/2019)

Def. motoras Sí No (5 - 28/09/2019) Falta de recursos Sí No (N - 28/09/2019)

Def. sensorial Sí No (N - 28/09/2019) Parálisis, parestias Sí No (N - 28/09/2019)

Def. emocional Sí No (N - 28/09/2019) Prob. salud limitantes Sí No (5 - 28/09/2019)

Sint. Respiratorios Sí No (5 - 28/09/2019) Sint. Físicos Sí No (N - 28/09/2019)

Tos ineficaz Sí No Hipotoniá muscular Sí No

Disnea Sí No (5 - 28/09/2019) Inmovilizaciones Sí No

Cianosis Sí No Claudicación intermitente Sí No

Ortopnea Sí No Pulsos periféricos Sí No

Ruidos respiratorios

Barthel [nt] (75 - 28/09/2019) Barber [nt] (4 - 28/09/2019) Katz [nt] (C - 28/09/2019)

EJERCICIO/OCIO

Ejercicio físico Sí No (N - 28/09/2019) Horas/semana Veces/semana

Paseo Sí No

Act. de ocio [nt] Sí No (5 - 28/09/2019) (Tv/cine) (Tv/cine - 28/09/2019) (7 - 28/09/2019)

Aburrimiento Sí No (N - 28/09/2019) Incapaz ocio habitual Sí No (N - 28/09/2019)

Desinterés ocio Sí No (N - 28/09/2019) Incap. actividad habitual Sí No (N - 28/09/2019)

Mantenimiento hogar (Adecuada - 28/09/2019)

COMENTARIOS: (sólo ayuda para cam - 28/09/2019)

Cons. Ejercicio [nt] (1 - 28/09/2019)

RESULTADO (Patrón alterado - 28/09/2019)

Aceptar Cancelar

Imagen 29. Patrón 4: Actividad - Ejercicio. Seguimiento 1
Fuente: OMI-AP.

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista

Verdana 8 A⁺ A⁻ Fuente Alineación Número Estilos Celdas Modificar

B2 =

TEST DE BARBER

Marcar la casilla sólo si la respuesta es "Sí"

¿Vive solo?

¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?

¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?

¿Necesita de alguien que le ayude a menudo?

¿Le impide su salud salir a la calle?

¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?

¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?

¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?

¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?

Possible Situación de Riesgo Total contestaciones afirmativas **3**

Test de Barber

Imagen 30. Test de Barber. Seguimiento 1
Fuente: OMI-AP.

Patrón 9: Sexualidad – Reproducción.

Patrón **alterado**.

(4 / 10 / 19)

Hipertrofia benigna de próstata pendiente de resección transuretral e hipospadia.

SEXUALIDAD (Adulto) | Valoración general

CICLO MENSTRUAL | Edad menarquia | 0

Alt. en ciclo menstrual Sí No

Alt. cantidad Sí No

Alt. frecuen. Sí No

Alt. duración Sí No

S. premenstrual Sí No

Dismenorrea Sí No

MENOPAUSIA Sí No | Edad | 0

Sequedad Sí No

Sangrado Sí No

Sofocos Sí No

Alt. percibidas Sí No

REV. GINE. Sí No | Periodicidad (meses) | 0

REV. URO. Sí No | Periodicidad (meses) | 6

Última rev. |

REL. SEXUALES Sí No | Anticonceptivos Sí No

Dificultades Sí No | Satisfacción (0/5) | 0

Inf. anticoncepción Sí No | Información E.T.S. Sí No

Cont. de riesgo Sí No

PROB. DE FERTILIDAD Sí No

G | 0 | A | 0 | V | 0

PROB. IDENTIFIC. SEXUAL Sí No

COMENTARIOS: FENCIENTE RTU

? |

RESULTADO Patrón alterado

Imagen 31. Patrón 9: Sexualidad - Reproducción. Seguimiento 1.

Fuente: OMI-AP.

Patrón 10. Adaptación – tolerancia al estrés.

Patrón en Riesgo.

(4 / 10 / 19)

Nuestro paciente es un auténtico experto en lo que respecta al cuidado de su salud. No refiere estar preocupado o impaciente por someterse a la intervención lo antes posible dice que “las cosas vienen cuando tienen que venir y cuando vengan, se verá”.

Seguimos manteniendo este patrón como en riesgo de verse alterado ya que nunca se sabe cuándo alguien puede verse sobrepasado.

Consideramos importante llevar un seguimiento del modo de afrontamiento del paciente y familia ante la situación.

The screenshot shows a clinical assessment form for 'ADAPTACIÓN ESTRÉS (Anc.)' with a 'Valoración general' section. The form is organized into several sections with radio buttons for 'Sí', 'No', and 'Otros' options, and a 'RESULTADO' field at the bottom.

- Cambios/Prob. importantes:** Sí No (S - 28/09/2019) Tipo: [dropdown] (Otros - 28/09/2019)
- Influencia (significativa):** Sí No (S - 28/09/2019) ¿En qué influye?: [dropdown] (Otros - 28/09/2019)
- Prob. en la adaptación:** Sí No (N - 28/09/2019) Rechazo/retraso al sanitario: Sí No (N - 28/09/2019)
- Emociones inapropiadas:** Sí No (N - 28/09/2019) Negación problemas evidentes: Sí No (N - 28/09/2019)
- Soluciones inadecuadas:** Sí No (N - 28/09/2019) Minimiza los síntomas: Sí No (N - 28/09/2019)
- Incapaz afrontar situación:** Sí No (N - 28/09/2019)
- Deficiente apoyo familiar:** Sí No (N - 28/09/2019)
- Rechazo:** Sí No
- Intolerancia:** Sí No
- Psicosomatización:** Sí No
- Comunicación limitada:** Sí No
- Dependencia pasiva:** Sí No
- Ayuda poco satisfactoria:** Sí No
- Estrés: Sensación actual:** Sí No (S - 28/09/2019) Estrés: situaciones anteriores: Sí No (S - 28/09/2019)
- Desencadenantes conocidos:** Sí No (S - 28/09/2019) [dropdown] (Salud - 28/09/2019)
- ¿Está normalmente tenso?:** Sí No (N - 28/09/2019) Prob. en la resolución: Sí No (N - 28/09/2019)
- Estrategias adaptación estrés:** Sí No (S - 28/09/2019) Compartir: [dropdown] (Compartir - 28/09/2019)
- Sistemas de apoyo:** Sí No (S - 28/09/2019) Familia: [dropdown]
- Ayudas para relajación:** Sí No (N - 28/09/2019) Tolerancia al estrés: Sí No (S - 28/09/2019)
- Técnicas de relajación:** Sí No
- Medicamentos/drogas:** Sí No
- COMENTARIOS:** buen afrontamiento (muy colaborador y po - 28/09/2019)
- RESULTADO:** Alto riesgo de alteración (Alto riesgo de alter - 28/09/2019)

Imagen 32. Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al estrés. Seguimiento 1

Fuente: OMI-AP.

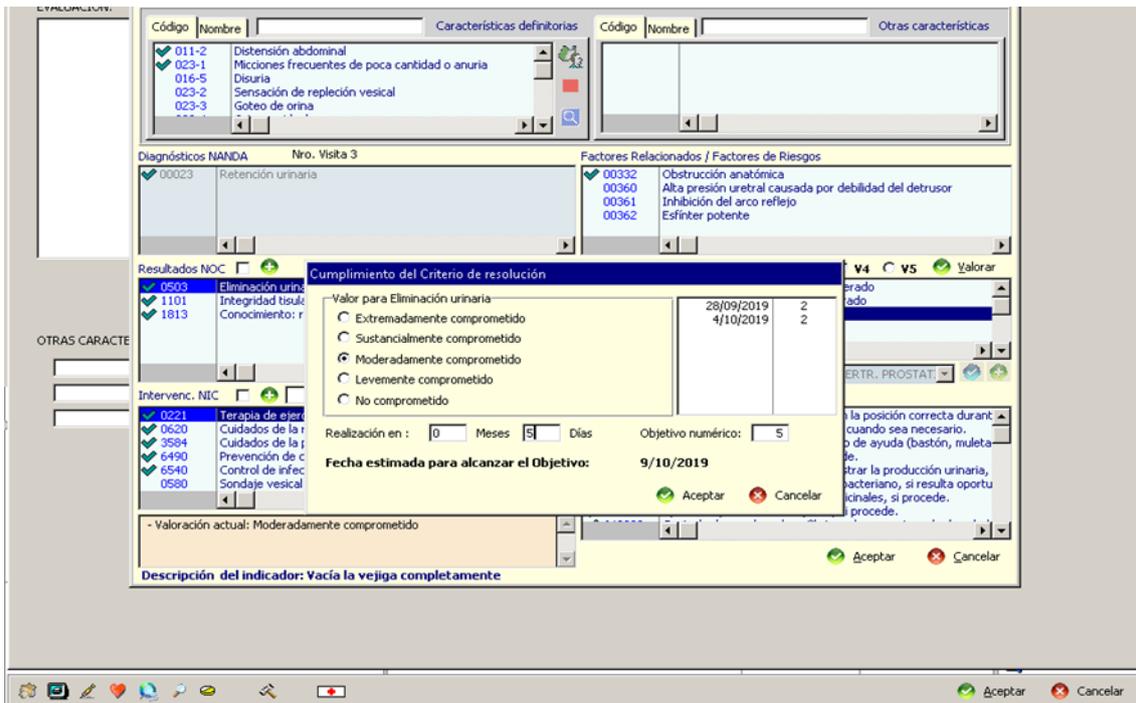


Imagen 33. Cumplimiento del NOC "Eliminación urinaria". Seguimiento 1

Fuente: OMI-AP.

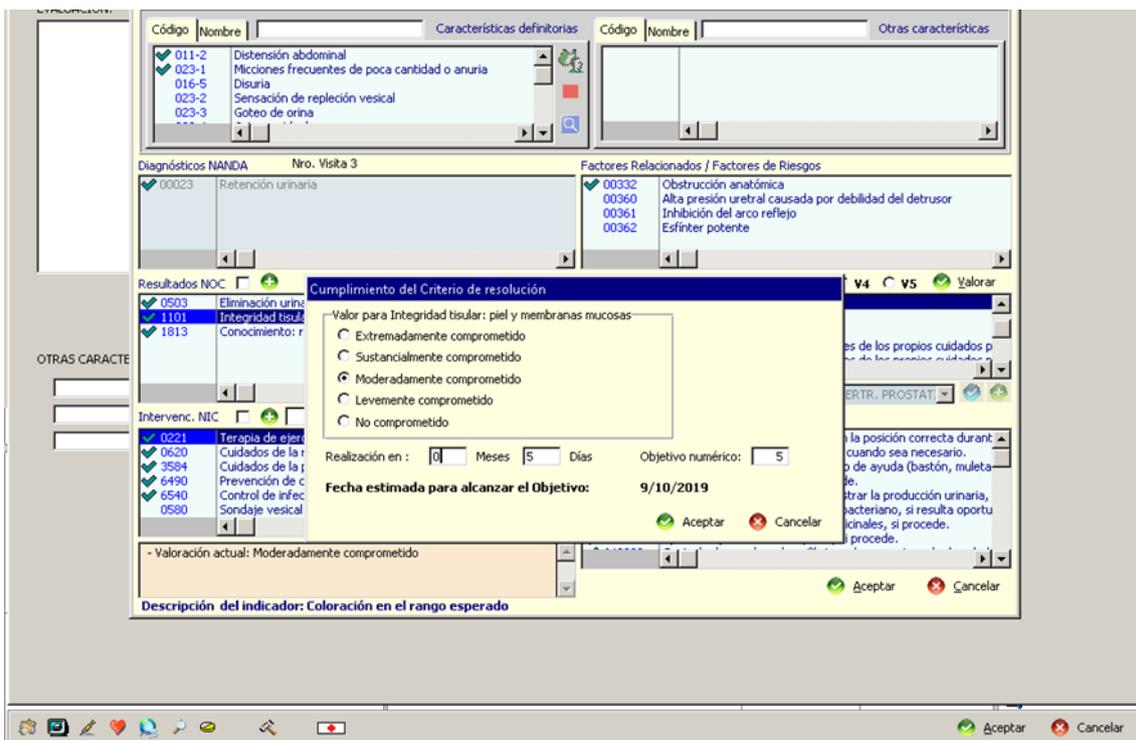


Imagen 34. Cumplimiento del NOC "Integridad tisular: piel y membranas mucosas" Seguimiento 1

Fuente: OMI-AP.

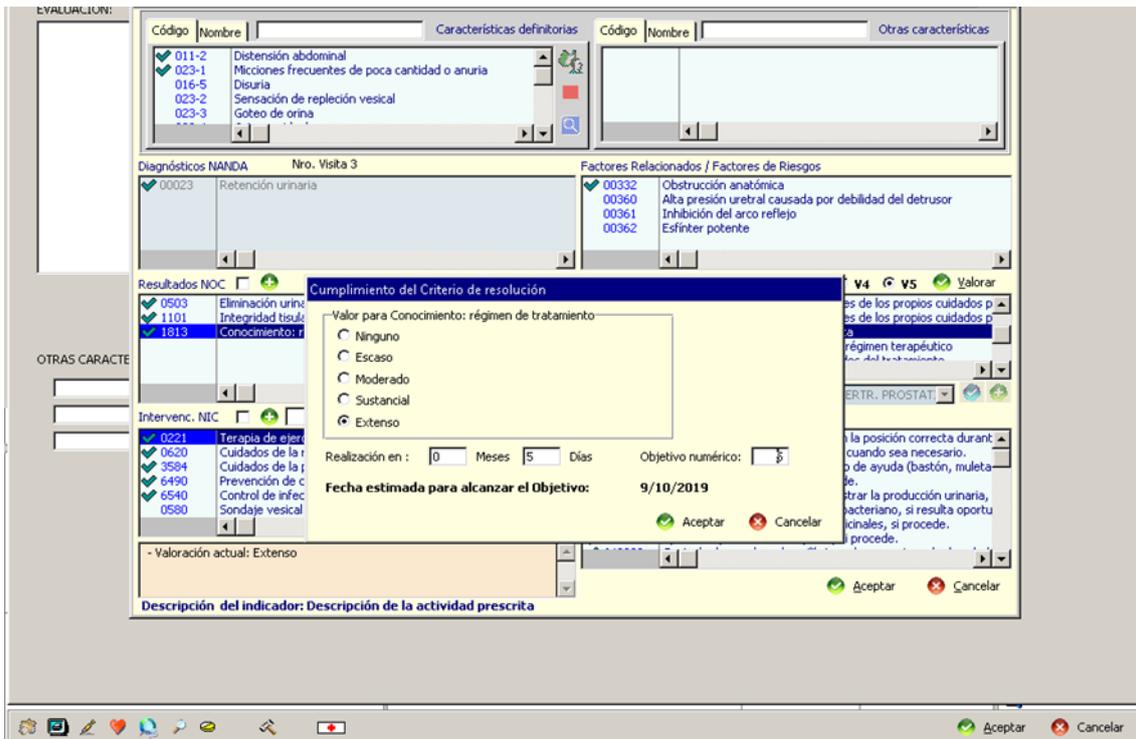


Imagen 35. Cumplimiento del NOC "Conocimiento del régimen terapéutico". Seguimiento 1

Fuente: OMI-AP.

