

# ANEXO TEMA 43. PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO COMPLEJO. ACTIVIDADES DE LOS SUBPROCESOS: GENERALIDADES. ACTIVACIÓN E INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERÍA EN CADA UNA DE LAS FASES DE LOS SUBPROCESOS

**43.1. Introducción. 43.2. Enfermedades crónicas: concepto y características. 43.3. Paciente crónico en situación de complejidad o pluripatológico. 43.4. El niño con patología crónica. Identificación de los problemas más prevalentes. 43.5. El adolescente con patología crónica. Identificación de los problemas más prevalentes. 43.6. El adulto y el anciano con patología crónica. Identificación de los problemas más prevalentes**

## 43.1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles o enfermedades crónicas constituyen la primera causa de muerte en los países desarrollados. Son patologías muy prevalentes que provocan grandes incapacidades y una elevada demanda sanitaria.

Las más relevantes y las que provocan el 80% de las muertes por esta causa son las cardiopatías, las enfermedades respiratorias, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer y la diabetes.

También se incluyen en este grupo, entre otras, las enfermedades mentales, osteomusculares, oculares o auditivas, hematológicas y renales. Todas ellas constituyen un importante reto para la salud pública; los sistemas sanitarios, por su parte, deberán orientarse en el establecimiento de planes y estrategias orientados a ofrecer una atención integral a los pacientes.

Según la OMS, en 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, la mitad de las cuales era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad. Esta cifra, un 63% de la mortalidad, se prevé que se incremente hasta alcanzar un 75% en 2020. Además, las más relevantes tienen cuatro factores de riesgo: el consumo de tabaco, la inactividad física, el abuso de alcohol y las dietas no saludables.

El progresivo envejecimiento de la población y la cronificación de un gran número de enfermedades como consecuencia de los avances médicos han modificado

el funcionamiento del Sistema Sanitario. Los pacientes crónicos precisan de un elevado número de consultas y de ingresos hospitalarios. El gasto sanitario se calcula en un 70%.

El actual Sistema Sanitario, más centrado en la patología aguda, requiere de un nuevo enfoque que permita dar una respuesta adecuada en la calidad de la atención a los pacientes crónicos utilizando los recursos existentes con la máxima eficacia, si se tiene en cuenta que la mayor demanda asistencial se corresponde con los pacientes crónicos, generalmente pluripatológicos.

Por sus características, en estos pacientes se debe tener en cuenta, además de la enfermedad, sus necesidades familiares y sociales para poder dar una respuesta integral frente a los problemas.

Según las previsiones de la Unión Europea, las enfermedades crónicas van a ser la principal causa de mortalidad y discapacidad en los países desarrollados, con el consiguiente impacto en los sistemas de salud. De ahí que las organizaciones internacionales recomienden el desarrollo de estrategias específicas encaminadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos.

Los expertos indican que en el año 2050 España será el segundo país más envejecido del mundo, con el 34% de la población por encima de los 65 años.

La atención a la cronicidad pasa a constituirse en la meta, entendida como un concepto mucho más amplio

que el de la enfermedad crónica, en el que se engloban aspectos como la vivencia personal, el medio ambiente o la adaptación al entorno. Las medidas para afrontar el problema deben incluir tanto las que se adopten de manera individual como aquellas que se implanten a nivel social.

La atención al paciente crónico requiere de un abordaje individualizado y multidisciplinar a lo largo de todo su proceso. Es deseable la participación y la corresponsabilidad del paciente y de su familia.

Se hace imprescindible, por tanto, la adaptación del Sistema Sanitario de forma que pueda gestionarse eficazmente la cronicidad teniendo en cuenta las necesidades del paciente y la integración de servicios, a través de la elaboración, el desarrollo y la puesta en marcha de una estrategia específica.

## 43.2.

### ENFERMEDADES CRÓNICAS: CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

Según los Centers for Disease Control and Prevention, las enfermedades crónicas son aquellas que “*tienen un curso prolongado, no se resuelven espontáneamente y raramente curan de forma completa*”. Se trata de un trastorno orgánico o funcional que obliga al paciente a modificar su modo de vida ya que persiste en el tiempo (Tabla 43.1).

## 43.3.

### PACIENTE CRÓNICO EN SITUACIÓN DE COMPLEJIDAD O PLURIPATOLÓGICO

Por **pluripatología** se entiende la *coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición*

- El diagnóstico y el tratamiento precoz son complejos
- Sus causas son múltiples
- Su aparición suele ser gradual, al igual que el deterioro de la salud
- Ocasionan una disminución de la calidad de vida como consecuencia de la pérdida funcional y la discapacidad que provocan
- Tienen una elevada prevalencia: aparecen en todas las edades aunque son más frecuentes en personas de edad avanzada
- Provocan una elevada mortalidad, siendo la causa más común de mortalidad prematura
- Presentan interacción de factores genéticos, biológicos, conductuales, sociales, económicos y políticos
- Son más frecuentes en entornos sociales desfavorecidos
- Causan una elevada carga económica, familiar y sanitaria (representan el 70% del gasto sanitario)
- Son irreversibles
- Algunas pueden prevenirse, incluso retardar su progresión o las complicaciones

Tabla 43.1. Características de las enfermedades crónicas

*de reagudizaciones y patologías interrelacionadas, que condicionan una especial fragilidad clínica que grava al paciente con un deterioro progresivo y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes ámbitos asistenciales (Atención Primaria, Atención Especializada, servicios sociales)* (Tabla 43.2).

- Utilización frecuente de los servicios sanitarios, tanto de consultas como de urgencias y hospitalización, pruebas complementarias, medicación, etc.
- Son situaciones frecuentes de discapacidad y dependencia
- Disminuyen la autonomía personal
- Presentan descompensaciones frecuentes de la enfermedad
- El tratamiento farmacológico es amplio: polimedicación
- Consumen numerosos recursos sanitarios y sociales
- Tienen necesidad continuada de cuidados y tratamiento médico

Tabla 43.2. Características del paciente crónico en situación de complejidad

### 43.3.1. Población diana

Se considera que un paciente crónico es complejo cuando cumple tres o más de los siguientes criterios:

- Padece una o más patologías crónicas que le provocan incapacidad funcional.
- Está polimedicado, en tratamiento con cinco o más fármacos, y presenta riesgo de incumplimiento o manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Su edad es superior a 80 años.
- Presenta deterioro cognitivo y/o ansiedad.
- Sufre aislamiento social y no tiene familiares que lo atiendan.
- La persona que lo cuida es mayor de 70 años.

### 43.3.2. Valoración integral

La valoración integral (clínica, funcional, psicoafectiva y social) comienza desde la primera visita del paciente al centro de salud y será realizada por un equipo interdisciplinar, formado por el médico, la enfermera y el trabajador social. El plan que se ponga en marcha deberá orientarse a la resolución tanto de los problemas médicos y los cuidados como de las necesidades sociales.

Dependiendo de las características de cada caso podrá requerirse la ayuda de otros profesionales, como el psiquiatra, el fisioterapeuta o el rehabilitador.

La reevaluación se llevará a cabo si existe un cambio significativo en el diagnóstico, tras un alta hospitalaria, anualmente o cuando concluyan situaciones que así lo aconsejen. A su vez, se prestará atención a la adhesión del paciente al tratamiento. La información relevante deberá registrarse en un informe actualizado donde se plasmará el tratamiento y los planes de cuidados. Se valorará la necesidad de formación tanto del paciente como de su familia en lo que respecta al autocuidado.

La coordinación entre los diferentes niveles de atención sanitaria (Atención Primaria, Atención Especializada, hospital) permitirá llevar a cabo la continuidad en la atención.

#### Valoración clínica: anamnesis, exploración física y valoración de las necesidades básicas

La historia clínica recogerá los antecedentes de enfermedades, intervenciones quirúrgicas, traumatismos y

secuelas, la fecha de diagnóstico de enfermedades como la diabetes, dislipidemias o hipertensión arterial (HTA), el tratamiento habitual, las situaciones de inmovilidad, incontinencia, presencia de heridas, estado nutricional, alteraciones cognitivas, hábitos tóxicos (cigarrillos/día, gramos/unidades de alcohol/día, consumo de otros tóxicos) y alergias medicamentosas.

La exploración física incluirá un examen por aparatos: respiratorio, cardiovascular, digestivo, neurológico, renal y endocrinometabólico.

Se realizarán escalas estandarizadas de evaluación, como la escala de Tinetti para evaluar la marcha y el equilibrio (Tabla 43.3) y el MNA (*Mini Nutritional Assessment*) para evaluar el estado nutricional (Tabla 43.4).

La valoración integral de las necesidades del paciente la realizará el profesional de enfermería siguiendo el modelo de Virginia Henderson.

Una vez concluido este proceso se llevará a cabo un listado de los principales problemas del paciente, los diagnósticos y el tratamiento a seguir.

La **valoración funcional** incluye el estudio de la capacidad del individuo para realizar las actividades de la vida diaria.

