

# TALLER PRÁCTICO. VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA

Máximo Bernabeu-Wittel<sup>2</sup>

Concepción Hurtado Pedrosa<sup>3</sup>

María Teresa Medina Duque<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trabajo Social. Hospital San Juan de dios del Aljarafe. Sevilla

<sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

<sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital San Juan de dios del Aljarafe. Sevilla



# LA HISTORIA DE ANTONIO

- 83 años. Fuma 25c desde los 25a.
- HTA, dislipemia, hiperuricemia, intolerancia hidrocarbonada.
- EPOC tipo BC, agudizador, disnea basal III de la mMRC.
- Hernia hiatal
- Apendicectomía en juventud y HPB por RTU hace 3 años.
- Independiente para ABVD y AIVD, FFSS OK; vivía con esposa de 80 a, en un pueblo a 20 Km del centro hospitalario más cercano.
- TTO: enalapril 20 mg al día, simvastatina 20 mg al día, metformina 850 mg al día, omeprazol 20 mg al día, tiotropio y formoterol inhalados, alopurinol, AAS 100 mg al día, metamizol y paracetamol puntuales, lorazepam 1mg y pentoxifilina 400 cada 8h.

# LA HISTORIA DE ANTONIO

- Cuadro de 1 m: Pérdida de 12 Kg, tinte amarillento y cefalea orgánica.
- Anamnesis dirigida: tos seca de reciente comienzo y aumento leve de disnea. Intensísima astenia, teniendo que estar acostado prácticamente la mayor parte del día, y necesitando de la ayuda de su esposa María prácticamente para todo. En muchas ocasiones ayuda de algún vecino.
- MEG, importante delgadez, sensación de enfermedad grave. COC, eupneico y afebril, ictérico con constantes normales. La ACR: hipoventilación de hemitórax izquierdo, hepatomegalia pétérea de 6 cm.

# LA HISTORIA DE ANTONIO

- Anemia de 9.5 g/dL, Bilirrubinemia de 4 mg/dL a expensas de la fracción directa, y elevación de enzimas de colestasis. Resto normal.
- RX tórax: masa de 6 cm en LSI + DP ipsilateral moderado.
- TAC cráneo, tórax y abdomen c/c: masa pulmonar extensa en LSI con infiltración de pleura visceral y pared costal, adenopatías mediastínicas, derrame pleural izquierdo y pericárdico moderados, múltiples LOE hepáticas sugestivas de metástasis, y dos lesiones cerebrales (frontal izquierda y temporal derecha) con importante edema adyacente y efecto masa.
- En el pase de sala tras estas pruebas Antonio solicita toda la información. Le comenta "que ya ha vivido muchas cosas, que sabe que tiene algo malo, que no quiere hacerse ninguna prueba más, ni operarse ni darse radioterapia ni quimioterapia y que necesita conocer los resultados para organizarse". Usted mira a la María y a la hija de Antonio, Mercedes que hacen gestos por detrás del paciente para que no le diga nada.

# **PREGUNTA 1: ¿Cuál cree que es la opción más correcta desde la perspectiva de la VIE?**

- 1. Informar y realizar escalas funcionales, cognitivas, afectivas, sociofamiliares, farmacológicas y el cuestionario GES de valoración espiritual.
- 2. Informar centrandó en la necesidad de un diagnóstico para un posible tratamiento que pudiera mejorar su supervivencia.
- 3. Informar y centrar VIE en pronóstico, valores y preferencias, aspectos espirituales, sociofamiliares, y farmacológicos.
- 4. No informar por el momento ya que seguro que se le puede infligir más dolor y sufrimiento al paciente, sobre todo teniendo en cuenta que el estadiaje no permitirá tratamiento

# LA VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA ES

- Una herramienta DIAGNÓSTICA → como una RX, Lab...
- Multidimensional e interdisciplinar → de todos
- Sistemático y estructurado → para que no se olvide nada
- Se vale de ESCALAS (cuando proceden)
- Objetivo: instaurar tratamiento, acciones y medidas específicas
- Utilidad en monitorización y seguimiento