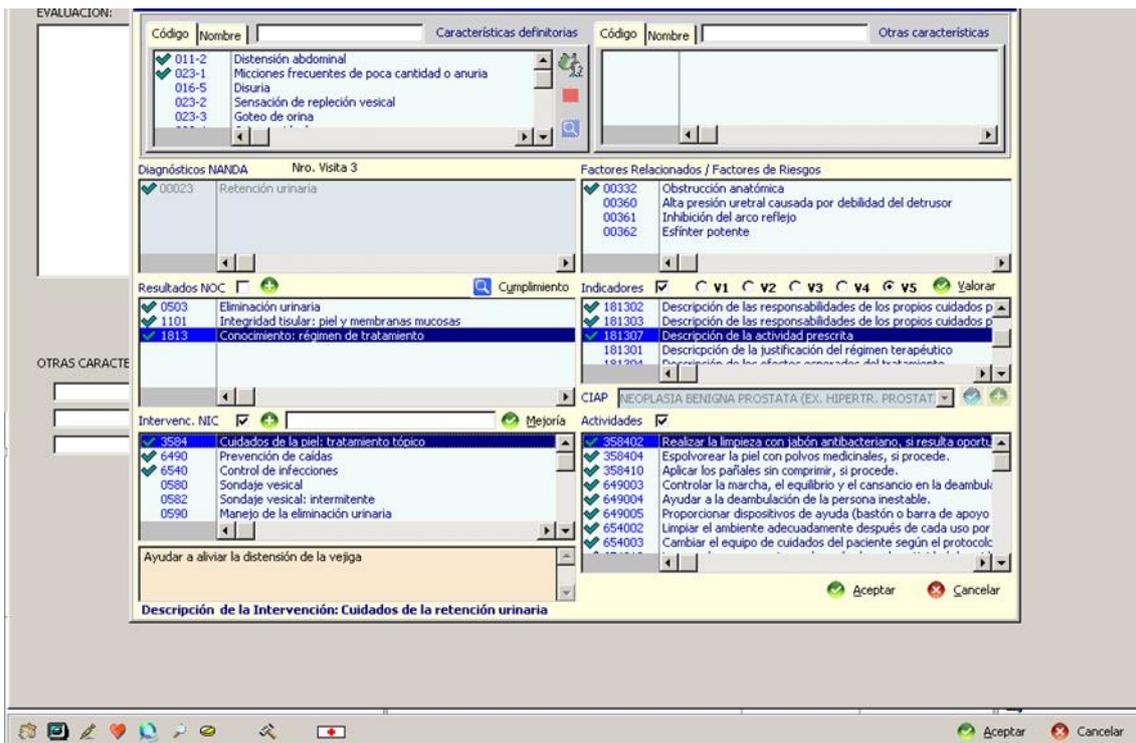


Imagen 36. Diagnóstico, NOCs, NICs, actividades y episodio CIAP. Seguimiento 1

Fuente: OMI-AP.

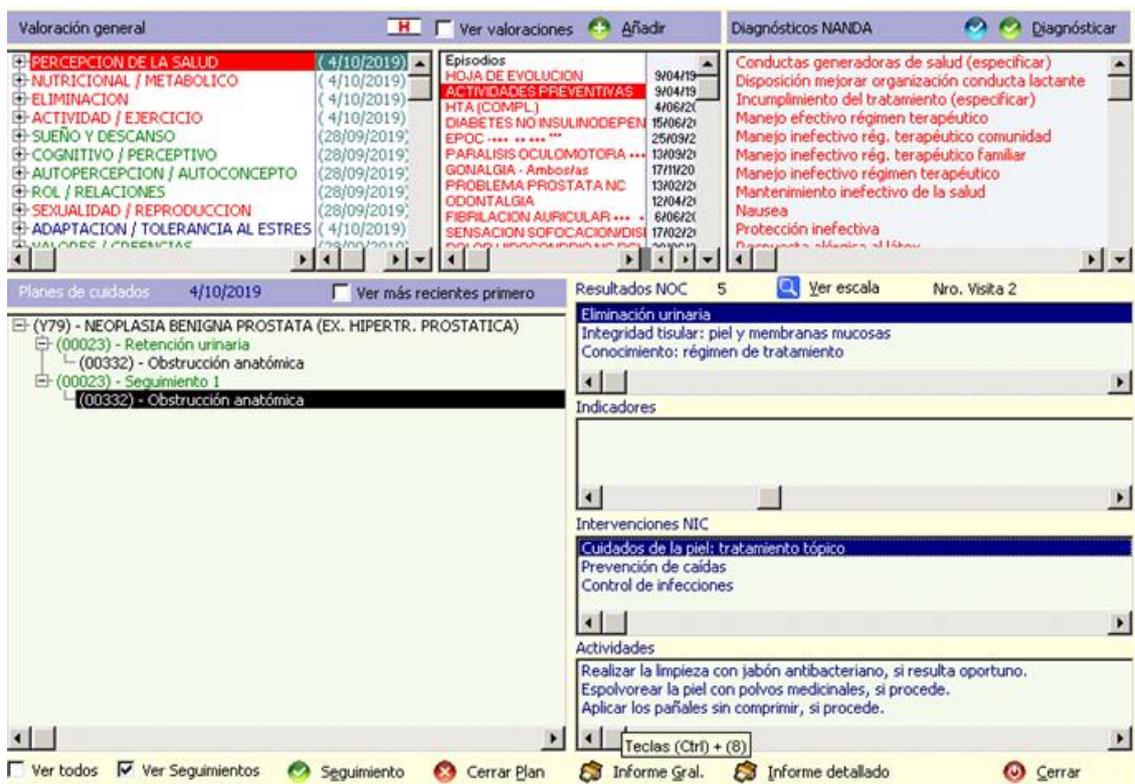


Imagen 37. Interfaz principal. Seguimiento 1

Fuente: OMI-AP.

Historial de Planes de cuidados

Paciente

Edad 83 Años

Teléfono

Email

Diagnóstico de enfermería 00023 **Retención urinaria**

Fecha de inicio 28/09/2019

Fecha de cierre

Actividad: 654002 Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.

Actividad: 654003 Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.

Actividad: 654012 Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.

SEGUIMIENTO

4/10/2019

C.D.	023-3	Goteo de orina	
F.R.	00332	Obstrucción anatómica	
NOC:	0503	Eliminación urinaria	
	Valoración: 5	No comprometido	
	Indicador: 050303	Cantidad de orina en el rango esperado	Valoración: 5
	Indicador: 050304	Color de la orina en el rango esperado	Valoración: 5
	Indicador: 050313	Vacía la vejiga completamente	Valoración: 3
	1101	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	
	Valoración: 3	Moderadamente comprometido	
	Indicador: 110107	Coloración en el rango esperado	Valoración: 3
	Indicador: 110110	Ausencia de lesión tisular	Valoración: 4
	Indicador: 110113	Piel intacta	Valoración: 3
	1813	Conocimiento: régimen de tratamiento	
	Valoración: 5	Extenso	
	Indicador: 181302	Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual	Valoración: 5
	Indicador: 181303	Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia	Valoración: 5
	Indicador: 181307	Descripción de la actividad prescrita	Valoración: 5
NIC:	3584	Cuidados de la piel: tratamiento tópico	
	Actividad: 358402	Realizar la limpieza con jabón antibacteriano, si resulta oportuno.	
	Actividad: 358404	Espolvorear la piel con polvos medicinales, si procede.	
	Actividad: 358410	Aplicar los pañales sin comprimir, si procede.	
	6490	Prevención de caídas	
	Actividad: 649003	Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación.	
	Actividad: 649004	Ayudar a la deambulación de la persona inestable.	
	Actividad: 649005	Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable.	
	6540	Control de infecciones	
	Actividad: 654002	Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.	
	Actividad: 654003	Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.	
	Actividad: 654012	Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.	

Imagen 38. Informe detallado. Seguimiento 1

Fuente: OMI-AP.

Hemos decidido prescindir de varias intervenciones ya que en nuestra segunda visita hemos comprobado la mejoría de nuestro paciente en determinados aspectos; por un lado, el hombre ya sabe de qué manera moverse por su casa, empezando, incluso, a empezar caminar fuera de ella, ayudándose de su andador de forma que no perjudique los cuidados del sondaje ni tampoco aumente el estado de sedentarismo. Por esto hemos decidido olvidarnos del NIC (0221) Terapia de ejercicios: deambulación.

Por otro lado, también prescindimos del NIC (0620) Cuidados de la retención urinaria, pues ya no presenta tal retención. El paciente ya se encuentra sondado, por lo que no ha vuelto a formar un globo vesical. Además, también enseñamos e insistimos en la importancia de ver las características de la orina, así como de la cantidad de la misma, para poder detectar cual anomalía a tiempo.

Los conocimientos del estado clínico del paciente, por parte del mismo y de la familia, son los necesarios para poder llevar una adecuada autonomía. Gracias a esto y a los consejos y materiales que proporcionamos, también hemos visto una mejoría respecto a la herida del meato urinaria.

Respecto a la eliminación urinaria, lo consideramos como un resultado no comprometido ya que la cantidad, olor, color y características generales de la orina son normales, incluso nuestro paciente vacía completamente la vejiga, pero al ser debido al catéter vesical, este último indicador lo hemos evaluado con menor puntuación.

Una aclaración que me gustaría hacer es que a la hora de valorar el cumplimiento de este último NOC, el de eliminación urinaria, lo puse como "Moderadamente comprometido" pero en el informe detallado siempre salía con una puntuación de 5 "No comprometido", cuando lo que yo quería reflejar era una puntuación de 3.

5.6. Evaluación.

Patrón 1: Percepción – Manejo de la salud.

Patrón **alterado**.

(9 / 10 / 19)

Este patrón sigue estando alterado ya que la condición de pluripatología y polimedicación del paciente no ha cambiado.

Todo sigue igual; buena adherencia al tratamiento, sin alergias de ningún tipo, buena higiene general, misma puntuación en las escalas.

Anciano frágil/de riesgo.

The screenshot displays a medical software interface titled 'Percep. de salud (Anc.)' and 'Valoración general'. It contains various input fields and dropdown menus for patient assessment. Key data points include: Weight (90,00 kg), Height (158,0 cm), IMC (36,05), Temperature (36,0), TAS (137), TAD (80), F.C. (61), F.R. (11), Hygiene (Buena), Diet (Adecuada), Vaccines (Completa), and Revisions (Completa). The 'Prob./salud' section shows 'Enf. crónica' and 'Aceptación'. 'Hábitos tóxicos' are marked as 'No'. 'Adhesión' and 'Polimedicación' are also marked as 'Adecuada'. The 'Comentarios' field contains '(mejora deambulacion - 4/10/2019)'. The 'RESULTADO' is 'Patrón alterado' with 'Comentarios_1-2 do - 4/10/2019'. A 'Cons. hig. personal [nt]' checkbox is checked. The interface includes a toolbar at the bottom with icons for navigation and a 'Aceptar' button.

Imagen 39. Patrón 1. Percepción - Manejo de la salud. Seguimiento 2

Fuente: OMI-AP.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico.

Patrón **alterado**.

(9 / 10 / 19)

Consideramos que el paciente ya no es tan sedentario; puesto que ya desde la anterior valoración vimos que comenzaba a dar pequeños paseos incluso fuera de su casa. Actualmente sigue realizando dichos paseos de forma más rutinaria, pero, sobre todo, con más confianza.

Respecto a la herida del meato urinario, ha mejorado considerablemente. Ya no hay enrojecimiento en escroto ni glúteos y casi ha cicatrizado completamente la herida localizada al comienzo de la uretra.

Nutrición-Metaból. (Anc) Valoración general

Peso (90 - 9/10/2019) Talla (150 - 9/10/2019) IMC (36,052 - 9/10/2019) Temp. (36 - 9/10/2019)

Comidas/día (5 - 4/10/2019) Lugar comidas (Casa - 4/10/2019) Horario fijo Sí No (5 - 4/10/2019)

Alim. adec. [nt] Sí No (N - 4/10/2019) Líquido/día (ml.) (2000 - 4/10/2019) Vitaminas Sí No (N - 4/10/2019)

Prob. Boca Sí No (N - 4/10/2019)

- Caries Sí No
- Úlceras Sí No
- Inflamación Sí No

Prob. Comer Sí No (N - 4/10/2019)

- Masticar [nt] Sí No
- Pr. tragar Sí No
- Sonda NG Sí No

Prob. Dieta Sí No (N - 4/10/2019)

- No equilibrada Sí No
- Insuficiente Sí No
- Entre horas Sí No
- Láct. escasos Sí No
- Cena abundan. Sí No

Otros Problem. Sí No (5 - 4/10/2019)

- Sint. digest. Sí No
- Dependencia Sí No
- Inapetencia Sí No
- Alt. peso Sí No
- Intole. alimen Sí No
- Come s/hambre Sí No
- Sedentarismo Sí No (5 - 4/10/2019)

Test Norton (18 - 4/10/2019) Estado nutricional (Normal - 28/09/2019)

Alt. Piel Sí No (5 - 4/10/2019)

- Alt. integridad Sí No (5 - 4/10/2019)
- Frag. capilar Sí No
- Def. hidratación Sí No
- Calor al tacto Sí No
- Sig. rascado Sí No
- Dermatitis Sí No
- Prurito Sí No
- Frialdad Sí No
- Palidez Sí No
- Edemas Sí No
- Cicatrización Sí No (5 - 4/10/2019)
- Enrojecimiento Sí No (N - 4/10/2019)

COMENTARIOS: (MEJORA HERIDA MEATO - 4/10/2019) (1 - 29/03/2019)

RESULTADO (Patrón alterado - 4/10/2019)

Imagen 40. Patrón 2: Nutricional - Metabólico. Seguimiento 2

Fuente: OMI-AP.