Se utiliza como factor de pronóstico el estado funcional y la presencia de síntomas continuos y descompensaciones porque ofrece un fiel reflejo de la fragilidad al ser un indicador clave de la calidad de vida y porque un deterioro de la situación funcional implica efectos negativos sobre la salud, y además provoca mayores costes y cuidados.

1. Equilibrio: el sujeto debe estar sentado en una silla dura y sin brazos. Deben describirse los resultados de las maniobras	
Equilibrio sentado	
0	Se inclina o desliza en la silla
1	Firme y seguro
Levantarse	
0	Incapaz sin ayuda
1	Capaz utilizando los brazos como ayuda
2	Capaz sin utilizar los brazos
Intentos de levantarse	
0	Incapaz sin ayuda
1	Capaz pero necesita más de un intento
2	Capaz de levantarse en el primer intento
Equilibrio inmediato (primeros 5 s al levantarse)	
0	Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo de tronco)
1	Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos de soporte
2	Estable sin usar bastón u otros soportes

Tabla 43.3. Valoración del equilibrio y la marcha: escala de Tinetti (continúa en la página siguiente)

Equilibrio en pie		
0	Inestable	
1	Estable con aumento de la base de sustentación (los talones separados más de 10 cm) o usa bastón, andador u otras ayudas	
2	Base de sustentación estrecha: no requiere ayudas	
Empujón (paciente en posición firme con los pies tan juntos como sea posible. El examinador empuja ligeramente el esternón del paciente con la palma de la mano tres veces)		
0	Tiende a caerse	
1	Se tambalea, se sujeta pero se mantiene solo	
2	Firme	
Ojos cerrados (en la misma posición que la anterior)		
0	Inestable	
1	Estable	
Giro de 360°		
0	Pasos discontinuos	
0	Inestable	
1	Pasos continuos	
1	Estable	
Sentarse		
0	Inseguro	
1	Usa los brazos o tiene un movimiento que no es suave	
2	Seguro, movimiento suave	
<b>Puntuación total del balance: máximo 16 puntos</b>		
2. Marcha: el sujeto valorado camina por el pasillo, primero con su paso habitual, regresando con paso rápido usando sus ayudas habituales		
Inicio de la marcha (inmediatamente después de decirle "camine")		
0	Cualquier duda o vacilación, o múltiples intentos para comenzar	
1	No está vacilante	
Longitud y altura del paso		
Balanceo del pie derecho	0	No sobrepasa el pie izquierdo con el paso
	1	Sobrepasa el pie izquierdo al dar el paso
	0	El pie derecho no se levanta completamente del suelo al dar el paso
	1	Se levanta completamente del suelo
Balanceo del pie izquierdo	0	No sobrepasa el pie derecho con el paso
	1	Sobrepasa completamente el pie derecho al dar el paso
	0	El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo
	1	Se levanta completamente
Simetría del paso		
0	Se detiene o hay discontinuidad entre los pasos	
1	Los pasos son continuos	
Trayectoria		
0	Desviación de la marcha	
1	Desviación moderada o leve	
2	Recto, sin utilizar ayuda	
Tronco		
0	Marcado balanceo o utiliza ayudas para caminar	
1	No hay balanceo, pero hay flexión de las rodillas o espalda, o separa los brazos hacia fuera	
2	No hay balanceo, no hay flexión y no utiliza los brazos ni usa ayuda	
Postura en la marcha		
0	Talones separados	
1	Talones casi se tocan	
<b>Puntuación total de la marcha: máximo 12 puntos</b>		
<b>Puntuación total general: máximo 28 puntos</b>		

Tabla 43.3. Valoración del equilibrio y la marcha: escala de Tinetti (continuación)

TEST DE CRIBAJE			
Preguntas	Respuestas		Puntos
A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?	0	Anorexia grave	
	1	Anorexia moderada	
	2	Sin anorexia	
B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)	0	Pérdida de peso > 3 kg	
	1	No lo sabe	
	2	Pérdida de peso entre 1 y 3 kg	
	3	No ha habido pérdida de peso	
C. Movilidad	0	De la cama al sillón	
	1	Autonomía en el interior	
	2	Sale del domicilio	
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?	0	Sí	
	1	No	
E. Problemas neuropsicológicos	0	Demencia o depresión grave	
	1	Demencia o depresión moderada	
	2	Sin problemas psicológicos	
F. Índice de masa corporal (IMC = peso/(talla) <sup>2</sup> en kg/m <sup>2</sup> )	0	IMC < 19	
	1	IMC ≥ 19 y < 21	
	2	IMC ≥ 21 y < 23	
	3	IMC ≥ 23	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL (cribaje)</b>			
<b>Evaluación del cribaje (subtotal máximo 14 puntos):</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11 puntos o más: normal, no es necesario continuar</li> <li>• 10 puntos o menos: posible malnutrición, continuar la evaluación</li> </ul>			

**Tabla 43.4.** Escala de evaluación del estado nutricional. Mini Nutritional Assessment (MNA). Test de cribaje

TEST DE EVALUACIÓN				
Preguntas	Respuestas		Puntos	
G. ¿El paciente vive independiente en su familia?	0	No		
	1	Sí		
H. ¿Toma más de tres medicamentos al día?	0	No		
	1	Sí		
I. ¿Úlceras o lesiones cutáneas?	0	No		
	1	Sí		
J. ¿Cuántas comidas completas toma al día? (equivalentes a dos platos y postre)	0	Una comida		
	1	Dos comidas		
	2	Tres comidas		
K. ¿Consume el paciente... (sí o no)	0	0 o 1 Sí		
	• Productos lácteos al menos una vez al día?	0,5	2 Sí	
	• Huevos o legumbres una o dos veces a la semana? • Carne, pescado o aves, diariamente?	1	3 Sí	
L. ¿Consume frutas o verduras al menos dos veces al día?	0	No		
	1	Sí		

**Tabla 43.4.** Escala de evaluación del estado nutricional. Mini Nutritional Assessment (MNA). Test de evaluación (continúa en la página siguiente)

TEST DE EVALUACIÓN			
Preguntas	Respuestas		Puntos
M. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza)	0	Menos de tres vasos	
	0,5	De tres a cinco vasos	
	1	Más de cinco vasos	
N. Forma de alimentarse	0	Necesita ayuda	
	1	Se alimenta solo con dificultad	
	2	Se alimenta solo sin dificultad	
O. ¿Considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales)	0	Malnutrición grave	
	1	No lo sabe o malnutrición moderada	
	2	Sin problemas de nutrición	
P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud?	0	Peor	
	0,5	No lo sabe	
	1	Igual	
	2	Mejor	
Q. Circunferencia braquial (CB en cm)	0	CB < 21	
	0,5	CB ≥ 21 y ≤ 22	
	1	CB > 22	
R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)	0	CP < 31	
	1	CP ≥ 31	
<b>Puntuación TOTAL (global)</b>			
<b>Evaluación global (cribaje + evaluación, máximo 30 puntos):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición</li> <li>• Menos de 17 puntos: malnutrición</li> </ul>			

**Tabla 43.4.** Escala de evaluación del estado nutricional. Mini Nutritional Assessment (MNA). Test de evaluación (continuación)

Se utilizan en la valoración geriátrica e incluye los siguientes índices:

- **Índice de Katz** (Tabla 43.5). Mide seis actividades de la vida diaria (AVD): comer, asearse y bañarse, movilidad, continencia, uso del retrete y vestirse. No es numérica, sino que va por letras, y agrupa en siete los resultados. La G puede tener menos deterioro funcional que la B; no van de menos deterioro a más. Si existen modificaciones numéricas, sí se establecen de menos dependencia a más.
- **Índice de Barthel** (Tabla 43.6). Mide diez AVD, es fácil y rápido y puntúa de 0 a 100, siendo el 100 lo más óptimo. Aunque una persona tenga una valoración de 100 no significa que pueda vivir solo, pues puede comer solo pero no hacerse la comida. Para hacer una valoración más completa se debería emplear una escala instrumental. No todas las categorías tienen la misma puntuación (la deambulacion tiene 15 puntos, porque es necesaria para otras actividades). Cuando en esta escala se producen variaciones bruscas entre una valoración y la siguiente,

es predictor de mortalidad. Algunos de los ítems son ambiguos.

- **Escala de Lawton y Brody** (Tabla 43.7). Se emplea para la medición de las actividades **instrumentales** de la vida diaria (escritura, lectura, cocina, limpieza, compras, lavar la ropa, subir escaleras, usar el teléfono, la administración de medicamentos, el manejo del dinero, transporte). Cada ítem se puntúa de 0 a 1 (en la no modificada la puntuación máxima es de 8, en la modificada es de 16). La mayoría de los Lawton están modificados con puntuaciones de 0-1-2, valorando la situación con un total de 16 puntos. Proporciona escasa información global. Es útil para ancianos que viven solos o que pasan muchas horas sin compañía. Es poco sensible a cambios.
- **Escala de la incapacidad física de Cruz Roja** (Tabla 43.8). Es una escala simple y fácil de utilizar. El paciente se va a clasificar en función de su situación actual. La información se obtiene mediante entrevista al paciente o a un familiar. Clasifica la capacidad de



## ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

**Índice de Katz de AVD (Katz et al., 1963).**  
**Índice de independencia en actividades de la vida diaria**

El índice de independencia en actividades de la vida diaria está basado en una evaluación de la independencia funcional de los/las ancianos/as en el baño, vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación. En esta página se muestran definiciones específicas de la dependencia e independencia funcional.