# LA VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA NO ES

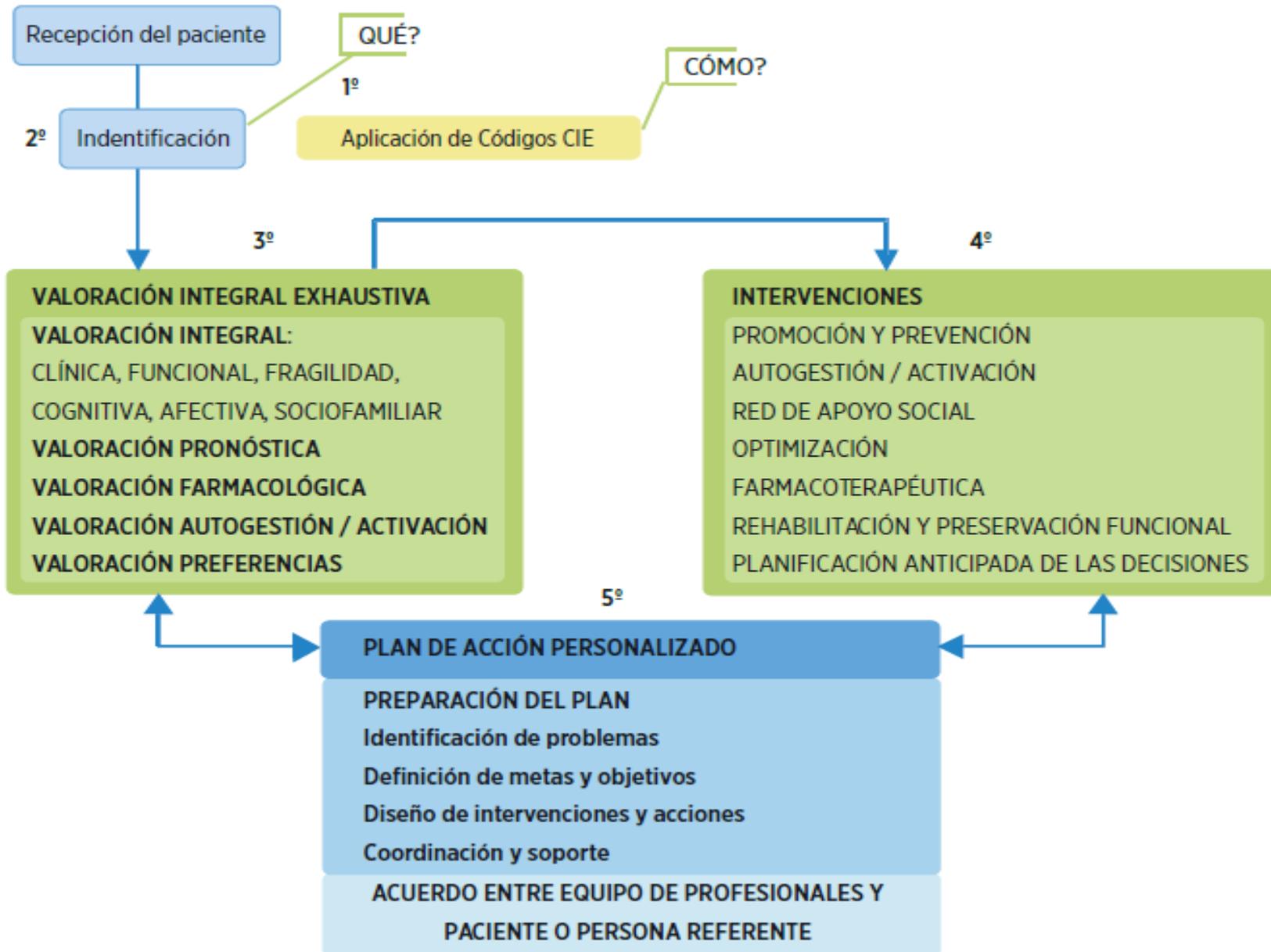
- Escalas, escalofilia, escalocracia → Se puede hacer una magnífica VIE sin haber tenido que realizar NINGUNA escala.
- Una pérdida de tiempo → es una INVERSIÓN de tiempo.
- Algo que hace el/la PEEEEEEEEEEEEEEEP → La VIE es responsabilidad de TODOS
- Una valoración de la calidad de vida del paciente → Es multidimensional 360º

# ÁREAS QUE EXPLORA LA VIE

PROFESIONALES DE APYAH:

MÉDICO/A DE FAMILIA - ENFERMERO/A DE FAMILIA - TRABAJO SOCIAL - EG CASOS -

INTERNISTA - ENFERMERO/A HOSPITAL- FARMACÉUTICO/A



# VALORANDO EL PRONÓSTICO DE ANTONIO

- 83 años.
- EPOC BC evolucionado disnea III mMRC
- CA de pulmón metastásico
- Astenia intensa
- Importante deterioro funcional



¿CÓMO EVALÚO EL PRONÓSTICO?

# ¿Pronóstico de Antonio?

- 1. Usaría la clasificación TNM y la complementaría con la escala de Karnofsky.
- 2. Usaría el Charlson que es la escala más validada y usada en comorbilidad.
- 3. Usaría el Palliative Prognostic Index ó el índice PROFUND.
- 4. Usaría el índice PALIAR.