Patrón 3: Eliminación.

Patrón **alterado**.

(9 / 10 / 19)

Este es nuestro principal patrón, y aunque el paciente ya no presente una retención urinaria ni haya formado otro globo vesical, es portador de un catéter vesical, esto quiere decir que el paciente cuenta con un patrón de eliminación urinaria normal gracias a que dicha sonda se lo permite. Es por esto que consideramos que sigue siendo un patrón alterado, ya que si le quitásemos la sonda al paciente, éste volvería a retener orina, pues el factor de compresión anatómico como es la próstata, sigue estando presente.

Hasta que no se le someta al paciente a la resección transuretral que tiene programada para el mes de noviembre, e incluso hasta que no se haya recuperado por completo, no tendrá un patrón de eliminación urinaria eficaz.

The screenshot shows a medical software interface titled 'ELIMINACIÓN (Anciano)' with a 'Valoración general' header. It is divided into three main sections: INTESTINAL, URINARIA, and CUTÁNEA. Each section contains a list of clinical parameters with radio buttons for 'Sí' (Yes) and 'No' (No), and a date in parentheses. The 'URINARIA' section also includes a 'Sist. de ayuda' (Aid system) dropdown menu. At the bottom, there is a 'COMENTARIOS' (Comments) field with a text input and a 'RESULTADO' (Result) dropdown menu. The interface also features a standard Windows taskbar at the bottom with icons for various applications and a 'Aceptar' (Accept) button.

Section	Parameter	Sí	No	Date
INTESTINAL	Deposic./sem.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	(5 - 4/10/2019)
	Consistencia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	(Duras - 4/10/2019)
	Color	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	(Normal - 4/10/2019)
	Problemas eliminación	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	(N - 4/10/2019)
	Sist. de ayuda	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	(N - 4/10/2019)
	Dolor defecar	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Dolor abdomen	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Dist. abdomen	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Sangre heces	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Flatulencia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Incontinenc.(nt)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Fisuras	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Fecalomas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Hemorroides	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Ruidos intest.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
URINARIA	Micciones/día	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	(0 - 4/10/2019)
	Caract. orina	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	(Normal - 4/10/2019)
	Problemas micción	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	(N - 4/10/2019)
	Sist. de ayuda	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	(N - 4/10/2019)
	Incontinencia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Disuria	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Escozor	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Retenciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	(N - 4/10/2019)
	Globo vesical	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	(N - 28/09/2019)
	Goteo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
CUTÁNEA	Prob. eliminación cutánea	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	(N - 4/10/2019)
	Sudor copioso	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Olor corporal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
	Drenajes	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
COMENTARIOS	SONDAGE VESICAL PENDIENTE RTU			(SONDAJE VESICAL PARA - 4/10/2019)
	RESULTADO	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	(Patrón alterado - 4/10/2019)

Imagen 41. Patrón 3: Eliminación. Seguimiento 2

Fuente: OMI-AP.

Patrón 4: Actividad – Ejercicio.

Patrón **alterado**.

(9 / 10 / 19)

Sigue siendo parcialmente dependiente ya que necesita de algún sistema de apoyo para deambular, como un andador.

Ya dijimos anteriormente que dejamos de considerar la disnea del paciente porque no refería problemas para respirar, sino que la disnea aparecía cuando se producía una reagudización del EPOC.

ACTIV.-EJERCICIO (Anc.) Valoración general

TAS (137 - 9/10/2019) TAD (80 - 9/10/2019) F.C. (61 - 9/10/2019) F.R. (11 - 9/10/2019)

Dependiente Sí No (5 - 4/10/2019) Barreras ambientales Sí No (N - 4/10/2019)

Def. motoras Sí No (N - 9/10/2019) Falta de recursos Sí No (N - 4/10/2019)

Def. sensorial Sí No (N - 4/10/2019) Parálisis, parestias Sí No (N - 4/10/2019)

Def. emocional Sí No (N - 4/10/2019) Prob. salud limitantes Sí No (5 - 4/10/2019)

Sint. Respiratorios Sí No (5 - 4/10/2019) Sint. Físicos Sí No (N - 4/10/2019)

Tos ineficaz Sí No

Disnea Sí No (N - 4/10/2019) Cansancio excesiva Sí No

Cianosis Sí No Hipotonía muscular Sí No

Ortopnea Sí No Inmovilizaciones Sí No

Ruidos respiratorios Claudicación intermitente Sí No

Pulsos periféricos

Barthel [nk] (75 - 4/10/2019) Barber [nk] (3 - 9/10/2019) KATZ [nk] (C - 4/10/2019)

EJERCICIO/OCIO

Ejercicio físico Sí No (N - 4/10/2019) Horas/semana Días/semana

Paseo Sí No

Act. de ocio [nk] Sí No (5 - 4/10/2) [Tv/cine] (Tv/cine - 4/10/2019) (7 - 4/10/2019)

Aburrimiento Sí No (N - 4/10/2019) Incapaz ocio habitual Sí No (N - 4/10/2019)

Desinterés ocio Sí No (N - 4/10/2019) Incap. actividad habitual Sí No (N - 4/10/2019) Cons. Ejercicio [nk] (1 - 4/10/2019)

Mantenimiento hogar (Adecuada - 4/10/2019)

COMENTARIOS (YA CAMINA FUERA DE C - 4/10/2019)

RESULTADO (Patrón alterado - 4/10/2019)

Aceptar Cancelar

Imagen 42. Patrón 4: Actividad - Ejercicio. Seguimiento 2

Fuente: OMI-AP.

Patrón 9: Sexualidad – Reproducción.

Patrón **alterado**.

(9 / 10 / 19)

Hipertrofia benigna de próstata pendiente de una resección transuretral en el mes de noviembre.

Hipospadia.

SEXUALIDAD (Adulto) | Valoración general

CICLO MENSTRUAL | Edad menarquia 0

Alt. en ciclo menstrual Sí No

Alt. cantidad Sí No

Alt. frecuen. Sí No

Alt. duración Sí No

S. premenstrual Sí No

Dismenorrea Sí No

MENOPAUSIA Sí No | Edad 0 | Alt. percibidas Sí No

Sequedad Sí No | Sangrado Sí No | Sofocos Sí No

REV. GINE. Sí No | Periodicidad (meses) 0 | Última rev. |

REV. URO. Sí No | Periodicidad (meses) 6 | Motivo |

REL. SEXUALES Sí No | Anticonceptivos Sí No |

Dificultades Sí No | Satisfacción (0/5) 0 | Cont. de riesgo Sí No

Inf. anticoncepción Sí No | Información E.T.S. Sí No

PROB. DE FERTILIDAD Sí No

G | A | V

PROB. IDENTIFIC. SEXUAL Sí No

COMENTARIOS: PENCIENTE RTU

? |

RESULTADO Patrón alterado

Imagen 43. Patrón: Sexualidad - Reproducción. Seguimiento 2

Fuente: OMI-AP.

Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés.

Patrón en riesgo.

(9 / 10 / 19)

Seguimos estando alerta ante cualquier cambio en la resiliencia tanto del paciente como de su familia.

ADAPTACIÓN ESTRÉS (Anc.) Valoración general

Cambios/Prob. importantes Sí No (N - 4/10/2019) Tipo: (Otros - 28/09/2019)

Influencia (significativa) Sí No (S - 28/09/2019) ¿En qué influye? (Otros - 28/09/2019)

Prob. en la adaptación Sí No (N - 28/09/2019) Rechazo/retraso at. sanitaria Sí No (N - 28/09/2019)

Emociones inapropiadas Sí No (N - 28/09/2019) Negación problemas evidentes Sí No (N - 28/09/2019)

Soluciones inadecuadas Sí No (N - 28/09/2019) Minimiza los síntomas Sí No (N - 28/09/2019)

Incapaz afrontar situación Sí No (N - 28/09/2019)

Deficiente apoyo familiar Sí No (N - 28/09/2019)

Rechazo Sí No Comunicación limitada Sí No

Intolerancia Sí No Dependencia pasiva Sí No

Psicosomatización Sí No Ayuda poco satisfactoria Sí No

Estrés: Sensación actual Sí No (N - 4/10/2019) Estrés: situaciones anteriores Sí No (S - 4/10/2019)

Desencadenantes conocidos Sí No (S - 28/09/2019) (Salud - 28/09/2019)

¿Está normalmente tenso? Sí No (N - 28/09/2019) Prob. en la resolución Sí No (N - 28/09/2019)

Estrategias adaptación estrés Sí No (S - 4/10/2019) (Compartir - 4/10/2019)

Sistemas de apoyo Sí No (S - 4/10/2019) (Familia - 4/10/2019)

Ayudas para relajación Sí No (N - 4/10/2019) Tolerancia al estrés Sí No (S - 4/10/2019)

Técnicas de relajación Sí No

Medicamentos/drogas

COMENTARIOS (buen afrontamiento - 4/10/2019)

?

RESULTADO (Alto riesgo de alter - 4/10/2019)

Imagen 44. Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al estrés. Seguimiento 2

Fuente: OMI-AP.

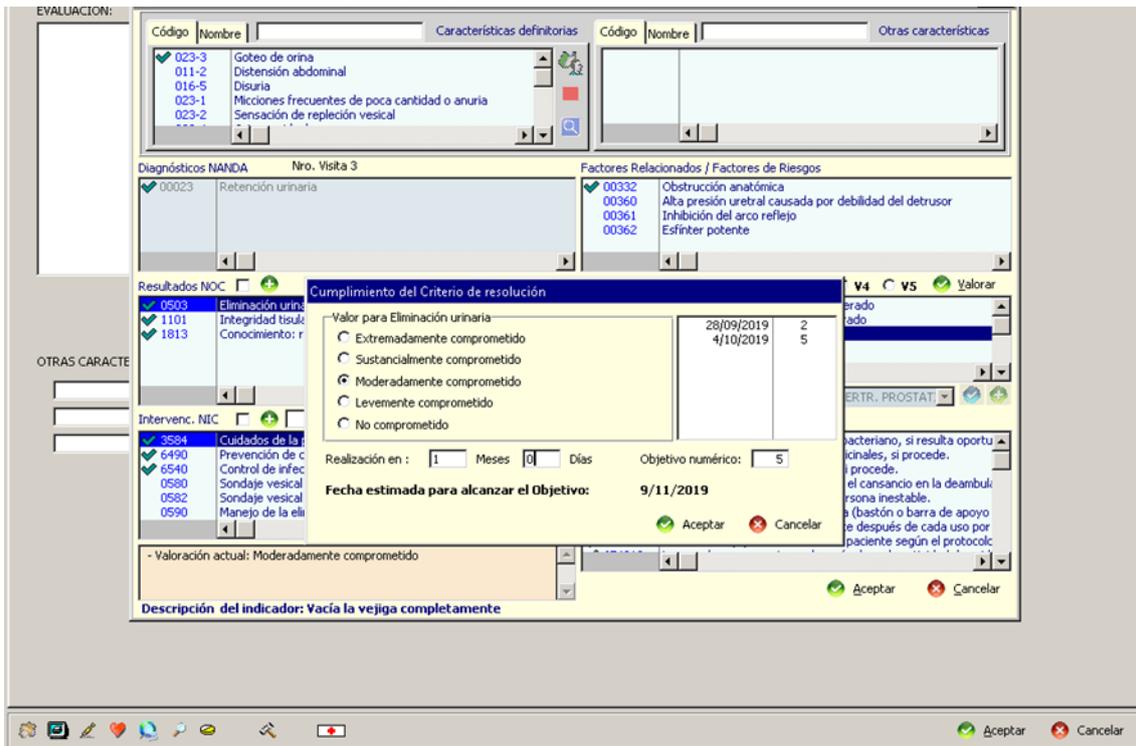


Imagen 45. Cumplimiento del NOC "Eliminación urinaria" Seguimiento 2

Fuente: OMI-AP.

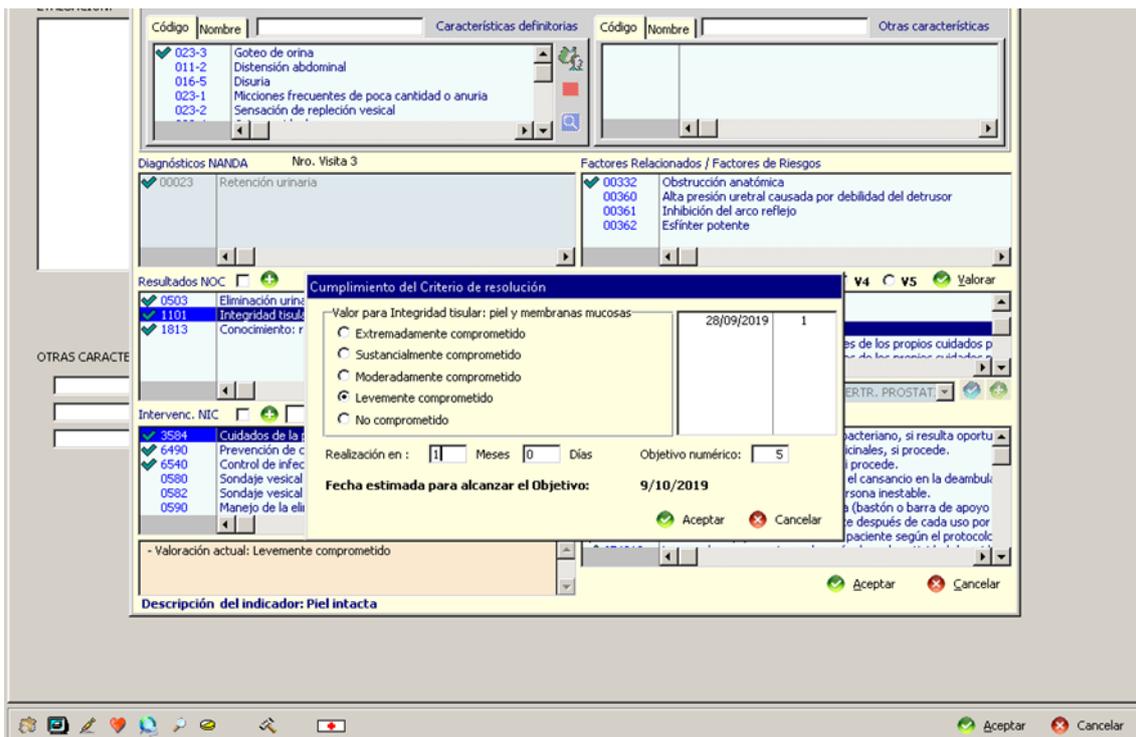


Imagen 46. Cumplimiento del NOC "Integridad tisular: piel y membranas mucosas" Seguimiento 2

Fuente: OMI-AP.