- A. Independencia en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestido y baño
  - B. Independencia en todas excepto en una de estas actividades
  - C. Independencia en todas excepto baño y otra actividad
  - D. Independencia en todas excepto baño, vestido y otra actividad
  - E. Independencia en todas excepto baño, vestido, uso del retrete y otra actividad
  - F. Independencia en todas excepto baño, vestido, uso del retrete, movilidad y otra actividad
  - G. Dependencia en las seis actividades
- Otras. Dependencia en al menos dos actividades pero no clasificables, como C, D, E, o F

Independencia significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa excepto en los casos que se especifican más abajo. Se basa en su estado actual y no en su capacidad. Un/a anciano/a que rehúsa ejecutar una actividad se considera que no la ejecuta aunque sea capaz.

**Baño (ducha o baño):**

- Independencia: se le ayuda únicamente en algunas zonas (espalda) o se baña él mismo entero
- Dependencia: ayuda en el baño para más de una parte del cuerpo. Ayuda para entrar o salir de la bañera o no se baña por sí solo

**Vestido:**

- Independencia: coger la ropa del armario y cajones, ponerse la ropa, incluido ropa exterior. Se excluye atarse los zapatos
- Dependencia: no se viste solo o queda parcialmente desvestido

**Uso del retrete:**

- Independencia: llega hasta el servicio, se sienta y levanta del aseo. Arregla sus ropas. Puede manejar su propio orinal, aunque sólo por la noche, que vacía por la mañana. Puede o no utilizar apoyo mecánico
- Dependencia: utiliza orinal o cuñas, recibe ayuda para llegar o utilizar el servicio

**Movilidad:**

- Independencia: sale o entra de la cama y se mueve de la silla por sí solo, aunque use apoyo mecánico
- Dependencia: ayuda para moverse de la cama o silla. No realiza desplazamientos

**Continencia:**

- Independencia: control vientre y vejiga
- Dependencia: parcial o total incontinencia de vejiga o vientre. Control total o parcial por enemas, catéteres o uso regulado de orinales

**Alimentación:**

- Independencia: lleva la comida del plato o similares a la boca (cortar la carne y preparación de alimentos, como, por ejemplo, untar el pan, se excluyen de la evaluación)
- Dependencia: ayuda en la comida o se le alimenta por tubos

**Tabla 43.5. Índice de Katz de AVD**

<p><b>Comida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>10:</b> independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede cocinarse y servirse por otra persona</li> <li>• <b>5:</b> necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo</li> <li>• <b>0:</b> dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona</li> </ul>
<p><b>Aseo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>5:</b> independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona le supervise</li> <li>• <b>0:</b> dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión</li> </ul>
<p><b>Vestido:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>10:</b> independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda</li> <li>• <b>5:</b> necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable</li> <li>• <b>0:</b> dependiente. Necesita ayuda para las mismas</li> </ul>
<p><b>Arreglo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>5:</b> independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona</li> <li>• <b>0:</b> dependiente. Necesita alguna ayuda</li> </ul>
<p><b>Deposición:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>10:</b> continente. No presenta episodios de incontinencia</li> <li>• <b>5:</b> accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios</li> <li>• <b>0:</b> incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona</li> </ul>
<p><b>Micción:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>10:</b> continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (sonda, orinal, pañal, etc.)</li> <li>• <b>5:</b> accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 h o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos</li> <li>• <b>0:</b> incontinente. Más de un episodio en 24 h. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse</li> </ul>
<p><b>Ir al retrete:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>10:</b> independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona</li> <li>• <b>5:</b> necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo</li> <li>• <b>0:</b> dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor</li> </ul>
<p><b>Traslado cama/sillón:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>15:</b> independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama</li> <li>• <b>10:</b> mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física</li> <li>• <b>5:</b> gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda</li> <li>• <b>0:</b> dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado</li> </ul>
<p><b>Deambulación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>15:</b> independiente. Puede andar 50 m o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela o quitársela solo</li> <li>• <b>10:</b> necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador</li> <li>• <b>5:</b> independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión</li> <li>• <b>0:</b> dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro</li> </ul>
<p><b>Subir y bajar escaleras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>10:</b> independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona</li> <li>• <b>5:</b> necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión</li> <li>• <b>0:</b> dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor</li> </ul>
<p><b>Total:</b></p>

Tabla 43.6. Índice de Barthel



## ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Índice para las actividades instrumentales de la vida diaria  
(Philadelphia Geriatric Center, Lawton y Brody, 1969)**A. Capacidad para utilizar el teléfono:**

- 1.Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc ..... 1  
 2.Marca unos cuantos números bien conocidos ..... 1  
 3.Contesta el teléfono pero no marca ..... 1  
 4.No usa el teléfono en absoluto ..... 0

**B. Hacer la compra:**

- 1.Realiza todas las compras necesarias con independencia ..... 1  
 2.Compra con independencia cosas pequeñas ..... 0  
 3.Necesita compañía para realizar cualquier compra ..... 0  
 4.Completamente incapaz de ir de compras ..... 0

**C. Preparar la comida:**

- 1.Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia ..... 1  
 2.Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes ..... 0  
 3.Calienta, sirve y prepara las comidas o las prepara pero no mantiene una dieta adecuada ..... 0  
 4.Necesita que se le prepare y sirva la comida ..... 0

**D. Realizar el cuidado de la casa:**

- 1.Cuida la casa solo o con ayuda ocasional (por ejemplo trabajos duros, ayuda doméstica) ..... 1  
 2.Realiza tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer las camas ..... 1  
 3.Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable ..... 1  
 4.Necesita ayuda con todas las tareas de la casa ..... 0  
 5.No participa en ninguna tarea doméstica ..... 0

**E. Lavado de ropa:**

- 1.Realiza completamente el lavado de ropa personal ..... 1  
 2.Lava ropas pequeñas, aclara medias, etc. .... 1  
 3.Necesita que otro se ocupe de todo el lavado ..... 0

**F. Utilizar los medios de transporte:**

- 1.Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche ..... 1  
 2.Capaz de organizar su transporte utilizando taxis, pero no usa otros transportes públicos ..... 1  
 3.Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona ..... 1  
 4.Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros ..... 0  
 5.No viaja en absoluto ..... 0

**G. Responsabilidad sobre la medicación:**

- 1.Es responsable en el uso de la medicación en las dosis correctas y a las horas correctas ..... 1  
 2.Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación a dosis separadas ..... 0  
 3.No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación ..... 0

**H. Administración de la propia economía:**

- 1.Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuestos, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco), recoge y conoce sus ingresos ..... 1  
 2.Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc. .... 1  
 3.Incapaz de manejar dinero ..... 0

Puntuación (de un máximo de 8).....  
 (0-5 para hombres/0-8 para mujeres)

Tabla 43.7. Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

0	Se vale totalmente por sí mismo, anda con normalidad
1	Realiza suficientes actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad. Continencia total
2	Tiene alguna dificultad en los actos diarios por lo que en ocasiones necesita ayuda. Deambula con ayuda de bastón o similar. Continencia total o rara incontinencia
3	Grave dificultad en los actos de la vida diaria. Deambula difícilmente ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional
4	Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado con extrema dificultad (dos personas). Incontinencia habitual
5	Inmovilizado en cama o sillón. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería

**Tabla 43.8.** Escala de Cruz Roja para valorar la incapacidad física (grados)

autocuidado en seis grados (0-5) desde la independencia (0) hasta la incapacidad funcional total (5). El tiempo de aplicación es inferior a un minuto.

La **valoración mental** se realizará de forma sistemática a mayores de 65 años o a menores de esa edad si se sospecha algún tipo de deterioro cognitivo. Las escalas más utilizadas son:

- **Escala de incapacidades psíquicas de la Cruz Roja** (Tabla 43.9). Es de fácil aplicación, por lo que resulta muy práctica. Califica en forma de estadios o grados de incapacidad, desde el 0 (total normalidad) hasta el 5 (máximo grado de deterioro).

0	Totalmente normal
1	Algunas rarezas, ligeros trastornos en la orientación temporal. Se puede hablar con él "cuerdamente"
2	Desorientación temporal. Conversación posible. Se olvida de cosas. Trastorno del carácter. Incontinencia ocasional
3	Desorientación. Imposible mantener una conversación lógica. Trastornos del humor. Hace cosas inexplicables. Frecuente incontinencia
4	Desorientación. Alteraciones mentales. Demencia. Incontinencia habitual
5	Demencia total. Vida vegetativa. Agresivo o no. Incontinencia total

**Tabla 43.9.** Escala de Cruz Roja para valorar la incapacidad psíquica

- **Cuestionario de Pfeiffer** (Tabla 43.10). Los resultados se puntúan de 0 a 10. Los pacientes se clasifican en cuatro grupos de deterioro: de 0 a 2 errores: función íntegra; de 3 a 4 errores: ligero deterioro; de 5 a 7 errores: deterioro moderado y de 8 a 10 errores: deterioro grave. Si el paciente tiene estudios superiores se le permite un fallo menos y, si no es así, se le concede un fallo más. No tiene un tiempo determinado para su realización y su fiabilidad es bastante alta.

Nombre: ..... Fecha:.....		
Unidad/Centro:..... N.º historia: .....		
	<b>PUNTOS</b>	<b>FECHA</b>
1. ¿Qué día es hoy? (día-mes-año)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Dónde estamos ahora?		
4. ¿Cuál es su número de teléfono?		
5. ¿Cuál es su dirección? Preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono		
6. ¿Cuántos años tiene?		
7. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día-mes-año)		
8. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno?		
9. ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno?		
10. ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?		
11. Vaya restando de 3 en 3 desde 20 hasta llegar a 0		
12. Total de aciertos		
13. Total de errores		
<b>Puntuación TOTAL</b>		
Puntuación normal	0-2 errores	
Deterioro cognitivo leve	3-4 errores	
Deterioro cognitivo moderado	5-7 errores	
Deterioro cognitivo importante	8-10 errores	

**Tabla 43.10.** Cuestionario abreviado de Pfeiffer

- **Mini mental test** (Tabla 43.11). Mide la orientación, la memoria y la atención. El tiempo estimado para realizarlo es de 5 a 10 minutos. Si se supera este tiempo, el test no tiene valor. Puede dar falsos positivos si existe una enfermedad mental aguda, una enfermedad orgánica cerebral o un cuadro de deterioro o enfermedad aguda. Existirá deterioro crónico si existen mediciones anteriores y se comprueba un deterioro progresivo.

La **valoración afectiva** en menores de 65 años se realizará mediante anamnesis. Por encima de esta edad se efectuará la detección de cuadros depresivos ocultos a través de las siguientes escalas:

Nombre: ..... Sexo: ..... Fecha: ..... F. nacimiento: ..... Edad: ..... Estudios/profesión: ..... N.º historia: ..... Observaciones: .....	
¿En qué año estamos? <b>0-1</b> ¿En qué estación? <b>0-1</b> ¿En qué día? (fecha) <b>0-1</b> ¿En qué mes? <b>0-1</b> ¿En qué día de la semana? <b>0-1</b>	<b>Orientación temporal</b> (máximo 5 puntos)
¿En qué hospital (o lugar) estamos? <b>0-1</b> ¿En qué piso (o planta, sala, servicio...)? <b>0-1</b> ¿En qué pueblo (ciudad) estamos? <b>0-1</b> ¿En qué provincia estamos? <b>0-1</b> ¿En qué país (o nación, autonomía) estamos? <b>0-1</b>	<b>Orientación espacial</b> (máximo 5 puntos)
Nombre tres palabras: peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de una por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue un punto por cada palabra correcta pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las tres, hasta un máximo de 6 veces. <b>Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1</b> <b>(Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)</b>	<b>Número de repeticiones necesarias</b>  <b>Fijación-Recuerdo inmediato</b> (máximo 3 puntos)
Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones, si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra "MUNDO" al revés. <b>30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1</b> <b>(O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)</b>	<b>Concentración-Cálculo</b> (máximo 5 puntos)
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente: <b>Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1</b> <b>Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1</b>	<b>Recuerdo diferido</b> (máximo 3 puntos)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Denominación.</b> Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera  <b>Lápiz 0-1 Reloj 0-1</b></li> <li>• <b>Repetición.</b> Pedirle que repita la frase: "ni si, ni no, ni pero" (o "en un trigal había 5 perros") <b>0-1</b></li> <li>• <b>Órdenes.</b> Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo"  <b>Coge con mano dcha.: 0-1 Dobla por la mitad: 0-1 Pone en el suelo: 0-1</b></li> <li>• <b>Lectura.</b> Escriba legiblemente en un papel: cierre los ojos. Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase <b>0-1</b></li> <li>• <b>Escritura.</b> Que escriba una frase (con sujeto y predicado) <b>0-1</b></li> <li>• <b>Copia.</b> Dibuje dos pentágonos intersecados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección <b>0-1</b></li> </ul>	<b>Lenguaje</b> (máximo 9 puntos)
Puntuaciones de referencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>27 o más:</b> normal</li> <li>• <b>24 o menos:</b> sospecha patológica</li> <li>• <b>12-24:</b> deterioro</li> <li>• <b>9-12:</b> demencia</li> </ul>	<b>Puntuación total</b> (máximo 30 puntos)

Tabla 43.11. Mini mental test

- **Escala geriátrica de la depresión de Yesavage** (Tabla 43.12). Sirve para valorar el estado de ánimo y obtener una valoración de una posible depresión.
- **Escala de Hamilton** (véase Tabla 43.13). También valora una posible depresión. Consta de 17 ítems, algunos de los cuales se puntúan de 0 a 4 puntos, otros de 0 a 3 y otros de 0 a 2. Si la suma total es igual a 6 se puede estar sufriendo un trastorno depresivo.

En la **valoración social** se tendrá en cuenta la situación familiar y de la vivienda así como las relaciones y los contactos sociales. También la situación económica y los apoyos de la red social.

- Muy importante es la valoración del **cuidador principal** mediante el **Índice de esfuerzo del cuidador** (*Caregiver Burden Scale*, Tabla 43.14), que es un instrumento que mide la carga de trabajo percibida y el esfuerzo que supone el abordaje de los cuidados por los cuidadores familiares.

	SÍ	NO
1. ¿Está satisfecho de su vida?		
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades?		
3. ¿Siente que su vida esta vacía?		
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?		
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?		
6. ¿Teme que algo malo le pase?		
7. ¿Se siente feliz muchas veces?		
8. ¿Se siente a menudo abandonado?		
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir?		
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?		
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?		
13. ¿Se siente lleno de energía?		
14. ¿Siente que su situación es desesperada?		
15. ¿Cree que otros están mejor que usted?		
<b>Puntuación Total</b>		
Se suma un punto por cada respuesta afirmativa: <b>0-5 puntos:</b> normal <b>6-9 puntos:</b> depresión leve <b>10 o más puntos:</b> depresión establecida		

Tabla 43.12. Escala de depresión de Yesavage (versión reducida)

Preguntas	Respuestas		Puntos
Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0	Ausente	
	1	Estas sensaciones se indican sólo al ser preguntados	
	2	Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente	
	3	Estas sensaciones no se comunican verbalmente, sino por la expresión facial, la postura, la voz o la tendencia al llanto	
	4	El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea	
Sensación de culpabilidad	0	Ausente	
	1	Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	
	2	Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones	
	3	La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad	
	4	Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras	

Tabla 43.13. Escala de Hamilton (continúa en la página siguiente)

Preguntas	Respuestas		Puntos
Idea de suicidio	0	Ausente	
	1	Le parece que la vida no merece la pena ser vivida	
	2	Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	
	3	Ideas o amenazas de suicidio	
	4	Intentos de suicidio	
Insomnio precoz	0	Ausente	
	1	Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora	
	2	Dificultades para dormirse cada noche	
Insomnio medio	0	Ausente	
	1	El paciente se queja de estar inquieto durante la noche	
	2	Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...)	
Insomnio tardío	0	Ausente	
	1	Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse	
	2	No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	
Problemas en el trabajo y actividades	0	Ausentes	
	1	Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones	
	2	Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación	
	3	Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad	
	4	Dejó de trabajar por la presente enfermedad	
Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)	0	Palabra y pensamiento normales	
	1	Ligero retraso en el diálogo	
	2	Evidente retraso en el diálogo	
	3	Diálogo difícil	
	4	Torpeza absoluta	
Agitación	0	Ninguna	
	1	“Juega” con sus manos, cabellos, etc.	
	2	Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.	
Ansiedad psíquica	0	No hay dificultad	
	1	Tensión subjetiva e irritabilidad	
	2	Preocupación por pequeñas cosas	
	3	Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla	
	4	Terrores expresados sin preguntarle	

**Tabla 43.13.** Escala de Hamilton (continúa en la página siguiente)

Preguntas		Respuestas		Puntos
Ansiedad somática: signos o síntomas somáticos concomitantes de la ansiedad como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones</li> <li>• Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias</li> <li>• Respiratorios: hiperventilación, suspiros</li> <li>• Frecuencia urinaria</li> <li>• Sudoración</li> </ul>		0	Ausente	
		1	Ligera	
		2	Moderada	
		3	Grave	
		4	Incapacitante	
Síntomas somáticos gastrointestinales		0	Ninguno	
		1	Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	
		2	Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales	
Síntomas somáticos generales		0	Ninguno	
		1	Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía	
		2	Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido	
Síntomas genitales como pérdida de la libido y trastornos menstruales		0	Ausentes	
		1	Débiles	
		2	Graves	
		3	Incapacitantes	
Hipocondría		0	No la hay	
		1	Preocupado de sí mismo (corporalmente)	
		2	Preocupado por su salud	
		3	Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.	
		4	Ideas delirantes hipocondríacas	
Pérdida de peso (completar sólo A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)	0	No hay pérdida de peso	
		1	Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual	
		2	Pérdida de peso definida según el enfermo	
	B. Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)	0	Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio)	
		1	Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio)	
		2	Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio).	
Insight (consciencia de enfermedad)		0	Se da cuenta de que está deprimido y enfermo	
		1	Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.	
		2	Niega estar enfermo	
El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista, excepto para los ítems del sueño, que se refieren a los 2 días previos. Se suma la puntuación de todos los ítems para obtener la puntuación global. Proporciona una puntuación de la gravedad del cuadro				
				<b>Puntuación total</b>
<b>Puntuación</b>	<b>Gravedad del cuadro</b>	<b>Puntuación</b>	<b>Gravedad del cuadro</b>	
0-7	Estado normal	18-29	Depresión mayor	
8-12	Depresión menor	30-52	Más que depresión mayor	
13-17	Menos que depresión mayor			

Tabla 43.13. Escala de Hamilton (continuación)

El profesional se dirige al cuidador de la siguiente manera: "Voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a pacientes que han regresado a casa tras una estancia en el hospital. ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso?".