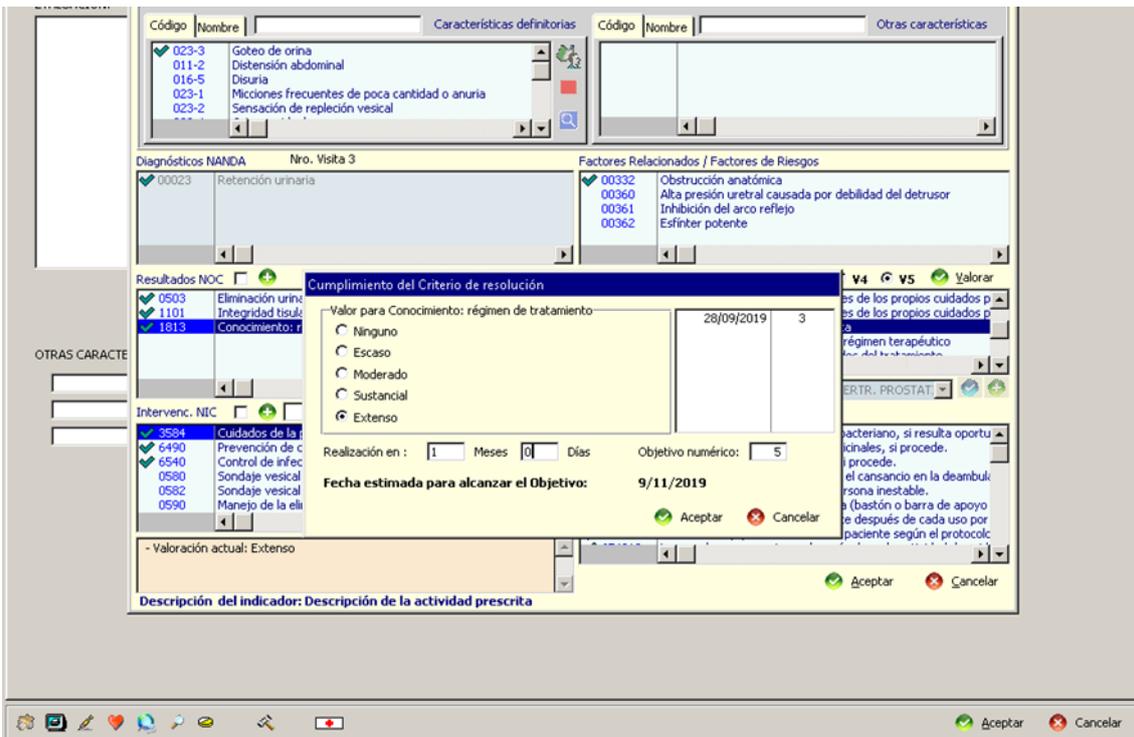


Imagen 47. Cumplimiento del NOC "Conocimiento del régimen terapéutico". Seguimiento 2

Fuente: OMI-AP.

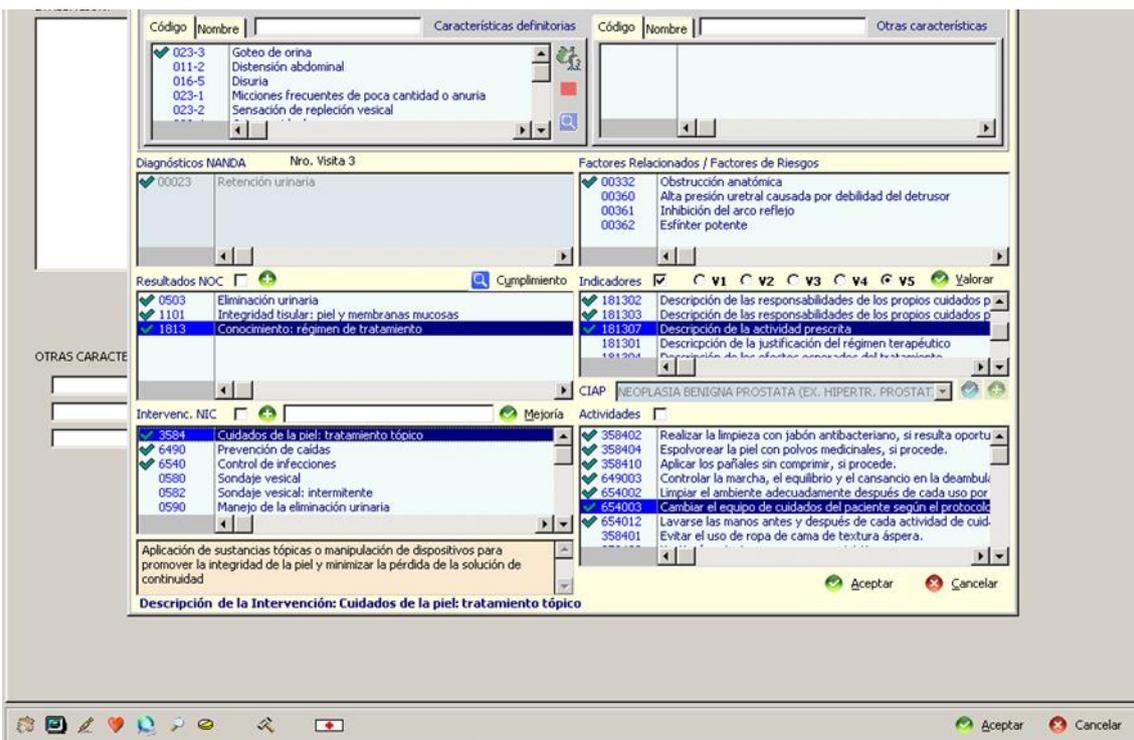


Imagen 48. Diagnóstico, NOCs, NICs, actividades y episodio CIAP. Seguimiento 2

Fuente: OMI-AP

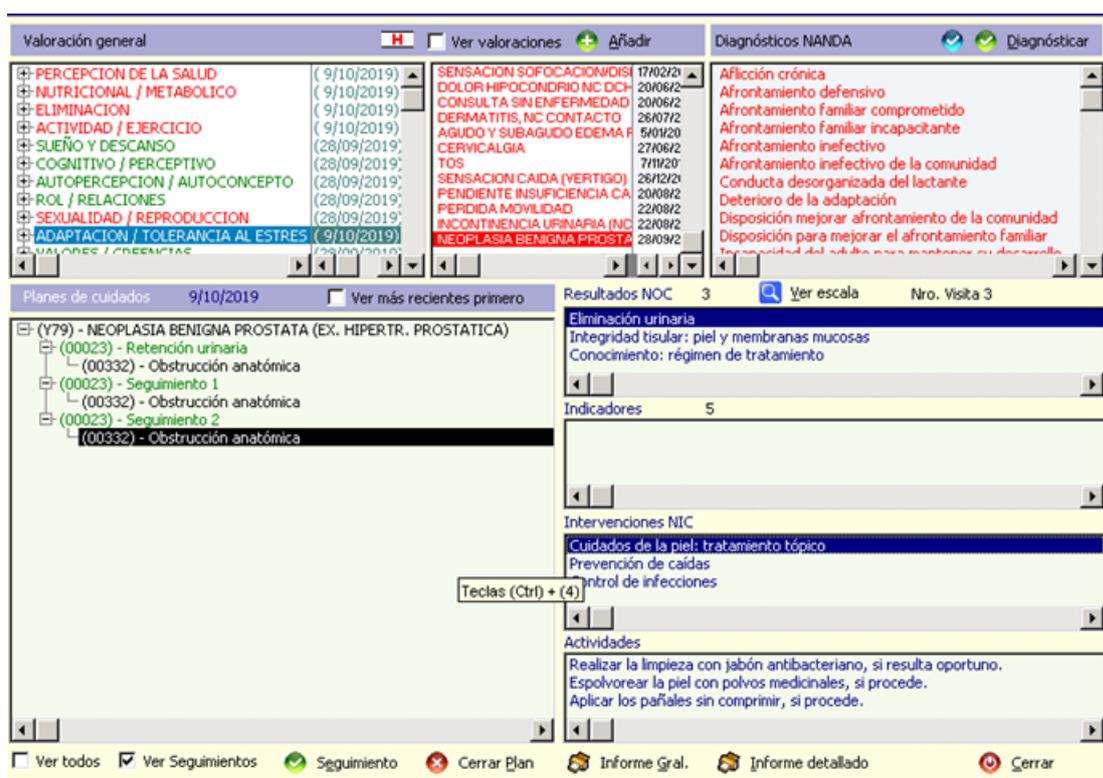


Imagen 49. Interfaz principal. Seguimiento 2

Fuente: OMI-AP.

Historial de Planes de cuidados

Paciente	
Edad	83 Años
Telefono	
Email	

Diagnóstico de enfermería 00023 **Retención urinaria**

Fecha de inicio 28/09/2019 Fecha de cierre

DIAGNOSTICO	28/09/2019		
C.D.	011-2	Distensión abdominal	
	023-1	Micciones frecuentes de poca cantidad o anuria	
F.R.	00332	Obstrucción anatómica	
NOC:	0503	Eliminación urinaria	
	Valoración: 2	Sustancialmente comprometido	
	Indicador: 050303	Cantidad de orina en el rango esperado	Valoración: 3
	Indicador: 050304	Color de la orina en el rango esperado	Valoración: 4
	Indicador: 050313	Vacía la vejiga completamente	Valoración: 2
	1101	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	
	Valoración: 1	Extremadamente comprometido	
	Indicador: 110107	Coloración en el rango esperado	Valoración: 2
	Indicador: 110110	Ausencia de lesión tisular	Valoración: 1
	Indicador: 110113	Piel intacta	Valoración: 1

	1813	Conocimiento: régimen de tratamiento	
	Valoración: 3	Moderado	
	Indicador: 181302	Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual	Valoración: 4
	Indicador: 181303	Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia	Valoración: 4
	Indicador: 181307	Descripción de la actividad prescrita	Valoración: 4
NIC:	0221	Terapia de ejercicios: deambulación	
	Actividad: 022109	Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado.	
	Actividad: 022111	Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.	
	Actividad: 022113	Aplicar/ proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulación si el paciente no camina bien.	
	0620	Cuidados de la retención urinaria	
	Actividad: 062011	Insertar catéter urinario, si procede.	
	Actividad: 062012	Enseñar al paciente/ familia a registrar la producción urinaria, si procede.	
	3584	Cuidados de la piel: tratamiento tópico	
	Actividad: 358402	Realizar la limpieza con jabón antibacteriano, si resulta oportuno.	
	Actividad: 358404	Espolvorear la piel con polvos medicinales, si procede.	
	Actividad: 358410	Aplicar los pañales sin comprimir, si procede.	
	6490	Prevención de caídas	
	Actividad: 649003	Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación.	
	Actividad: 649004	Ayudar a la deambulación de la persona inestable.	
	Actividad: 649005	Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable.	
	6540	Control de infecciones	

Planes de cuidado detalle de métodos realizados

Página 1

Diagnóstico de enfermería 00023 Retención urinaria

Fecha de inicio 28/09/2019 Fecha de cierre

Actividad: 654002 Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.

Actividad: 654003 Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.

Actividad: 654012 Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.

SEGUIMIENTO		4/10/2019	
C.D.	023-3	Goteo de orina	
F.R.	00332	Obstrucción anatómica	
NOC:	0503	Eliminación urinaria	
	Valoración: 5	No comprometido	
	Indicador: 050303	Cantidad de orina en el rango esperado	Valoración: 5
	Indicador: 050304	Color de la orina en el rango esperado	Valoración: 5
	Indicador: 050313	Vacía la vejiga completamente	Valoración: 3
	1101	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	
	Valoración: 3	Moderadamente comprometido	
	Indicador: 110107	Coloración en el rango esperado	Valoración: 3
	Indicador: 110110	Ausencia de lesión tisular	Valoración: 4
	Indicador: 110113	Piel intacta	Valoración: 3
	1813	Conocimiento: régimen de tratamiento	
	Valoración: 5	Extenso	
	Indicador: 181302	Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual	Valoración: 5
	Indicador: 181303	Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia	Valoración: 5
	Indicador: 181307	Descripción de la actividad prescrita	Valoración: 5

NIC:	3584	Cuidados de la piel: tratamiento tópico Actividad: 358402 Realizar la limpieza con jabón antibacteriano, si resulta oportuno. Actividad: 358404 Espolvorear la piel con polvos medicinales, si procede. Actividad: 358410 Aplicar los pañales sin comprimir, si procede.
	6490	Prevención de caídas Actividad: 649003 Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulaci3n. Actividad: 649004 Ayudar a la deambulaci3n de la persona inestable. Actividad: 649005 Proporcionar dispositivos de ayuda (bast3n o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulaci3n estable.
	6540	Control de infecciones Actividad: 654002 Limpiar el ambiente adecuadamente despu3s de cada uso por parte de los pacientes. Actividad: 654003 Cambiar el equipo de cuidados del paciente seg3n el protocolo del centro. Actividad: 654012 Lavarse las manos antes y despu3s de cada actividad de cuidados de pacientes.