Características de recogida: está compuesto por 23 preguntas dicotómicas (dos únicas posibilidades de respuesta: sí o no) heteroadministradas durante el transcurso de una entrevista clínica, y cada respuesta verdadera puntúa 1.

Población diana: población cuidadora de personas dependientes en general.

- **Escala de valoración social de Gijón** (Tabla 43.15). Permite la valoración sociofamiliar de personas en situación de riesgo o problemática social, siendo útil como un instrumento específico de medición de la situación social para su incorporación en la atención social o sanitaria. Consta de 5 ítems ((situación familiar, económica, vivienda, relaciones y apoyo social), con 5 posibles categorías

Nombre .....		Fecha .....		Expediente .....	
<p><b>Instrucciones:</b> a continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las que se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo o casi siempre. A la hora de responder piense que no existen repuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.</p> <p>0 = Nunca    1 = Rara vez    2 = Algunas veces    3 = Bastantes veces    4 = Casi siempre</p>					
1 A. ¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2 A. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3 A. ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia?					
4 B. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
5 B. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6 B. ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?					
7 A. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar?					
8 A. ¿Cree que su familiar depende de usted?					
9 B. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10 A. ¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?					
11 A. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?					
12 A. ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					
13 A. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?					
14 A. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende?					
15 C. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					
16 C. ¿Cree que será incapaz de cuidarle por mucho más tiempo?					
17 B. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?					
18 B. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros?					
19 B. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20 C. ¿Cree que debería hacer más por su familiar?					
21 C. ¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?					
22 A. Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					
<p>ESCALA DE EVALUACIÓN</p> <p>A. Consecuencias del cuidado en el cuidador (0-44)</p> <p>B. Creencias y expectativas sobre la capacidad para cuidar (0-28)</p> <p>C. Relación cuidador con P.M. cuidado (0-16)</p>					

Tabla 43.14. Escala de Zarit sobre la carga del cuidador



en cada una de ellos, estableciendo un gradiente desde la situación social ideal o ausencia de problemática a la objetivación de alguna circunstancia o problema social, obteniéndose una puntuación global.

Población diana: población mayor de 65 años.

A continuación se van a ir desglosando los problemas y patologías más prevalentes en las diferentes etapas de la vida.

Algunos temas, entre otros, la diabetes, las enfermedades mentales, el tabaquismo, las enfermedades infecciosas (VIH, tuberculosis, hepatitis) o la incontinencia urinaria se han excluido al estudiarse en otros capítulos del temario.

SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
SITUACIÓN ECONÓMICA	
Más de 1,5 veces el salario mínimo	1
Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI- FAS - Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
VIVIENDA	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5
<b>VALORACIÓN</b>	
Recomendamos su utilización haciendo un registro independiente de cada una de las variables, ya que su principal utilidad no es definir un riesgo social sino detectar dimensiones deficientes. De hecho se han desarrollado diferentes versiones que no incluyen puntuación. En cualquier caso se considera que el punto de corte para la detección de riesgo social es 16	

Tabla 43.15. Escala sociofamiliar de Gijón

## 43.4.

### EL NIÑO CON PATOLOGÍA CRÓNICA. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS MÁS PREVALENTES

Los avances médicos han logrado la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de muchas de las enfermedades crónicas durante la etapa infantil. En la actualidad, más del 90% de los niños que las padecen sobreviven hasta la edad adulta.

Se considera enfermedad crónica aquella que cursa con una duración mayor de 3 meses de tratamiento.

Las características de la patología crónica infantil se enumeran en la Tabla 43.16.

- Algunas provocan en el niño una discapacidad permanente
- Requieren modificaciones en el estilo de vida (estudios, realización de actividades, etc.) y una adaptación en función de la evolución
- Cursan con periodos de crisis seguidos de periodos de descanso
- Son incurables, aunque pueden disminuirse o minimizar sus complicaciones
- El tratamiento requiere de la colaboración familiar ya que tiene lugar en el domicilio

**Tabla 43.16.** Características de la patología crónica en niños

#### 43.4.1. Enfermedades crónicas más prevalentes en la infancia

- Asma.
- Cáncer.
- Parálisis cerebral.
- Fibrosis quística.
- Malformaciones cardíacas.
- Diabetes (se estudia en capítulo aparte).

##### Asma

Es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias que se caracteriza por un aumento de la respuesta del árbol traqueobronquial a múltiples estímulos.

Se presenta con un estrechamiento reversible y generalizado de las vías respiratorias. Es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia.

- Es episódica: cursa con exacerbaciones agudas y periodos asintomáticos.
- En el “**estado asmático**” la obstrucción de las vías respiratorias puede persistir durante días o semanas. Se trata de un cuadro grave que puede poner en peligro la vida del paciente.

Un 50% se inicia antes de los 10 años de edad y una tercera parte antes de los 40 años. Durante la infancia la tasa preponderante entre varones y mujeres es de 2:1.

Sus tipos quedan resumidos en la Tabla 43.17.

ASMA EXTRÍNSECO	ASMA INTRÍNSECO
Predominio en niños y jóvenes	Predominio en adultos
Frecuente historia personal o familiar de alergia (rinitis, urticaria, eccema...).	Rara historia personal o familiar de alergia
Pruebas cutáneas positivas	
IgE total y específica elevadas	IgE normal
Hipersensibilidad tipo I (inmediata)	A veces intolerancia a la aspirina

**Tabla 43.17.** Tipos de asma

## Cáncer

Según la Agencia Internacional sobre el Cáncer, los tipos más frecuentes en la infancia son la leucemia, los linfomas, los tumores cerebrales, el osteosarcoma y el histiocitoma fibroso maligno.

### A. Leucemia

Se origina en la médula ósea, la responsable de producir las células sanguíneas (hematíes, leucocitos y plaquetas). En la leucemia se produce la proliferación incontrolada de los blastos, los glóbulos blancos inmaduros que desplazan al resto de células sanguíneas.

### B. Linfoma

Los linfomas constituyen el 10% de cáncer en menores de 15 años y ocupan el tercer lugar tras leucemias y tumores del sistema nervioso central (SNC).

Es un cáncer que se origina en los ganglios linfáticos. El sistema linfático forma parte del sistema inmunológico y se encuentra en el bazo, el timo, los ganglios, la médula ósea, las amígdalas, la piel, el intestino delgado y el

estómago. Un linfoma puede originarse en cualquiera de ellos. Está formado por unos conductos que se ramifican por todo el organismo y su función es la de combatir las infecciones y las enfermedades neoplásicas. La linfa contiene los linfocitos. Los linfocitos B generan anticuerpos para combatir las infecciones y los linfocitos T destruyen virus y células extrañas y activan a los linfocitos B para que generen anticuerpos.

- **Linfoma de Hodgkin:** generalmente afecta a los ganglios linfáticos periféricos en personas de 10 a 30 años.
- **Linfoma no Hodgkin:** comienza cuando un linfocito (usualmente una célula B) se vuelve anómalo, se reproduce y forma un tejido llamado tumor. El tratamiento difiere si el paciente es un niño o un adulto. Puede comenzar en cualquier tejido y diseminarse a órganos como el hígado.

Los tipos de linfoma no Hodgkin en niños son:

- Linfoma no Hodgkin de células B (linfoma de Burkitt y linfoma de tipo Burkitt) y leucemia de Burkitt.
- Linfoma de células B grande difuso.
- Linfoma linfoblástico.
- Linfoma de células grandes anaplásico.

### C. Tumores del sistema nervioso central (SNC)

Las células tumorales afectan al cerebro o a la médula espinal. Los más comunes son el astrocitoma, el glioma del tronco encefálico, el meduloblastoma, el craneofaringioma y el ependimoma.