SEGUIMIENTO		9/10/2019
C.D.	023-3	Goteo de orina

Planes de cuidado detalle de m3todos realizados

P3gina 2

Fecha de inicio	9/10/2019	Fecha de cierre	
F.R.	00332	Obstrucci3n anatómica	
NOC:	0503	Eliminaci3n urinaria	
	Valoraci3n: 3	Moderadamente comprometido	
	Indicador: 050303	Cantidad de orina en el rango esperado	Valoraci3n: 5
	Indicador: 050304	Color de la orina en el rango esperado	Valoraci3n: 5
	Indicador: 050313	Vaci3 la vejiga completamente	Valoraci3n: 3
	1101	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	
	Valoraci3n: 4	Levemente comprometido	
	Indicador: 110107	Coloraci3n en el rango esperado	Valoraci3n: 4
	Indicador: 110110	Ausencia de lesi3n tisular	Valoraci3n: 4
	Indicador: 110113	Piel intacta	Valoraci3n: 4
	1813	Conocimiento: r3gimen de tratamiento	
	Valoraci3n: 5	Extenso	
	Indicador: 181302	Descripci3n de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual	Valoraci3n: 5
	Indicador: 181303	Descripci3n de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia	Valoraci3n: 5
	Indicador: 181307	Descripci3n de la actividad prescrita	Valoraci3n: 5
NIC:	3584	Cuidados de la piel: tratamiento t3pico Actividad: 358402 Realizar la limpieza con jab3n antibacteriano, si resulta oportuno. Actividad: 358404 Espolvorear la piel con polvos medicinales, si procede. Actividad: 358410 Aplicar los pañales sin comprimir, si procede.	
	6490	Prevenci3n de caídas Actividad: 649003 Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulaci3n.	
	6540	Control de infecciones Actividad: 654002 Limpiar el ambiente adecuadamente despu3s de cada uso por parte de los pacientes. Actividad: 654003 Cambiar el equipo de cuidados del paciente seg3n el protocolo del centro. Actividad: 654012 Lavarse las manos antes y despu3s de cada actividad de cuidados de pacientes.	

Imagen 50. Informe detallado entero.

Fuente: OMI-AP.

En esta última visita a nuestro paciente, vemos que no ha cambiado su situación en cuanto a la eliminación urinaria, sigue estando moderadamente comprometida pues vacía la vejiga gracias al sondaje.

La herida ha seguido mejorando, sin enrojecimiento y bastante cicatrizada, pero no la consideraremos como completamente curada para llevar nosotros una vigilancia de la zona, por si volviese a empeorar.

Y por último, decidimos quitar algunas actividades de la intervención (6490) Prevención de caídas puesto que nuestro paciente ya tiene los conocimientos sobre cómo desplazarse con seguridad, por lo que a nosotros solo nos queda llevar un control para cerciorarnos de que todo va bien.

Este plan de cuidados se queda abierto ya que la situación clínica del paciente no va a solucionarse hasta que no se intervenga de la resección transuretral, e incluso después de esto, requerirá otra serie de cuidados.

6. DISCUSIÓN

Según la bibliografía consultada, existe un acuerdo unánime en lo respectivo al envejecimiento poblacional mundial, sobre todo en países desarrollados que han ido experimentando los grandes avances en salud y tecnología a lo largo de los siglos XX y XXI (Goldman, 2019; Martín Cervantes et al., 2019). Sin embargo, esta transición demográfica y aumento de la esperanza de vida trae consigo desafíos, como la sostenibilidad del sistema sanitario, ya que el envejecimiento conlleva el aumento de situaciones clínicas como la multimorbilidad, cronicidad compleja o la fragilidad (Blay et al., 2019), dificultad para el mantenimiento del sistemas de pensiones (Belmonte et al., 2009), así como cambios del papel de la familia respecto al cuidado del anciano (Losada et al., 2003).

Ha aumentado la esperanza de vida al nacer que el INE (2019) calcula en 83,19 años para ambos sexos, sin embargo autores como Jiménez-Lara, (2012) defienden que este concepto debe complementarse con indicadores como la esperanza de vida libre de discapacidad, concepto que nos facilita el conocimiento de si el incremento en el número de años vividos va acompañado o no de un aumento del tiempo vivido en buenas condiciones de salud. El INE (2019) ha estimado que la esperanza de vida libre de discapacidad en nuestro país ronda los 61,7 años. Al comparar estas cifras con nuestro paciente, observamos que ha alcanzado la esperanza de vida calculada, mientras que no cuenta con una vida libre de discapacidad, pues como se ha manifestado en los antecedentes clínicos, es poseedor de patologías anexas que le son limitantes.

Con respecto a las consecuencias económicas del envejecimiento demográfico, tenemos un aumento del consumo del sistema sanitario por parte de este colectivo, y este consumo va a ser diferente según el sexo, nivel de salud o clase social del anciano. De esta forma los ancianos de clases sociales más bajas recurren principalmente a los servicios de Urgencias y Atención Primaria, mientras que aquellos de clases sociales altas se decantan por la Atención Especializada y Hospital de Día, además de ser las mujeres las que

más frecuentan los servicios sanitarios (Aguilar-Palacio et al., 2016). A pesar de que nuestro paciente objeto de estudio es hombre y no cuenta con una posición económica envidiable, pero tampoco desfavorecida, somos conocedores de que ciertamente los servicios que más frecuenta con el centro de salud para los cuidados post-alta hospitalaria y de seguimiento y control debido a su multimorbilidad y que actualmente necesita debido a la incorporación del sondaje vesical permanente, necesitando de educación sanitaria; así como las visitas a urgencias en caso de reagudización o empeoramiento de alguna de sus patologías, lo que se corresponde con el estudio realizado por Jiménez-Rodríguez & Farouk-Allam (2015), quienes confirman que son los profesionales de AP, junto con los trabajadores sociales, los que más respuestas dan a las demandas de este sector de población.

En referencia a la clasificación anterior, añadir que la percepción que uno mismo posee sobre su salud, es un indicador mucho más fiable de consumo de servicios sanitarios que el propio estado de salud de la persona (Aguilar-Palacio et al., 2016) y que esta percepción está fuertemente influida por las actitudes (positivas o negativas) que tenga la persona ante su vida y futuro, por el pensamiento de que el bienestar es holístico y no sólo físico y por el padecimiento de enfermedades crónicas que disminuyan el nivel de dependencia, lo cual dificulta una adecuada percepción de salud (Lommi et al., 2015; Loredó-Figueroa et al., 2016; Aguilar-Palacio et al., 2016). En este sentido, y en relación a las circunstancias de nuestro paciente nos encontramos con una persona de avanzada edad, pluripatológico crónico complejo cuya independencia para algunas actividades como el aseo o el desplazamiento se ven interrumpidas debido al uso de un sondaje vesical permanente, sin embargo, en su voluntad persiste el seguir manteniendo una actitud positiva y de afrontamiento. Es por esto que podemos afirmar que en este caso de estudio que nos ocupa, el mayor consumo de los servicios sanitarios no se encuentra influido por una peor percepción de salud, ya que la capacidad de resiliencia de nuestro paciente y familia facilita el afrontamiento de la complejidad patológica y terapéutica. Autores como Resnick, (2008), MacLeod et al., (2016) y Bernardes & Baixinho (2018), han propuesto diversas definiciones de resiliencia, por lo que, en definitiva, afirman que se trata de un

proceso dinámico que influye en la capacidad de lidiar, sobrevivir, superar, aprender y recuperarse de las inevitables experiencias adversas de la vida al incorporar rasgos internos como la resistencia, la alta autoeficacia y los factores externos, como el apoyo social, que promueven el afrontamiento. MacLeod et al. (2016) nos describen también los factores que influyen en una mayor capacidad de resiliencia, como son: independencia en las ABVD, la actividad física, no tener afecciones crónicas, permanecer físicamente activo, con una nutrición saludable, evitar la obesidad y ser mujer, sobre todo mujer mayor.

Es interesante que comparemos la definición y factores influyentes de la resiliencia con los de un envejecimiento saludable, pues ambos conceptos van de la mano, retroalimentándose entre sí. Salazar-Barajas et al. (2018) defendían que envejecimiento activo constituye una necesidad de preservar la independencia y retrasar las discapacidades en los adultos mayores, incluidos aquellos con enfermedades crónicas, siendo los altos niveles de resiliencia, esperanza, de apoyo social, buena capacidad de afrontamiento, ser mujer, y el menor tiempo padeciendo una enfermedad, los factores más influyentes para un proceso de envejecimiento activo y saludable. De esta forma observamos que el concepto de resiliencia que nos definen (MacLeod et al., 2016) se encuentra fuertemente favorecido por un envejecimiento saludable (mantenerse activo, buena nutrición, evitar afecciones crónicas, participación en la vida social...), de la misma forma, el desarrollo y mantenimiento de un envejecimiento exitoso y saludable está fuertemente influido por el nivel de resiliencia que tengamos, ya que se traduce en el afrontamiento, adaptación y superación de las circunstancias que se presenten (Salazar-Barajas et al., 2018; OMS, 2015).

Como podemos observar, nuestro paciente no cumple la mayoría de tales factores, ni los influyentes en un envejecimiento saludable ni en el nivel de resiliencia, pues es varón, presenta obesidad, patologías crónicas, alteración de la independencia en sus ABVD como son el aseo y la deambulaci3n, adem1s de no realizar demasiada actividad f1sica, y sin embargo cuenta con una alta resistencia, autoeficacia y apoyo social por parte de familia y amigos gracias a las buenas relaciones sociales que sigue manteniendo, lo cual influye

positivamente en el mantenimiento de un envejecimiento saludable en lo que respecta a la esfera psicológica y social, así como la consecución de un buen nivel de resiliencia, lo cual favorece una mejor calidad de vida, una mejor salud mental y un envejecimiento exitoso autopercibido en general, mayor felicidad, bienestar y satisfacción con la vida, resistencia mejorada al estrés, mayor independencia en ABVD, mayor longevidad, menor riesgo de mortalidad y una recuperación cardiovascular más rápida (Martínez Rodríguez et al., 2019).

Por otro lado, si hablamos de la incidencia de pluripatologías y morbilidad; aumentan con la edad, con lo cual, constituye un problema intrínseco al envejecimiento poblacional. Coderch et al. (2018) nos confirman que en mayores de 75 años se llegan a tener más de 3 enfermedades crónicas por persona, como es en el caso de nuestro paciente (HTA, DM II, EPOC, IC etc). Y aunque este grupo de población suponga un 3-5% de la población global, se ubican en el nivel 3 de la pirámide de Kaiser Permanente, necesitando estrategias específicas de gestión de casos, siendo, de esta forma, la población más compleja de manejar y la que más recursos va a requerir (Coderch et al., 2018; García-Montero et al., 2019). Pues, como coinciden varios autores, las características comunes a estas personas y que están presente en nuestro paciente son la fragilidad, vulnerabilidad, complejidad, presencia de discapacidad funcional y necesidad de apoyo en las ABVD, necesidad de cuidados multidisciplinares y continuados, además de ayuda en el manejo de síntomas y del régimen terapéutico (del-Pino-Casado & Riera, 2007; Jiménez et al., 2014; Coderch et al., 2018;). Miguélez-Chamorro et al. (2019) añaden que, desde el punto de vista de los pacientes crónicos, la mayor complejidad radica en la pérdida de funcionalidad unida al laberinto que supone una asistencia sanitaria de múltiples especialidades pero de forma fragmentada, a lo que se le añaden los determinantes de recursos socioeconómicos con los que cuente el paciente. En el caso presente observamos que efectivamente la pérdida de funcionalidad afecta a nuestro paciente, ya que quiere mantener su independencia dentro de sus límites, y el añadido del sondaje vesical a su situación, ya de por si bastante compleja, no hace sino dificultarle más el ser independiente, sobre todo, como ya hemos reseñado, en lo referente a la deambulacion, el baño y el vestirse y desvestirse,

requiriendo de ayuda externa, como se refleja en la escala de Barthel, con una puntuación de 75 durante todo nuestro periodo de investigación.

Analizando más profundamente el estudio realizado por Jiménez et al., (2014) respecto a estas características comunes a la población susceptible de gestión de casos en la Región de Murcia y comparándolo con las de nuestro paciente, vemos que la edad de la población diana es de 74 ± 15 años, entre los que se encuentra los 83 de nuestro paciente, sin embargo, evidencian que el sexo femenino es el predominante en un 54,7%, así como que la enfermedad crónica más común en los hombres es el EPOC (35,9%), concretamente en los hombres casados, mientras que los viudos presentan más dependencia (26,7%), ACV (22,9%), demencia (14,3%) y no apoyo social (6,7%), circunstancia que con nuestro paciente sucede al contrario. En lo que respecta a la dependencia para las ABVD, el 87,2% de la población de estudio presenta algún grado de dependencia, siendo la más común la severa, con puntuación de Barthel de 21-60 (30,8%), encontrándose nuestro paciente con una puntuación en este test de 75, formando parte del 27% que padecen de dependencia moderada (Barthel 61-90), pues son los hombres los que tienden a padecer de dependencia moderada en un 27,7%, contra el 35,5% de las mujeres, que tienden a una dependencia severa.

En lo que respecta a la problemática del manejo de la multimorbilidad, uno de los puntos a tratar es la polifarmacia. El padecimiento de enfermedades crónicas está ligado al gran consumo de fármacos, y si esta situación la colocamos en un contexto de la vejez, no hace más que empeorar ya que se le unen los cambios fisiológicos propios de la misma, alterándose la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos. Es decir, no sólo se ha demostrado que a mayor consumo de fármacos, mayor riesgo de desarrollar reacciones adversas, sino que este riesgo también se ve aumentado en el proceso de envejecimiento (Gavilán-Moral et al., 2012; Tinitana-Ortega et al., 2019). Respecto a lo complicado de definir lo considerado como polifarmacia, diversos autores coinciden en la idea de que podemos definirla desde una perspectiva cualitativa, en la que se considera polifarmacia al consumo de fármacos inadecuados para la situación clínica; mientras que desde una perspectiva cuantitativa encontramos que el consumo de hasta 5 fármacos no

se considera polifarmacia, de 5 a 10 sí que se considera y el consumo de más de 10 fármacos es una polifarmacia excesiva (Barroso & Moral, 2011; Gavilán-Moral et al., 2012; Ramirez et al., 2015).

Esta situación cobra vital importancia en nuestra comparación de características con nuestro paciente, pues se encuentra en tratamiento con antihipertensivos, insulina, broncodilatadores, antiagregantes, además de los ajustes dietéticos necesarios para su situación clínica, la cual puede tener consecuencias tales como reacciones medicamentosas, ya sea entre los propios fármacos del tratamiento, o entre fármacos y enfermedades del paciente, como en el ejemplo que pusimos anteriormente: en el momento en el que sufriese una exacerbación de su EPOC y en el hospital le prescribiesen corticoides para tratarlo, estaría en riesgo de desarrollar una crisis hiperglucémica (Gavilán-Moral et al., 2012; Ramirez et al., 2015; Tinitana-Ortega et al., 2019). Otras posibles consecuencias de la polimedicación que menciona este mismo autor y que deben preocuparnos especialmente por nuestro paciente, son la falta de adherencia terapéutica y el incremento de los síndromes geriátricos como las caídas o el deterioro cognitivo.

Dentro de los síndromes geriátricos que tienen más riesgo de afectar a nuestro paciente son el de inmovilidad, las caídas y la fragilidad, como ya mencionamos anteriormente, puesto que si nuestro paciente no era muy activo físicamente antes de este proceso, ahora se encuentra en un periodo de menos movilidad debido a las precauciones que toma respecto al sondaje vesical, pues le da miedo tirar del mismo; caídas ya que necesita de medios de ayuda para deambular, como un andador o el agarre de una persona, además de presentar una puntuación de 3 en el test *get up and go*; y por último, el de fragilidad ya que tiene un 4 en la escala de Barber, indicando una posible situación de riesgo (Menéndez Colino et al., 2017), además de cumplir más de uno de los criterios propuestos por la OMS como ser mayor de 80 años, estar polimedicado o haber tenido un ingreso hospitalario en el último año.

Estos síndromes se caracterizan por su alta frecuencia de aparición, su gran repercusión en la calidad de vida y por la posibilidad de prevenir su aparición o de reducir su impacto (Abizanda-Soler & Rodríguez-Mañas, 2015; Menéndez-Colino et al., 2017). Por lo que es importante actuar sobre ellos

desde una perspectiva interdisciplinaria y holística, previa adecuada valoración geriátrica integral, considerada herramienta de diagnóstico multidimensional e interdisciplinaria para identificar y cuantificar problemas en cualquiera de las esferas que determinan la salud del anciano, con el objetivo de crear un plan individualizado de cuidados integrales (Cervantes Becerra et al., 2015; Gálvez-Cano et al., 2016). Cada visita domiciliar que se hizo con nuestro paciente, se aprovechó para reevaluar todas las escalas (tabla 3), llevando así un seguimiento que pueda informarnos lo antes posible del empeoramiento de alguna de las funciones.

Refiriéndonos de nuevo a nuestros principales síndromes geriátricos, hablamos de la inmovilidad. Con una prevalencia de un 18% en mayores de 65 años y un 50% en mayores de 75, es importante realizar una completa y detallada anamnesis que incluya los posibles factores desencadenantes y limitantes, entre los que se encuentran los intrínsecos (enfermedades del paciente como una IC o EPOC) y los extrínsecos (polifarmacia, hospitalización o barreras arquitectónicas). También debe incluir la evaluación de la marcha y de la movilidad (Menéndez-Colino et al., 2017). En cuanto al tratamiento, va a estar centrado en eliminar las barreras arquitectónicas del domicilio y en la promoción del ejercicio físico individualizado, pues muchos autores coinciden en el gran beneficio a nivel holístico que supone (Izquierdo et al., 2014).

Por otro lado, refiriéndonos a las caídas, existe un consenso entre los autores al afirmar que es un síndrome con graves consecuencias para la salud, constituyendo la primera causa de muerte por accidente en mayores de 65 años y afectando al 50% de los mayores de 80 años, los cuales se caen al menos una vez al año (Moncada & Mire, 2017; Pasquetti et al., 2014). De los factores de riesgo o influyentes en este síndrome, encontramos los extrínsecos o ambientales (como barreras arquitectónicas o ambientales, que en nuestro caso lo constituye el sondaje vesical a la hora del desplazamiento, además de que pueda influir la medicación hipotensora) y los intrínsecos, de los cuales, los más importantes son los antecedentes de caídas y alteraciones de la marcha y equilibrio, evaluados con el test de *get up and go* aunque a nuestro paciente le faltaría valorar la velocidad de la marcha. Esta valoración debería realizarse a cualquier mayor de 65 años, acompañado de una anamnesis completa (Barry

et al., 2014; Abizanda-Soler & Rodríguez-Mañas, 2015;). En cuanto al manejo y prevención, nos centramos en al fomento del ejercicio físico de forma progresiva y supervisada, por lo que recomendaremos a nuestro paciente algunos ejercicios de la tabla anterior, nunca realizándolos solo, suplementos de vitamina D, los cuales no tiene prescritos, revisar la medicación con el objetivo de eliminar fármacos innecesarios, así como eliminar las barreras arquitectónicas del domicilio (Pasquetti et al., 2014), que, como ya hemos mencionado, no presenta, pues tiene la casa bastante acomodada a su nivel de independencia, además de contar con la ayuda de la hija.

Por último y para finalizar el presente apartado, autores como Goldman (2019) y Pinheiro et al. (2019) describen la fragilidad como uno de los grandes problemas de la ancianidad; un estado de desequilibrio homeostático y reserva fisiológica disminuida caracterizado por debilidad, fatiga, baja actividad, lentitud del movimiento y pérdida de peso. Ambos coinciden en el hecho de que la fragilidad por sí sola es un factor de riesgo para peores resultados en salud, empeorando el pronóstico de afecciones crónicas como las enfermedades cardiovasculares, además de estar relacionada con la mortalidad a largo plazo. Sin embargo, Pinheiro et al. (2019) añaden que este síndrome puede ser causa o consecuencia de edad avanzada, presencia de comorbilidades, sexo femenino, disfuncionalidad familiar y no apoyo social (lo que dificulta un adecuado afrontamiento), bajo nivel educativo y/o socioeconómico y riesgo de caídas.

En cuanto a si valoración, a parte de la VGI, existen otra herramientas para diagnosticar una condición de fragilidad, como son los Criterios de Fried y el *Short Physical Performance Battery* (Menéndez-Colino et al., 2017), sin embargo, en nuestro caso se usó el test de Barber junto con los criterios de fragilidad de la OMS (2015). Y si hablamos del manejo y tratamiento, debemos centrarnos en un plan de cuidados individualizado, suplementos de vitamina D, y sobre todo, ejercicio físico, pues es la intervención más eficaz para retrasar su desarrollo (Izquierdo et al., 2014). Como vemos, existe un consenso acerca de los múltiples beneficios que aporta el ejercicio físico en la vejez, a nivel holístico, previene la disminución de las funciones motoras, mejora la respuesta inmune y previene y afecta positivamente los trastornos metabólicos. También

proporciona apoyo para hacer frente al deterioro cognitivo y la memoria, y actúa sobre la sintomatología depresiva (*WHO | What is Healthy Aging?*, 2015).

Una parte esencial de este cambio demográfico son los cuidadores, concretamente los informales, entendidos como aquellas personas cuyos lazos de unión con el anciano no van más allá de la familia o la buena amistad y que ofrecen sus cuidados de forma no remunerada (Flores et al., 2015). Esta clase de cuidado ha sido atribuida tradicionalmente a la familia, sin embargo, los cambios ocurridos a lo largo de los últimos años han hecho evolucionar el concepto que la familia le otorga al cuidado de los más ancianos. El pasar de familias extensas con los ancianos a la cabeza del poder, a familias monoclonales o directamente conyugales, pasando por la introducción de la mujer al mercado laboral, ha provocado en los españoles una disminución de la capacidad de autocuidados y de dar cuidados debido a que han atribuido la responsabilidad del cuidado al estado y sistema sanitario, teniendo la familia menos responsabilidad sobre el mismo. A pesar de este cambio de mentalidad, actualmente más del 80% de los cuidadores de mayores de 65 años siguen siendo parientes, estando la mitad de ellos viviendo en el mismo domicilio. (Losada et al., 2003; Orueta-Sánchez et al., 2011; Vilaplana-Prieto et al., 2011).

Sin embargo, Vilaplana-Prieto et al. (2011) añaden que desde la introducción de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia han aumentado los casos de cuidadores formales, lo cual no ha supuesto una sustitución de unos cuidados por otros, sino una complementariedad entre los mismos, contribuyendo a la disminución de aparición de las consecuencias negativas que numerosos autores han atribuido al rol del cuidador, como la sobrecarga, problemas físicos, emocionales, económicos, aislamiento social o conflictos familiares (Maslach & Jackson, 1981; Losada et al., 2003; Jiménez et al., 2014; De Valle-Alonso et al., 2015; Pablo Santiago et al., 2016). En el caso de nuestro paciente, no le ha hecho falta recurrir a esta ley ya que entre sus hijas y su propio autocuidado pueden mantener un estilo de vida saludable sin sobrecarga.

Recordando las variables influyentes en la capacidad de afrontamiento del cuidador que propusieron Lazarus & Folkman (1999), vemos que las mujeres son las que tienen más sobrecarga por el simple hecho de que son las mayoritarias encargadas del cuidado, como es en nuestro caso la hija del paciente; el tener mayor edad también se relaciona con más sobrecarga del cuidador debido a las propias exigencias de cuidado que empieza a tener el cuidador; el parentesco con la persona cuidada influye negativamente si se trata de un familiar (Flores et al., 2015) ya que no están preparados profesionalmente, no se les remunera, además del estrés emocional que supone el vínculo emocional que pueda unirlos, como ocurre con la hija de nuestro paciente, que aunque tenga buenas estrategias de afrontamiento, hay más riesgo de que presente sobrecarga o síndrome de burnout que si hablamos de un profesional contratado; o el nivel de estresores, es decir, que las demandas implicadas en el cuidado superen la capacidad del cuidador, como altos niveles de dependencia del anciano, vivir con el mismo, o un exceso de hora semanales dedicadas al cuidado (Jiménez et al., 2014; Musich et al., 2017), siendo en nuestro caso altas las demandas que tiene que atender la hija de nuestro paciente. Sobre la base de estas consideraciones nos queda añadir que entre los factores facilitadores de resiliencia para el cuidador principal se encuentran el estilo de afrontamiento del cuidador (centrado en el problema), la evaluación de los estresores, pero sobre todo, el apoyo social (Martínez-Rodríguez et al., 2019).

En lo que respecta al perfil del cuidador principal informal, sigue siendo la mujer la que lidera este rol, normalmente siendo la cónyuge para después delegar su función a la hija. Que aunque cada vez haya más hijos que se encarguen de cuidar, siguen siendo ellas las mayoritarias en una proporción de 12% - 43%, respectivamente. La edad media de la cuidadora familiar está entre los 45 – 65 años, y de ellas, cada vez más activas laboralmente, el 10% admiten no poder compaginar el cuidado con un trabajo fuera de casa, mientras que el 20% manifiestan que su vida profesional se ha visto resentida (Jiménez et al., 2014; Zueras et al., 2018). Somos conocedores que de la hija de nuestro paciente se encuentra en una posición laboral que le permite atender las necesidades de su padre sin problemas, ya que su segunda hija

también aporta ayuda para el cuidado de su padre. No hizo referencia en ningún momento a sentimientos de desesperanza o de cansancio, ni su actitud denotaba tampoco síntomas de burnout, lo cual coincide con lo examinado en el estudio realizado por Jiménez et al. (2014), pues la mayoría de cuidadoras no presentaban sobrecarga (40%) seguidas por muy poco por las que sí presentaban sobrecarga intensa (38.8%).

El rol de una enfermera abarca la atención autónoma y colaborativa de todas las personas, la promoción de la salud, prevención de enfermedades, la prestación de atención, promoción de entornos seguros, la investigación, la participación en la formulación de políticas de salud, la gestión y educación de los sistemas de salud y del paciente (Morrison & Conseil international des infirmières, 2010). Autores como Goldsmith et al. (2019) y Melero-Lacasia & García-Orellán, (2016) nos hacen reflexionar sobre la figura de la enfermera de AP y su labor para con sus pacientes y la sociedad, pues consideran el eje del liderazgo de enfermería la comunicación entre profesionales y binomio paciente-familia. Pues es la enfermera comunitaria la que pasa más tiempo con paciente y familia, siendo la que mejor conoce su situación y, por lo tanto, la que más información y cuidados adaptados al mismo puede aportar. El dotar a nuestros pacientes con un completo y adecuado conocimiento sanitario conlleva un mejor manejo y satisfacción por parte del paciente de su situación clínica.

Para ofrecer la información y cuidados correctos y pertinentes a nuestros pacientes, favoreciendo e impulsando así el autocuidado de los mismos, primero tenemos que evaluar y comprender cuáles son sus actitudes y creencias hacia la vida y el envejecimiento, conocer su forma de adaptación, así como una evaluación de sus redes sociales y sistemas de apoyo, para así poder dirigir actividades con el objetivo de modificar pensamientos y comportamientos negativos hacia este periodo de vida, favoreciendo una actitud positiva hacia el proceso de envejecimiento saludable (Lommi et al., 2015; «The role of nurses in promoting healthy ageing», 2019). Por esto, ha sido importante que en cada visita domiciliaria a nuestro paciente, no solo nos centrásemos en los aspectos más clínicos como las escalas de movilidad y caídas o en cómo está realizando el hombre los cuidados del catéter urinario,

sino que tenemos comunicarnos abiertamente con él y con su hija, darles la confianza de que pregunten cualquier duda e inseguridad, atentos a las verbalizaciones y pensamientos negativos, para empezar a trabajar con ellos.

Como hemos indicado, una de las muchas funciones de una enfermera, consiste en promocionar la salud y favorecer el autocuidado de la población, no siendo menos importante en los ancianos, ya que Loredó-Figueroa et al. (2016) afirman que las capacidades de autocuidado del adulto mayor tienen repercusión en la percepción de la calidad de vida y de la salud, de manera tal que a menor dependencia y mayor autocuidado, mayor es la calidad de vida del adulto mayor. En cuanto a lo que se entiende por autocuidado, todas las definiciones convergen en el mismo punto: actividades llevadas a cabo por la propia persona tanto en la promoción, mantenimiento de la salud, como en el manejo de la enfermedad (Organization & Asia, 2009; Prado Solar et al., 2014).

Como los pacientes crónicos pluripatológicos presentan bastantes dificultades a la hora de llevar un correcto autocuidado, se considera esencial el papel de la enfermera para facilitar tal cometido. Una de las intervenciones que debería llevarse a cabo sería una revisión exhaustiva de la medicación del paciente, considerando la deprescripción (Gavilán-Moral et al., 2012) mediante el uso de herramientas como los criterios Beers (Pastor-Cano et al., 2015) y STOPP – START (Gallo et al., 2015). El objetivo es que nuestro paciente consuma únicamente los fármacos clínicamente favorables para su situación, reduciendo así el riesgo de interacciones y de desarrollar efectos adversos como los síndromes geriátricos anteriormente mencionados. En nuestro caso clínico, esta sería una de las intervenciones que tendrían que realizarse, pues el paciente consume todos los fármacos recetados para cada una de sus patologías, sin examinar los posibles efectos adversos que podrían desencadenar.