Son diferentes en cada niño:

- **Tumores del SNC:** cefalea que desaparece tras el vómito, náuseas y vómitos, dificultades de visión o audición, pérdida de equilibrio, somnolencia, crisis convulsivas.
- **Tumores de la médula espinal:** dolor de espalda con irradiación a brazos o piernas, cambios en el ritmo intestinal, dificultad para la micción, dificultad para caminar.

### D. Osteosarcoma e histiocitoma fibroso maligno

En ambas patologías las células cancerosas se forman en el hueso. Comienzan en los osteoblastos, células óseas que se van a convertir en tejido óseo nuevo. Suele aparecer en los extremos de los huesos largos, como brazos o piernas. En los niños y adolescentes lo hacen con frecuencia en los huesos cercanos a la rodilla. Las metástasis, si aparecen, lo hacen en el pulmón y en otros huesos.

### Parálisis cerebral

Según la OMS la parálisis cerebral es toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro

del margen que se considera normal para un ser humano.

No es una enfermedad específica, sino que engloba un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura que ocasionan limitación en la actividad y que se atribuyen a trastornos en el cerebro durante la época fetal o durante el desarrollo infantil. Se trata de una patología crónica no progresiva.

A los trastornos motores se suman los sensoriales y los cognitivos.

La parálisis cerebral es la causa más frecuente de discapacidad motora en la edad pediátrica y el principal motivo de discapacidad física grave.

Aparece en la primera infancia y persiste toda la vida. Su prevalencia en los países desarrollados se estima en 2-2,5 casos por cada 1.000 nacidos vivos.

Se clasifica de la siguiente forma:

- **Congénita:** la lesión ocurre durante la etapa prenatal, en el parto o en la neonatal.
  - **Causas:** anoxia, hemorragia, infección (toxoplasmosis, rubéola), incompatibilidad del Rh, ingestión de drogas o tóxicos durante el embarazo, prematuridad, bajo peso al nacer, hipoxia, fórceps, desprendimiento o placenta previa, cianosis, broncoaspiración, etc.
- **Adquirida o posnatal:** la lesión ocurre durante el primer mes de edad.
  - **Causas:** traumatismos, infecciones (meningitis), convulsiones febriles, etc.

En cada niño aparecen síntomas diferentes. Algunos son el retraso en el desarrollo: en la capacidad para sentarse, gatear, ponerse de pie, coger un objeto, etc. Suele diagnosticarse antes de los 2 años.

### Fibrosis quística

La fibrosis quística o mucoviscidosis es una enfermedad multisistémica provocada por una alteración genética recesiva que afecta a las glándulas exocrinas. En aquellas zonas del organismo en las que se producen secreciones éstas van a ser mucho más espesas, debido a la disminución de agua, sodio y potasio. Es una enfermedad incurable y una de las enfermedades crónicas más frecuentes en niños y adultos jóvenes. Afecta principalmente a los pulmones y, en menor medida, al intestino, al hígado y al páncreas.

Es una enfermedad autosómica recesiva, es decir, para que la enfermedad se transmita es necesario que tanto el padre como la madre sean portadores del gen de

la fibrosis quística. Los padres pueden estar sanos. Las personas que poseen un gen normal y otro alterado son portadores sanos de la enfermedad. Si los progenitores son portadores pueden tener hijos sanos, portadores sanos o afectados. Las probabilidades son:

- Un 25% de los hijos pueden ser sanos.
- Un 25% pueden estar afectados por la enfermedad.
- Un 50% pueden ser portadores sanos.

Si uno de los padres es portador sano y otro es una persona totalmente sana, la probabilidad de que nazcan hijos afectados de fibrosis quística es nula. Sí pueden nacer portadores sanos.

Si uno de los progenitores está afectado de fibrosis quística y el otro es sano, como mínimo todos los hijos serán portadores.

## 43.5.

### EL ADOLESCENTE CON PATOLOGÍA CRÓNICA. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS MÁS PREVALENTES

#### 43.5.1. Cardiopatías congénitas

Se calcula que en nuestro país 8 de cada 1.000 nacidos vivos padecen algún tipo de cardiopatía. En España se intervienen quirúrgicamente unos 2.000 niños al año.

La mayoría de ellas se diagnostican en el momento del nacimiento, pero en ocasiones no es así y comienzan a dar problemas incluso años después, aunque su origen sea congénito.

El desarrollo de la cirugía cardíaca ha permitido que más del 85% de los pacientes intervenidos durante la infancia hayan llegado a la edad adulta. En España, existen más de 60.000 adolescentes y adultos con cardiopatía congénita.

Son pacientes en los que hay que tener presente que han sido niños enfermos desde su nacimiento, que han sido intervenidos quirúrgicamente de cirugías muy complejas y sometidos a infinidad de consultas y pruebas diagnósticas invasivas. La enfermedad, en muchas ocasiones, ha propiciado un entorno familiar de sobreprotección. Estos niños han llegado a adolescentes y adultos con problemas de desarrollo, escolares y laborales, de ahí la importancia de la valoración integral y del abordaje multidisciplinar en aras de conseguir unas adecuadas integración social y calidad de vida.

#### Tipos

Las cardiopatías congénitas más frecuentes son:

- **Comunicación interventricular:** el tabique que separa los dos ventrículos no está cerrado, sino que existe una comunicación entre ambas estructuras anatómicas. La sangre oxigenada del ventrículo izquierdo pasa al ventrículo derecho (existe una presión mayor en el ventrículo izquierdo), mezclándose con la sangre no oxigenada. Esta sangre regresa al pulmón aunque ya está oxigenada. El corazón derecho (ventrículo, arteria pulmonar, pulmones) y las venas pulmonares, la aurícula y el ventrículo izquierdo están sobrecargados por el incremento del flujo sanguíneo y se dilatan. Todo ello provoca signos de insuficiencia cardíaca que si no se corrige podría causar hipertensión pulmonar grave. En algunos casos se cierra sin cirugía en unas semanas. En caso contrario, el tratamiento es quirúrgico (auriculoplastia).
- **Comunicación interauricular:** durante la etapa fetal es algo normal y se cierra antes del nacimiento. Si esto no se produce, se va a mezclar la sangre que proviene de la aurícula izquierda (mayor presión) con la sangre sin oxigenar que proviene de las cavas. Como en el caso anterior, este exceso de sangre va a sobrecargar el corazón. Los síntomas son menos graves y aparecen más tarde que en la comunicación interventricular. El tratamiento puede realizarse mediante cateterismo, colocando un dispositivo que ocluya la comunicación. Si no es posible, habrá que realizar cirugía, normalmente mediante una sutura continua. Si es muy grande se coloca un parche.
- **Tetralogía de Fallot:** engloba cuatro lesiones:
  - Comunicación interventricular.
  - Estenosis pulmonar.
  - Aorta entre el ventrículo derecho y el izquierdo.
  - Hipertrofia del ventrículo derecho.

La sangre que se encuentra en el ventrículo derecho y que no está oxigenada no puede ir hacia los pulmones porque existe una estenosis en la zona cercana a la arteria pulmonar, en la válvula pulmonar o en las arterias pulmonares. Esta sangre se desvía hacia la aorta a través de la comunicación interventricular. La aorta recibe sangre oxigenada en pequeña cantidad, porque es la que procede del pulmón, que a su vez es escasa porque llega poca, debido a la estenosis. También recibe la sangre no oxigenada que proviene del ventrículo derecho. Esta mezcla con una oxigenación escasa hace que los niños que padecen la enfermedad adquieran un color violáceo.

El tratamiento es quirúrgico, mediante el cierre con un parche de la comunicación interventricular y la corrección de la estenosis pulmonar.

- **Ductus arteriovenoso persistente:** se trata de un vaso que conecta la aorta a la arteria pulmonar ya fuera del corazón. Esta comunicación se cierra unos días después del nacimiento. Si esto no ocurre, la sangre oxigenada de la aorta (mayor presión) pasa a la arteria pulmonar (menor presión) y a los pulmones. Se mezcla con la sangre no oxigenada que proviene del ventrículo derecho. Esta sobrecarga sanguínea incrementa el trabajo del corazón izquierdo y lo deteriora. Los síntomas son similares a la insuficiencia cardíaca y, posteriormente, hipertensión pulmonar. El tratamiento consiste en el cierre del ductus mediante cateterismo.
- **Estenosis pulmonar y aórtica:** consiste en una estrechez en la zona del ventrículo derecho cercana a la arteria pulmonar, el anillo, la válvula pulmonar o la arteria pulmonar. El ventrículo tiene que impulsar la sangre hacia el pulmón, pero al existir la estenosis debe hacerlo con mayor fuerza y presión. Con el tiempo, el ventrículo derecho se va a ir deteriorando. El tratamiento se realiza mediante cateterismo, a través del cual se consigue la dilatación de la válvula pulmonar (valvuloplastia pulmonar) mediante el inflado de un balón.
- **Transposición de grandes arterias:** consiste en la conexión del ventrículo derecho con la aorta y del izquierdo con la arteria pulmonar (en lugar de la conexión del ventrículo derecho con la arteria pulmonar y del ventrículo izquierdo con la aorta). La sangre oxigenada del ventrículo izquierdo, en vez de distribuirse por todo el organismo, va a ir al pulmón a reoxigenarse otra vez. Y la sangre no oxigenada, en vez de ir al pulmón para oxigenarse, se distribuye por todo el organismo. Los niños recién nacidos sobreviven por la persistencia del ductus y de la comunicación interauricular que, de forma natural o mediante cateterismo invasivo, se mantienen abiertos. Se intercambia un mínimo de sangre que permite la supervivencia. La sangre no oxigenada pasa a los pulmones a través de la comunicación interauricular y el ductus y la sangre oxigenada pasa al cuerpo a través de la comunicación interauricular. El tratamiento es quirúrgico. Consiste en conectar la arteria pulmonar al ventrículo derecho y la aorta al ventrículo izquierdo.
- **Coartación de aorta:** consiste en una estrechez en la aorta. El ventrículo izquierdo tiene que hacer una mayor fuerza para poder enviar la sangre al organismo. Esto provoca un cuadro de insuficiencia cardíaca grave e hipertensión arterial en la mitad superior del cuerpo. De otra parte, los órganos abdominales y las extremidades inferiores apenas reciben sangre. El tratamiento es quirúrgico y consiste en la resección de la estenosis y en la anastomosis término-terminal de los dos cabos de la aorta.

### 43.5.2. Trastornos de la conducta alimentaria

La insatisfacción de la imagen corporal que tienen algunas personas sobre sí mismas pueden provocar como respuesta un trastorno de la conducta alimentaria. Una conducta que mantenida en el tiempo tiene consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

Son más frecuentes en mujeres (90%), aunque cada vez afectan a más hombres. Aparecen sobre todo en la adolescencia, una etapa de cambios físicos en la que se forja la personalidad y la identidad. Pueden afectar a cualquier persona, con independencia de su edad o su situación socioeconómica.

Las personas afectadas pueden tener pensamientos negativos acerca de su cuerpo y su imagen, no se sienten aceptados por los demás, piensan que no se les quiere o se les trata de diferente manera por su imagen, que cuanto más delgadas se encuentren más salud van a tener, etc. La comida se convierte en una obsesión que condiciona las actividades del día a día, provocando que otras muchas cuestiones queden al margen.

Las consecuencias de estos trastornos afectan a la salud y a aspectos psicológicos y sociales.

## 43.6.

### EL ADULTO Y EL ANCIANO CON PATOLOGÍA CRÓNICA. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS MÁS PREVALENTES

#### 43.6.1. Cardiopatías

##### Insuficiencia cardíaca

La insuficiencia cardíaca (IC) engloba todas las situaciones en las que el corazón no es capaz de bombear toda la sangre que el organismo necesita en un momento dado. Es decir, el gasto cardíaco es inferior a las necesidades metabólicas.

Se clasifica de la siguiente forma:

- **IC aguda:** se produce en infarto agudo de miocardio o en roturas valvulares y aparece insuficiencia cardíaca izquierda pero sin edemas.
- **IC crónica:** cursa con presión arterial normal, pero con edemas.



Según el gasto cardíaco se diferencian dos tipos:

- **IC con gasto cardíaco bajo:**
  - IC secundaria a cardiopatía isquémica.
  - HTA.
  - Miocardiopatías.
  - Valvulopatías.
  - Enfermedades del pericardio.
- **IC con gasto cardíaco elevado:**
  - Enfermedad de Paget ósea.
  - Fístulas arteriovenosas.
  - Hipertiroidismo.
  - Anemia.
  - Embarazo.

### Arritmias. Fibrilación auricular

Es una taquiarritmia definida como una actividad auricular desorganizada sin ondas P, que son sustituidas por una ondulación del segmento T-QRS, con ondas f, a unos 350-360 por minuto, con una respuesta ventricular irregular.

Puede ser crónica o paroxística. Su etiología es muy variada: estrés emocional, poscirugía, intoxicación alcohólica aguda, alteraciones metabólicas, hipoxia e hipercapnia, hipertiroidismo, cardiopatía hipertensiva, etc.

### Cardiopatía isquémica

Es una alteración en la perfusión miocárdica producida por un desequilibrio entre el aporte de oxígeno al miocardio y la demanda del mismo. Pueden ser las siguientes:

- Angina estable.
- Síndromes coronarios agudos: angina inestable, infarto agudo de miocardio o muerte súbita.
- Isquemia silente.
- Insuficiencia cardíaca: miocardiopatía dilatada, edema agudo de pulmón, crisis de disnea paroxística nocturna.
- Arritmias.

## 43.6.2. Neoplasias

### Cáncer de próstata

Afecta generalmente a varones de edad avanzada. Se forma en la próstata, una glándula que se encuentra debajo de la vejiga y delante el recto. En España, según el Centro Nacional de Epidemiología, el cáncer de próstata es el cuarto cáncer en incidencia y el tercero en mortalidad, detrás del cáncer pulmonar y de colon. Presenta una tasa ajustada de mortalidad del 13,52%, su incidencia aproximada es de 22,2 varones al año y la prevalencia estimada es de 200 casos por cada 100.000 habitantes.

### Cáncer de mama

El cáncer de mama es el tumor maligno que se origina en el tejido de la glándula mamaria. Cuando las células tumorales proceden del tejido glandular de la mama y tienen capacidad de invadir los tejidos sanos de alrededor y de alcanzar órganos alejados e implantarse en ellos, hablamos de cáncer de mama. Es el tumor más frecuente en mujeres. Se estima que el riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida es de, aproximadamente, 1 de cada 8 mujeres. El tumor puede crecer de tres maneras:

- **Crecimiento local:** crece infiltrando áreas vecinas, como la pared torácica o la piel.
- **Diseminación linfática:** a través de los ganglios axilares, de la arteria mamaria interna o los supraclaviculares.
- **Diseminación hematógena:** de los vasos sanguíneos hacia los huesos, el pulmón, el hígado y la piel.

Sus tipos son los siguientes:

- **Carcinoma ductal *in situ*:** el proceso de malignización se dirige en dirección al conducto; tiene lugar en su interior sin traspasar la pared del mismo, es decir, sin invadir o infiltrar el tejido que lo rodea.
- **Carcinoma lobulillar *in situ*:** el proceso de malignización aparece dentro de un lobulillo. Con frecuencia aparecen varias lesiones en la misma mama (multicéntrico) y puede ser bilateral.
- **Carcinoma invasivo o infiltrante:** la proliferación celular maligna traspasa el ducto o el lobulillo e invade el tejido que lo rodea. Existen dos tipos:
  - **Carcinomas ductales:** se originan en las células que recubren los conductos galactóforos. Son los más frecuentes (80%).
  - **Carcinomas lobulillares:** se originan en las células de los lobulillos mamarios, donde se produce la leche (10%).
- **Carcinoma inflamatorio de mama:** las células tumorales infiltran los vasos linfáticos y la piel (1-3%).
- **Enfermedad de Paget:** existe una afectación de la piel del pezón y/o la aréola que puede estar o no asociada a un carcinoma subyacente intraductal (*in situ*) o invasivo (1%).

## 43.6.3. Patologías renales

### Enfermedad renal crónica

La enfermedad renal crónica (ERC) es un relevante problema de salud pública por sus elevadas incidencia y prevalencia, morbimortalidad y coste socioeconómico.

Según el estudio de la prevalencia de la insuficiencia renal crónica en España (EPIRCE), se estima que un 10% de la población tiene ERC en cualquiera de sus estadios. La prevalencia aumenta con la edad, y es muy frecuente en otras enfermedades crónicas (HTA, diabetes, obesidad, enfermedades cardiológicas y oncológicas). En España, el coste anual de la ERC en sus fases más avanzadas es de 800 millones de euros.

La ERC se define como una disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular ( $FG < 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ ) o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses. Incluye:

- Daño renal diagnosticado por método directo (alteraciones histológicas en biopsia renal) o de forma indirecta como la albuminuria o proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen.
- Alteraciones en el filtrado glomerular.

### 43.6.4. Enfermedades neurodegenerativas

#### Síndrome de fatiga crónica o encefalomielitis miálgica

Es una enfermedad crónica, recurrente, multisistémica y discapacitante caracterizada por una fatiga intensa de más de 6 meses de duración que no disminuye con el descanso y que no es atribuible a ninguna otra causa. Se trata de una inflamación del sistema nervioso central y muscular.

Según la OMS, se trata de una enfermedad neurológica grave que puede afectar a otros sistemas, como el sistema inmunitario, cardiovascular o endocrino.

Es más frecuente en mujeres de 30 a 50 años.

#### Ictus

Según la OMS, se trata del *“desarrollo rápido de signos clínicos indicativos de trastorno focal o global de la función cerebral, con síntomas que persisten más de 24 h o que conducen a la muerte, sin que exista causa aparente distinta de la vascular”*.

La palabra *ictus* proviene del latín y significa “golpe” porque aparece de manera súbita y violenta y comprende al conjunto de patologías cerebrovasculares en las que existe una interrupción, transitoria o permanente, del riego sanguíneo cerebral provocando la alteración de la función en la zona o las zonas afectadas.