Otra de las herramientas indicadas para el mejor manejo y ayuda de estos pacientes, es la implantación de la figura de la enfermera gestora de casos, encargada de crear a medida las rutas asistenciales específicas para los pacientes crónicos complejos, es decir, asegurar una adecuada integración de toda la asistencia de la que requiera el paciente. Coordinación dentro del sistema sanitario y con los servicios sociales. Facilitando la labor de

autocuidado del paciente y familia, aumentando la satisfacción de los mismos, evitando el componente de sobrecarga de estar cuadrando citas con diferentes especialistas, manejo de medicaciones, distintas pruebas y revisiones etc. (Gallud et al., 2012; Miguélez-Chamorro et al., 2019). Sin embargo, las competencias de esta figura no están reguladas por un marco jurídico, por lo que éstas pueden variar según la comunidad autónoma. Para definir las funciones tendríamos que irnos a los protocolos y manuales de tales comunidades que sí que tienen reguladas tales competencias, como Cataluña, Canarias o Andalucía (López-Vallejo & Puente-Alcaraz, 2019).

Numerosos estudios han evidenciado el beneficio que supone la implantación de esta figura para la optimización de la atención sanitaria a estos pacientes tan complejos, concretamente, Jiménez et al (2014) descubrieron gracias a su estudio sobre la implantación de la EGC en la Región de Murcia que se vieron notablemente mejoradas las valoraciones por patrones en OMI, tanto de los pacientes, como de sus cuidadores principales, lo cual favorece un mejor conocimiento sobre la situación personal y familiar de nuestro paciente.

Continuando con herramientas de utilidad para trabajar con estos pacientes, Mariñelarena Mañeru et al. (2018) presentan el concepto de medicina mínimamente disruptiva, la cual se fundamenta en los principios de Ariadne, cuyo objetivo es la realización de una valoración exhaustiva de la situación clínica y contexto global del paciente, para así priorizar los problemas de salud teniendo en cuenta las preferencias del paciente a través de una gestión individualizada considerando las mejores opciones disponibles (Prados-Torres et al., 2017).

El surgir de este concepto se debe a la respuesta de un sistema sanitario desbordado ante la demanda de una sociedad hipermedicalizada (Orueta-Sánchez et al., 2011): sobrediagnósticos y sobretratamientos debido a la pérdida de una visión holística del paciente, centrándose en la esfera biológica, unido a la parcelación de una atención llevada a cabo por numerosos especialistas (Aguilar Fleitas, 2015). Mariñelarena Mañeru et al. (2018) añaden que también entendemos por sobretratamiento cuando la carga de cuidados que el sistema sanitario deposita sobre el paciente crónico y su familia termina por desbordar la capacidad de estos para afrontarla, situación que afecta a

nuestro paciente y su entorno, existiendo el riesgo de deterioro de su resiliencia.

Por último, en esta discusión queremos reflexionar sobre el estado actual y los retos a los que tiene que hacer frente el trabajo de AP. Consecuencia de un sistema sanitario hipercongestionado, perdiéndose la identidad holística de los pacientes y centrados en un modelo de atención a patologías agudas; la atención domiciliaria, longitudinal e interdisciplinar llevada a cabo por el equipo de AP basándose en un modelo de decisiones compartidas en el que se unen AP, AE y paciente y familia, se hace indispensable para el paciente crónico. Atención primaria necesita tomar compromiso y liderazgo en lo que respecta a la atención domiciliaria (Arroyo de la Rosa & Bayona Huguet, 2019; SEMI y la semFYC, 2020).

6.1. Limitaciones

Las limitaciones encontradas a lo largo del desarrollo de este estudio han sido las siguientes:

- Tiempo limitado para hacer el seguimiento del caso de estudio pues las visitas domiciliarias eran una vez por semana, de no más de 20 min debido a la gran carga asistencias a la que tenía que dar respuesta el profesional de enfermería. Consideramos que con un periodo más extenso, podríamos haber abarcado más problemáticas del paciente a parte de la educación sanitaria del sondaje vesical, como una revisión farmacológica y de adherencia al tratamiento.
- Falta de estudios científicos que incluyan al colectivo crónico complejo. Pues la mayoría de literatura se centra en patologías únicas, no teniendo en cuenta la interacción entre unas y otras.
- El no existir un consenso a nivel nacional a cerca de las competencias de la enfermera gestora de casos. Esto nos hace que en muchas ocasiones no reconozcamos dónde termina el límite de actuación de la EGC y dónde empieza el de otros profesionales o incluso el del paciente.

7. CONCLUSIONES

Tras la realización de este estudio y el análisis exhaustivo de los resultados obtenidos, con el objetivo principal de describir el impacto clínico, económico, social, familiar y emocional de la multimorbilidad, así como la importancia de su abordaje biopsicosocial desde Atención Primaria; se ha dado cumplimiento a los objetivos planteados al principio del trabajo, ello nos permiten alcanzar las siguientes conclusiones:

1. Dentro de la evolución de los factores demográficos que han favorecido el aumento del envejecimiento poblacional nos encontramos con que la disminución de la natalidad (gracias a que los avances sanitarios han permitido una disminución de la mortalidad infantil) convive con el aumento de la esperanza de vida, así como de la esperanza de vida libre de discapacidad (gracias también a tales avances sanitarios). Por lo que, si disminuye la natalidad y aumenta el envejecimiento, no hay relevo generacional. Otra razón por la que ha aumentado la población anciana es la inmigración.
2. Los factores sociales causantes de los cambios familiares y del concepto que estas tienen del cuidado del anciano son el haber pasado de un modelo de familia extensa, en las que primaba el mando de los más mayores, a un modelo de familia monoclonal o incluso conyugal; una reducción de las redes informales de cuidado. Esto, entre otros factores, ha sido favorecido por la introducción de la mujer al mundo laboral, lo que le ha impedido tanto hacerse cargo del cuidado de los hijos, como asumir el rol de cuidadora informal para el anciano. Siendo una tendencia cada vez más habitual la de delegar esta clase de cuidados al sistema sanitario, motivado por la creencia de que es éste quien tiene que garantizar todo tipo de cuidados.
3. La incidencia de la polifarmacia aumenta con la edad, ya que hay más probabilidad de padecer diversas y concomitantes enfermedades crónicas. El padecimiento de multimorbilidad y por lo tanto, el estar polimedicado, unido a los cambios fisiopatológicos del envejecimiento que alteran la farmacocinética y farmacodinamia de los fármacos sitúa al anciano en una

posición en la que es muy probable que padezca de interacciones medicamentosas, tanto entre los propios fármacos del tratamiento como entre éstos y las patologías que padece. Esta situación se ve motivada por la creencia cada vez más arraigada de que para todo tiene que haber una cura o tratamiento (lo que se ha denominado como *medicalización de la vida*), incluido el envejecimiento, cuando éste es solo otra etapa de cambio a lo largo de la vida.

4. El cuidado informal es la atención no remunerada que se presta a las personas con algún tipo de dependencia, por parte de los miembros de su familia y/u otra persona sin otro lazo de unión ni obligación con la persona dependiente que no sea el de la amistad o buena vecindad. A pesar de la tendencia actual de delegar el cuidado del anciano al sistema sanitario, sigue siendo mayoritario el cuidado de los mismos por parte de un miembro de la familia, normalmente la mujer (cónyuge), seguida de las hijas. Aunque cada vez son más los hijos que se hacen cargo de sus padres, siguen siendo ellas las mayoritarias, sobre todo en edad comprendidas entre 55-65 años. Dentro de las complicaciones asociadas a este rol se encuentra la dificultad de compaginar los cuidados con la vida laboral, así como consecuencias negativas tanto físicas como psicológicas (sobrecarga, ansiedad, depresión, aislamiento etc).
5. El papel de la enfermera comunitaria es de vital importancia con esta clase de pacientes, pues son las encargadas de hacer visitas domiciliarias, donde pueden ver y entender mejor que nadie cuál es la situación global del paciente y familia. Son la figura con la que los pacientes asientan mayor confianza para expresar inquietudes, miedos y dudas, pues lleva un seguimiento longitudinal de los mismos. Enfermería cuenta con múltiples herramientas para llevar a cabo una adecuada y completa evaluación del anciano, debiendo de hacerse de forma periódica para identificar cualquier cambio de forma precoz. El papel de la EGC se hace indispensable, pues es el nexo entre AP y AE que tanto facilita la adherencia terapéutica a pacientes de gestión de casos.

6. La realización del proceso enfermero permitió identificar como diagnóstico principal "(00023) Retención urinaria r/c obstrucción del tracto urinario m/p distensión vesical y micciones frecuentes y de poca cantidad.". Todo ello con la planificación de unos objetivos para la (0503) Eliminación urinaria, (1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas y para (1813) Conocimiento: régimen terapéutico. Junto con las intervenciones adecuadas, permitieron favorecer la mejoría de la paciente tanto en el envejecimiento activo como en la calidad de la vida y conocimientos sanitarios. Destacar la importancia de los planes de cuidados enfermeros como herramienta de seguimiento y ayuda en la atención del paciente en el primer escalón asistencial como en los siguientes.

8. REFERENCIAS

- Abizanda-Soler, P., Álamo-González, C., Cuesta-Triana, F., Gómez-Pavón, J., González-Ramírez, A., Lázaro-del Nogal, M., Matía-Martín, P., & Rodríguez-Mañas, L. (2016). *Fragilidad y nutrición en el anciano*. International marketing & communication, S. A.
- Abizanda-Soler, P., & Rodríguez-Mañas, L. (2015). *Tratado de medicina geriátrica: Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores*. Elsevier.
- Aguilar-Fleitas, B. (2015). Medicalización de la vida. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 30(3), 262-267.
- Aguilar-Palacio, I., Carrera-Lasfuentes, P., Solsona, S., Sartolo, M. T., & Rabanaque, M. J. (2016). Utilización de servicios sanitarios en ancianos (España 2006-2012): Influencia del nivel de salud y de la clase social. *Atención Primaria*, 48(4), 235-243. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.016>
- Alarcón, M. T. A., & Montalvo, J. I. G. (2003). Grandes síndromes geriátricos. Concepto y prevención de los más importantes. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 8(108), 5778-5785.
- Arroyo-de la Rosa, A., & Bayona-Huguet, X. (2019). Guía de Atención Domiciliaria: Pura atención primaria. *Atención Primaria*, 51(9), 527-528. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.07.005>
- Barroso, A. V., & Moral, E. G. (2011). Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 35(4), 114-123.
- Barry, E., Galvin, R., Keogh, C., Horgan, F., & Fahey, T. (2014). Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling

- older adults: A systematic review and meta- analysis. *BMC Geriatrics*, 14(1), 14. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-14>
- Bautista, H. A., Perafán, D., Torres, C., & López, J. H. (2019). Presentación de GeriatriApp: Una app para la evaluación geriátrica integral en español. *Atención Primaria*. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.07.011>
- Bayona-Huguet, X., Limón-Ramírez, E., & Cegri-Lombardo, F. (2018). Propuestas para la atención domiciliaria del siglo XXI. *Atención Primaria*, 50(5), 264-266. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.11.003>
- Baztán-Cortés, J.J., González-Montalvo, J.I., Solano-Jaurrieta, J.J., & Hornillos-Calvod, M. (2000). Atención sanitaria al anciano frágil: De la teoría a la evidencia científica. *Medicina Clínica*, 115(18), 704-717. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(00\)71669-1](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(00)71669-1)
- Belmonte, L. J., Corrales, A. J., & Ruiz, J. (2009). La sostenibilidad del sistema de pensiones en España. *European Journal of Education and Psychology*, 2(2), 113. <https://doi.org/10.30552/ejep.v2i2.26>
- Bernardes, R., & Baixinho, C. L. (2018). A physical resilience conceptual model—contributions to gerontological nursing. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(5), 2589–2593.
- Blay, C., Martori, J. C., Limon, E., Lasmarías, C., Oller, R., & Gómez-Batiste, X. (2019). Cada semana cuenta: Uso de dispositivos sanitarios y costes relacionados de una cohorte comunitaria de personas con enfermedades crónicas avanzadas. *Atención Primaria*, 51(6), 359-366. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.03.008>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2014). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Elsevier España.

- González, R. V., Matiz, G. D., Guzmán, L. X., Hernández, J. D., Mora, L. H., & Celis, J. S. (2016). *Intervención y cuidado de enfermería a personas con lesiones de piel: Úlceras por presión y dermatitis asociada a incontinencia urinaria, fecal o mixta*. Universidad Nacional de Colombia.
- Cervantes-Becerra, R. G., Villarreal-Ríos, E., Galicia-Rodríguez, L., Vargas-Daza, E. R., & Martínez-González, L. (2015). Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Atención Primaria*, 47(6), 329-335. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.007>
- Coderch, J., Pérez-Berrueto, X., Sánchez-Pérez, I., Sánchez, E., Ibern, P., Pérez, M., Carreras, M., & Inoriza, J. M. (2018). Evaluación de la efectividad de un programa de atención integrada y proactiva a pacientes crónicos complejos. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 18-26. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.014>
- De Valle-Alonso, M. J., Hernández-López, I. E., Zúñiga-Vargas, M. L., & Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 12(1), 19-27.
- Delgado-Silveira, E., Montero-Erasquin, B., Muñoz-García, M., Vélez-Díaz-Pallarés, M., Lozano-Montoya, I., Sánchez-Castellano, C., & Cruz-Jentoft, A. J. (2015). Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: Una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 50(2), 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.10.005>
- del-Pino-Casado, R., & Riera, J. R. M. (2007). Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en atención

primaria de salud. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 5(2), 311-337.

Flores, N., Jenaro, C., Moro, L., & Tomşa, R. (2015). Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: Estudio comparativo. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(2), 79-88. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v4i2.73>

Fraile-Bravo, M. (2015). Enfermeras gestoras de casos; ¿Esa gran desconocida? *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 42(1), 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2015.10.001>

Gallego-Cardona, M. (2019). *Adhesivos y dispositivos médicos: Lesiones en piel*. <http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/pereira/handle/123456789/1448>

Gallo, C., Vilosio, J., & Saimovici, J. (2015). Actualización de los criterios STOPP-START: Una herramienta para la detección de medicación potencialmente inadecuada en ancianos. *Evid Act Pract Ambul*, 18(49), 124–129.