Constituye un relevante problema de salud pública, ya que es la primera causa de discapacidad permanente en la edad adulta y de muerte (junto a las enfermedades cardiovasculares y el cáncer) en los países desarrollados. También el segundo motivo de demencia después del Alzheimer.

Es imprescindible su diagnóstico precoz en aras de instaurar el tratamiento médico lo antes posible.

Se estima que en España afecta a 200 personas de cada 100.000 habitantes. La cifra se multiplica por 10 en las personas mayores de 75 años. Entre un 5 y un 11% de la población mayor de 65 años refiere antecedentes clínicos de ictus.

#### Parkinson

Es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central que afecta al área encargada de coordinar la actividad, el tono muscular y los movimientos. Es un proceso crónico que origina la degeneración y la muerte de las neuronas dopaminérgicas, cuyo neurotransmisor primario es la dopamina. Esta pérdida de neuronas ocurre en el tronco del encéfalo, en una parte del núcleo llamado sustancia negra, la parte compacta. Cuando se van perdiendo neuronas, esta sustancia negra palidece y deja de producir dopamina.

#### Enfermedades desmielinizantes. Esclerosis múltiple

Es una enfermedad lentamente progresiva del sistema nervioso central (SNC) que se caracteriza por zonas diseminadas de desmielinización en el cerebro y la médula espinal, que ocasiona múltiples y variados signos y síntomas neurológicos, generalmente con remisiones y exacerbaciones.

Constituye la segunda causa de discapacidad neurológica en la etapa adulta por detrás de los traumatismos. Su evolución es imprevisible ya que puede cursar como una patología benigna o como una enfermedad progresiva que conduce a la incapacidad y la dependencia. También puede ser progresiva o cursar con recidivas y remisiones.

Se caracteriza por inflamación, desmielinización y gliosis (tejido cicatricial).

Se desconoce la causa, aunque se sospecha que puede estar originada por la acción de un virus lento o latente o por alguna anomalía inmunológica. La inmunoglobulina G (IgG) está elevada en el líquido cefalorraquídeo (LCR) en la mayoría de los pacientes. También se cree



que pueden estar presentes ciertos factores genéticos, así como factores ambientales.

El porcentaje de mujeres que padecen la enfermedad es mayor que el de los hombres, y con mayor frecuencia entre los 20-40 años de edad.

### 43.6.5. Enfermedades hematológicas crónicas

Se agruparán bajo tres categorías: trastornos relacionados con los glóbulos rojos (anemias crónicas), trastornos relacionados con los glóbulos blancos y trastornos de origen linfóide (leucemias).

#### Trastornos relacionados con los glóbulos rojos: anemia

Se considera que una persona tiene anemia cuando los valores de hemoglobina son:

- Inferiores a 13 g/dl en el varón adulto.
- Inferiores a 12 g/dl en la mujer adulta.
- Inferiores a 11 g/dl en la mujer embarazada.

También con descenso brusco a partir de un valor basal, incluso normal y una caída mayor o igual 2 g/dl respecto al valor basal.

La concentración de eritrocitos puede ser normal e incluso estar elevada.

La anemia puede estar asociada a múltiples patologías, manifestándose como un síntoma de las mismas.

Los pacientes con anemia crónica tienen un perfil de pacientes con anemia conocida o no conocida que puede tener o no un síndrome general asociado.

#### Trastornos relacionados con los glóbulos blancos

Se trata de la serie blanca sanguínea. Los glóbulos blancos son los encargados de defendernos contra las infecciones. Lo pueden realizar de dos formas: bien produciendo anticuerpos –cuyos encargados son los linfocitos–, bien colaborando en la destrucción de microorganismos, cuyos encargados son los neutrófilos, los eosinófilos, los basófilos y los monocitos. Los eosinófilos también participan en las reacciones alérgicas. Los valores normales son:

- Neutrófilos: 40 a 60%.
- Linfocitos: 20 a 40%.
- Monocitos: 2 a 8%.
- Eosinófilos: 1 a 4%.
- Basófilos: 0,5 a 1%.

### Trastornos de origen linfóide: leucemias

Es un cáncer que empieza en el tejido que elabora la sangre, como la médula ósea, y hace que se produzcan grandes cantidades de glóbulos y que entren en el torrente sanguíneo.

En este tema se van a tratar las leucemias crónicas en el adulto como son la leucemia linfocítica crónica y la leucemia mielógena crónica.

#### A. Leucemia linfocítica (linfóide) crónica

Es un tipo de cáncer por el que la médula ósea produce demasiados linfocitos. Es el segundo tipo más común de leucemia en adultos y provoca un empeoramiento progresivo.

El organismo produce células madre sanguíneas que son inmaduras y que con el tiempo pasan a ser maduras. Las células madre pueden convertirse en células mieloides o linfoides.

Las células madre mieloides darán lugar a células maduras, como los glóbulos rojos, glóbulos blancos o plaquetas.

Las células madre linfoides se convierten en una célula linfoblástica y luego en uno de los tres tipos de linfocitos: B, T o citotóxicos naturales.

En la leucemia linfocítica crónica un gran número de células madre sanguíneas se convierten en linfocitos anómalos que no van a combatir correctamente las infecciones. A medida que éstos van aumentando, van dejando menos lugar para los glóbulos rojos, los glóbulos blancos y las plaquetas sanas. Consecuencia de ello es que se puede producir infección, anemia y sangrado fácil.

#### B. Leucemia mielógena (mieloide) o leucemia granulocítica crónica

La leucemia mielógena crónica es una enfermedad en la que la médula ósea produce demasiados glóbulos blancos. Es una enfermedad evolutiva lenta de la sangre y la médula ósea y se presenta durante o después de la edad madura.

En esta enfermedad, muchas de las células madre sanguíneas se transforman en un tipo de glóbulo blanco llamado granulocito. Éstos son anómalos y no se convierten en glóbulos blancos sanos. Al igual que en el caso anterior, no dejan lugar a las células sanas (glóbulos rojos, blancos o plaquetas) y pueden ocasionar anemia, infecciones y sangrado fácil.

### BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española contra el Cáncer: [www.aecc.es](http://www.aecc.es).
- Dr. Ferran J. García; Dra. Anna M. Cusco Segarra y Dra. Violant Poca Días. *Abriendo camino: principios básicos de fibromialgia, fatiga crónica e intolerancia química múltiple*. Tarannà Edicions, 2006. ISBN: 978-84-96516-09-0.
- E. Bardón Otero, A. Martí i Monros y M.<sup>a</sup> L. Vila Paz. *Enfermería en la consulta de enfermedad renal crónica avanzada* (ERCA). Guía SEN,
- *Enfermería Medwave* 2007 Abr; 7 (3): e2719 doi: 10.5867/medwave.2007.03.2719.
- Engleberg NC. Chronic fatigue syndrome. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds). *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 7th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2009: cap 131.
- Federación Española del Párkinson: [www.fedesparkinson.org](http://www.fedesparkinson.org).
- Firestein GS, Budd RC, Harris ED Jr., et al. (eds). *Kelley's Textbook of Rheumatology*. 8th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2008.
- Hutton JL, Cooke T, Pharoah POD. Life expectancy in children with cerebral palsy. *BMJ* 1994; 309: 431-435.
- Instituto Nacional del Cáncer: [www.cancer.gov/espanol](http://www.cancer.gov/espanol).
- JJ Verdú, M. Pérez-Mateo, C. Sánchez, M. Azorín, P. Llorens, R. Gómez. *Protocolo de manejo de la anemia crónica*.
- J.M. del Val Gil. M.F. López Bañeres. F.J. Rebollo López. A.C. Utrillas Martínez. M. González. *Linfadenectomía axilar y ganglio centinela en el tratamiento quirúrgico actual del cáncer de mama*.
- J. Olivares Martín, A. Alonso Melgar, et al. *Diálisis peritoneal*. Guía SEN.
- Kuban KCK, Leviton A. Cerebral palsy. *N Engl J Med* 1994; 330:188-195.
- Libro blanco de atención a la fibrosis quística. Federación española de Fibrosis Quística. Edita: Federación Española contra la fibrosis quística. Realización: Galenas.
- Medicina Interna: Farreras Rozman.
- Nieto Gargía, E; Casado Iollano, A; García Pérez, C; Peláez Rodríguez, I. *Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria* *Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Ed. Faecap, 2008.
- OMS. Enfermedades crónicas: [www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/): [www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/)
- Piédrola Gil. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Elsevier Masson, 2008.
- Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades crónicas 2012-2016. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- R. Alcázar Arroyo, L. Orte Martínez. *Enfermedad renal avanzada. Guía de la Sociedad Española de Nefrología*. 2008.
- Santhouse A, Hotopf M, David AS. Chronic fatigue syndrome. *BMJ* 2010; 340: c738.
- [www.aasfc.org.ar](http://www.aasfc.org.ar).
- [www.cardiopatiasongenitas.net](http://www.cardiopatiasongenitas.net).
- [www.nanda.es](http://www.nanda.es).