Gallud, J., Soler, P., & Cuevas, D. (2012). New nursing roles for the integrated management of complex chronic and palliative care patients in the region of Valencia/Nuevos perfiles enfermería para el manejo integral de pacientes crónicos complejos y paliativos en la Comunidad Valenciana. *International Journal of Integrated Care*, 12(3). <https://doi.org/10.5334/ijic.869>

- Gálvez-Cano, M., Chávez-Jimeno, H., & Aliaga-Díaz, E. (2016). Utilidad de la valoración geriátrica integral en la evaluación de la salud del adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 321-327. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2204>
- Garcés, J., & Ródenas, F. (2015). La gestión de casos como metodología para la conexión de los sistemas sanitario y social en España. *Atención Primaria*, 47(8), 482-489. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.11.005>
- García, F. E., Manquián, E., & Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*, 15(3), 101-111.
- García-González, J. M., & Grande, R. (2018). Cambios en las diferencias por sexo en la esperanza de vida en España (1980-2012): Descomposición por edad y causa. *Gaceta Sanitaria*, 32, 151-157. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.03.004>
- García-Montero, A., Ruiz, C. A., Forés, Á. M., & Calderón, A. M. (2019). Evaluación del perfil de morbilidad y características sociodemográficas de pacientes domiciliarios crónicos. *RqR Enfermería Comunitaria*, 7(3), 6-17.
- Gavilán-Moral, E., Villafaina-Barroso, A., Jiménez-de Gracia, L., & Santana, M. del C. G. (2012). Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47(4), 162–167.
- Goldman, Lee. S., Andrew I. (2019). *Goldman-cecil Medicine, 2-Volume set*. Elsevier - Health science.

- Goldsmith, J. V., Wittenberg, E., Terui, S., Kim, H., & Umi, S. (2019). Providing Support for Caregiver Communication Burden: Assessing the Plain Language Planner Resource As a Nursing Intervention. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(4), 354-358. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.06.007>
- González, L. M., & Sánchez, G. M. G. (2016). Cuidados del catéter urinario basados en la evidencia científica en Atención Primaria. *RqR Enfermería Comunitaria*, 4(1), 28-45.
- González-Oñate, C., Fanjul-Peyró, C., & Cabezuelo-Lorenzo, F. (2015). Uso, consumo y conocimiento de las nuevas tecnologías en personas mayores en Francia, Reino Unido y España. *Comunicar*, XXII(45), 19-28.
- Gordon, M. (2006). *Manual de diagnósticos enfermeros*. Elsevier.
- IMSERSO. (2015). *Informe 2014. Las personas mayores en España*. Recuperado de https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/Spanish/AR_2014_ESP.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. (2011). *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid, España: Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2011/p04/I0/yfile=04143.pxyl=0%0A>
- Instituto Nacional de Estadística. (2016). *Estadística del padrón continuo*. Madrid, España: Instituto Nacional de Estadística.
- Instituto Nacional de Estadística. (2017). *Indicadores demográficos básicos*. Madrid, España: Instituto Nacional de Estadística. Retrieved from <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1489%0A>
- Instituto Nacional de Estadística. (Spanish Statistical Office). (2018). Recuperado 25 de diciembre de 2019, de <https://www.ine.es/>

Instituto Nacional de Estadística. (Spanish Statistical Office). (2019).
Recuperado 25 de diciembre de 2019, de <https://www.ine.es/#>

Izquierdo, M., Cadore, E. L., & Casas Herrero, A. (2014). *Ejercicio Físico en el Anciano Frágil: Una Manera Eficaz de Prevenir la Dependencia - Universidad Europea de Madrid*. Kronos. <https://g-se.com/ejercicio-fisico-en-el-anciano-fragil-una-manera-eficaz-de-prevenir-la-dependencia-1702-sa-l57cfb27242418>

Jiménez-Lara, A. (2012). *La esperanza de vida libre de discapacidad*. <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3188>

Jiménez, M. R. V., Benavente, Y. L., Corominas, M. Á. H., Ruiz, M. G., Pedrero, M. B., & Pérez, P. E. (2014). Enfermera Gestora de Casos del Servicio Murciano de Salud: Un año de puesta en marcha del programa. *Enfermería Global*, 13(4), 57-69. <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.4.169521>

Jiménez-Rodríguez, J. M., & Farouk-Allam, M. (2015). Gastos sanitarios y sociales asociados a la situación de gran dependencia. *Medicina General y de Familia*, 4(3), 76-80. <https://doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.08.001>

Kojima, G. (2016). Frailty as a predictor of hospitalisation among community-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*, 70(7), 722-729. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206978>

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1999). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
<http://www.dawsonera.com/depp/reader/protected/external/AbstractView/S9780826141927>
- Lisón-Párraga, J. F., Rosado-Calatayud, P. P., & Benavent- Caballer, V. (2017). *La efectividad de un protocolo de ejercicios domiciliario a corto plazo sobre la capacidad funcional en personas mayores / tesis doctoral presentada por Alejandro Sendín Magdalena ; dirigida por [el] Dr. Vicent Benavent Caballer, [el] Dr. Pedro Rosado Calatayud [y el] Dr. Juan Francisco Lisón Párraga*.
<https://repositorioinstitucional.ceu.es/handle/10637/8534>
- Lommi, M., Matarese, M., Alvaro, R., Piredda, M., & De Marinis, M. G. (2015). The experiences of self-care in community-dwelling older people: A meta-synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1854-1867. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.012>
- López-Vallejo, M., & Puente-Alcaraz, J. (2019). El proceso de institucionalización de la enfermera gestora de casos en España. Análisis comparativo entre los sistemas autonómicos de salud. *Enfermería Clínica*, 29(2), 107-118.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.09.007>
- Loredo-Figueroa, M. T., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, A. S., Palomé-Vega, G., Juárez-Lira, A., Loredo-Figueroa, M. T., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, A. S., Palomé-Vega, G., & Juárez-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 13(3), 159-165.
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>

- Losada, A., Knight, B. G., & Márquez, M. (2003). Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 38(2), 116-123. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(03\)74867-7](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(03)74867-7)
- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37(4), 266-272. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.02.014>
- Mariñelarena-Mañeru, E., Balague-Gea, L., & Rotaeché del Campo, R. (2018). Conceptos. Medicina mínimamente disruptiva. *Atención Primaria*, 50, 4-12. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.003>
- Martín-Cervantes, P. A., Rueda-López, N., & Cruz-Rambaud, S. (2019). A Causal Analysis of Life Expectancy at Birth. Evidence from Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph16132367>
- Martínez-Rodríguez, L., Fernández-Castillo, E., González-Martínez, E., de la C. Ávila-Hernández, Y., Lorenzo-Carreiro, A., Vázquez-Morales (2019). Apoyo social y resiliencia: Factores protectores en cuidadores principales de pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 22(2), 130-139. <https://doi.org/10.4321/s2254-28842019000200004>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 460. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Melero-Lacasia, A., & García-Orellán, R. (2016). La comunicación en la relación terapéutica entre las competencias de enfermería: Análisis en el contexto de oncopediatria. *Ene*, 10(1), 0-0.

- Méndez, I., Sevilla, J. G., Martínez, J. P., Boti, M. Á., Cánovas, A. B., & Clemente, Y. (2015). Resiliencia en trabajadores y en residentes de un centro de personas mayores institucionalizadas. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(1), 65-73.
<https://doi.org/10.30552/ejihpe.v5i1.98>
- Menéndez-Colino, R., Mauleón-Ladrero, M. C., Condorhuaman-Alvarado, P., & González-Montalvo, J. I. (2017). Aspectos terapéuticos de los grandes síndromes geriátricos. Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Indicaciones. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(46), 2743-2754.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2017.12.002>
- Miguélez-Chamorro, A., Casado-Mora, M. I., Company-Sancho, M. C., Balboa-Blanco, E., Font-Oliver, M. A., & Román-Medina Isabel, I. (2019). Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: Elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. *Enfermería Clínica*, 29(2), 99-106.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.005>
- Moncada, L. V. V., & Mire, L. G. (2017). Preventing Falls in Older Persons. *American Family Physician*, 96(4), 240-247.
- Moorhead, S. (2014). *Clasificación de resultados en enfermería (NOC): Medición de resultados en salud, quinta edición*. Elsevier España.
- Morrison, A., & Conseil international des infirmières (Eds.). (2010). *Scope of nursing practice and decision-making framework: Toolkit*. Council of Nurses.

- Musich, S., Wang, S. S., Kraemer, S., Hawkins, K., & Wicker, E. (2017). Caregivers for older adults: Prevalence, characteristics, and health care utilization and expenditures. *Geriatric Nursing*, 38(1), 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.06.017>
- NANDA International, & Herdman, T. H. (Eds.). (2014). *NANDA International nursing diagnoses: Definitions & classification 2015 - 2017* (10. ed). Wiley-Blackwell.
- Organization, W. H. (2019). *World health statistics overview 2019: Monitoring health for the SDGs*. World Health Organization Geneva, Switzerland.
- Organization, W. H., & Asia, R. O. for S.-E. (2009). *Self-care in the context of primary health care*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206352>
- Ortega-Párraga, D. N., & González-Lino, D. L. (2019). *Complicaciones más frecuentes de la Sepsis Urinaria asociado al cateterismo vesical en pacientes adultos atendidos en el hospital Dr. Abel Gilbert Pontón 2018*. <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/4906>
- Orueta-Sánchez, R., Santos-Rodríguez, C., González-Hidalgo, E., Fagundo-Becerra, E. M., Alejandre-Lázaro, G., Carmona de la Morena, J., Rodríguez-Alcalá, J., Campo-del Campo, J. M. del Díez-Andrés, M. L., Vallés-Fernández, N., & Butrón-Gómez, T. (2011). Medicalización de la vida (I). *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(2), 150-161.
- Otegui, I. A., Aldaz, B. R., González, J. C. S., Genua, R. A., Prieto, Y. G., Echeverria, A. M., & Aranaz, R. A. (2015). Protocolo de sondaje vesical. Uso, inserción, mantenimiento y retirada. *Enfuro*, 128, 4-15.
- Pablo-Santiago, R., Domínguez-Trejo, B., Peláez-Hernández, V., Rincón-Salazar, S., & Orea-Tejeda, A. (2016). Sobrecarga y autoeficacia

- percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 9(3), 152-158.
- Pasquetti, P., Apicella, L., & Mangone, G. (2014). Pathogenesis and treatment of falls in elderly. *Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism*, 11(3), 222-225.
- Pastor-Cano, J., Aranda-García, A., Gascón-Cánovas, J. J., Rausell-Rausell, V. J., & Tobaruela-Soto, M. (2015). Adaptación española de los criterios Beers. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 38, 375–385.
- Pesut, D. J., & Herman, J. (1999). *Clinical reasoning: The art and science of critical and creative thinking*. Delmar Pub.
- Pinheiro, I. de M., de Aguiar, D. S., dos Santos, D. M., de Jesus, M. B. da C., da Silva, F. M., Costa, D. F., da Silva Ribeiro, N. M., & Nóbrega, A. C. (2019). Biopsychosocial factors associated with the frailty and pre-frailty among older adults. *Geriatric Nursing*, 40(6), 597-602. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.06.002>
- Pochintesta, P. A., & Mansinho, M. (2014). *Modelos de envejecimiento en la publicidad gráfica: Un análisis de género*. <http://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/35446>
- Prado-Solar, L. A., González-Reguera, M., Paz-Gómez, N., & Romero-Borges, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845.
- Prados-Torres, A., del Cura-González, I., Prados-Torres, J. D., Leiva-Fernández, F., López-Rodríguez, J. A., Calderón-Larrañaga, A., & Muth,

- C. (2017). Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Ariadne. Un enfoque centrado en la persona. *Atención Primaria*, 49(5), 300-307. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.013>
- Ramirez, J. A. C., Hernandez, J. P. P. O., & Medina, D. S. M. (2015). Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. *Revista médica de Risaralda*, 21(2).
- Ramos, O., & Inés, D. (2019). Cuidados de enfermería del sondaje vesical y prevención de infecciones del tracto urinario en pacientes adultos, Hospital Sergio Bernales, 2018. *Universidad Inca Garcilaso de la Vega*. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/4011>
- Resnick, B. (2008). *Resilience in aging: The real experts*.
- Resnick, B. (2019). Geriatric nursing: Helping to solve the challenges to complex caregiving at home. *Geriatric Nursing*, 40(5), 455-456. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.08.008>
- Rey, P., & Manuel, P. (2015). *Evaluación de una intervención enfermera diseñada para prevenir el síndrome de inmovilización*. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/11763>
- Saiz-Llamosas, J. R., Casado-Vicente, V., & Martos-Álvarez, H. C. (2014). Impacto de un programa de fisioterapia en atención primaria en las personas mayores, con antecedentes de caídas. *Fisioterapia*, 36(3), 103-109. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2013.04.006>
- Salazar-Barajas, M. E., Crespo, M. L., Hernández-Cortez, P. L., Villarreal-Reyna, M. de los Á., Gallegos-Cabriales, E. C., Gómez-Meza, M. V., Salazar-Gonzalez, B. C., (2018). Factors Contributing to Active Aging in Older Adults, from the Framework of Roy's Adaptation Model.

Investigación y Educación en Enfermería, 36(2).

<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n2e08>

Sociedad Española de Medicina Interna, y Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. (2020). Mejoras en la atención a personas con enfermedades crónicas en España. Declaración de posición común de la Sociedad Española de Medicina Interna y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. *Atención Primaria*, 52(1), 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.005>

Sy, A. (2018). La medicalización de la vida: Hibridaciones ante la dicotomía Naturaleza/Cultura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1531-1539. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.10212016>

The role of nurses in promoting healthy ageing. (2019). *Collegian*, 26(4), 507-509. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.03.003>

Tinitana-Ortega, J. E., Torres-Jaramillo, I., Tacuri-Romero, J. N., Ajila-Vacacela, J., Zari-Espinoza, D. B., & Zhuzhingo-Vásquez, C. (2019). Polifarmacia en pacientes adultos mayores pluripatológicos que acuden al primer nivel de atención en salud.//Polypharmacy in pluripathic elderly patients who attend the first level of health care. *FACSALUD-UNEMI*, 2(3), 34-41.

Vilaplana-Prieto, C., Jiménez-Martín, S., & García-Gómez, P. (2011). Trade-off entre cuidados formales e informales en Europa. *Gaceta Sanitaria*, 25, 115-124. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.004>

WHO | *What is Healthy Ageing?* (2015). WHO. <http://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>

Zueras, P., Spijker, J., & Blanes, A. (2018). Evolución del perfil de los cuidadores de personas de 65 y más años con discapacidad en la persistencia de un modelo de cuidado familiar. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 53(2), 66-72.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.004>