# Estimar Pronóstico en Poblaciones Vulnerables

- **RELEVANCIA PARA PACIENTE/FAMILIA.**
- **UTILIDAD CLÍNICA**
  - Abordaje diagnóstico-terapéutico
  - Planificación asistencial/cuidados
- **UTILIDAD EPIDEMIOLÓGICA**
  - Planificación sanitaria y de servicios de salud
  - Comparación de resultados en salud ajustada
- **UTILIDAD EN INVESTIGACIÓN**
  - Facilitación de inclusión homogénea en ensayos clínicos
  - Facilitación de estudios observacionales

# Pronóstico de Antonio: PROFUND

DIMENSIONES	PUNTUACIÓN
Demografía	
- ≥85 años	3
Características Clínicas	
- Neoplasia activa	6
- Demencia	3
- Clase funcional III-IV de la NYHA y/o mMRC	3
- Delirium en el último ingreso	3
Parámetros analíticos	
- Hemoglobina <10g/dL	3
Características funcionales-sociofamiliares	
- Índice de Barthel menor de 60	4
- Ausencia de cuidador ó cuidador no cónyuge	2
Características asistenciales	
- ≥4 ingresos hospitalarios en últimos 12 meses	3
Nº TOTAL ITEMS = 9	0-30 puntos

→ **16 PUNTOS**

# Pronóstico de Antonio: PROFUND

GRUPO	PROFUND SCORE	Probabilidad de fallecimiento a los 12 meses tras alta hospitalaria	Probabilidad de fallecimiento a los 4 años tras alta hospitalaria	Probabilidad de fallecimiento a los 2 años en Atención Primaria
Bajo riesgo	0-2 puntos	12,1%-14,6%	52%	8,5%-11%
Riesgo bajo-intermedio	3-6 puntos	21,5%-31,5%	73,5%	18%-21,6%
Riesgo intermedio-alto	7-10 puntos	45%-50%	85%	26,8%-29,5%
Riesgo alto	≥11 puntos	68%-61,3%	92%	41,8-43,7%

# Pronóstico de Antonio: Palliative Prognostic Index (PPI)

Tabla 1 *Palliative Prognostic Index*. Dimensiones y ponderación de cada una de ellas

Dimensión	Puntos
<i>Palliative Performance Status</i> <sup>9</sup>	
10-20 puntos	4
30-50 puntos	2,5
≥ 60 puntos	0
<i>Ingesta oral</i>	
Severamente reducida	3,5
Moderadamente reducida	1
Normal	0
<i>Edemas</i>	
Presentes	1
Ausentes	0
<i>Disnea de reposo</i>	
Presente	3,5
Ausente	0
<i>Delirium</i>	
Presente	4
Ausente	0
Puntuación total	0-15

→ 3.5 PUNTOS

≤4 → puntos > 6 semanas

5-6 → puntos < 6 semanas

>6 → puntos < 3 semanas

# Tratamiento de Antonio: Valoración FARMACOLÓGICA

- Enalapril , simvastatina, metformina, omeprazol, tiotropio y formoterol inhalados, alopurinol, AAS, metamizol y paracetamol puntuales, lorazepam, pentoxifilina

## ¿ CÓMO ABORDAMOS LA VALORACIÓN FARMACOLÓGICA DE ANTONIO?



# ¿Valoración farmacológica de Antonio?

- 1. Centraría el abordaje en adecuación, desprescribiendo fármacos fútiles y prescribiendo con intención sintomática.
- Mantendría el tratamiento actual para evitar descompensaciones y prescribiría tratamiento paliativo.
- 2. Realizaría los cuestionarios y herramientas de ayuda de adecuación, conciliación, adherencia y desprescripción.
- 4. Centraría el abordaje en la adherencia y la conciliación.

# Tratamiento de Antonio: Valoración FARMACOLÓGICA

- Enalapril , simvastatina, metformina, omeprazol, tiotropio y formoterol inhalados, alopurinol, AAS, metamizol y paracetamol puntuales, lorazepam pentoxifilina

GRUPO DE RIESGO	OBJETIVO	ABORDAJE	PRESCRIPCIÓN	PLANIFICACIÓN ANTICIPADA
Bajo (0-2 puntos)	Supervivencia +++ Funcionalidad +++ Calidad de vida +++ Confort +++	Etiopatogénico, evitación de nihilismo	Intensificada Objetivos al medio- largo plazo	Informativa
Bajo- intermedio (3-6 puntos)	Supervivencia ++ Funcionalidad ++ Calidad de vida +++ Confort +++	Patogénico	Racionalizada Objetivos al medio plazo	Informativa Ofrecimiento de PAD
Intermedio- alto (7-10 puntos)	Funcionalidad + Calidad de vida +++ Confort +++	Patogénico- sintomático.	Racionalizada y con progresivo peso del objeti- vo sintomático al medio-corto plazo	Sistemática Recomendación de PAD Abordaje de valores y preferencias paciente y familiares Recomendación de elección de persona representante/sus- tituta Registro en historia de Salud
Alto (≥11 puntos)	Calidad de vida +++ Confort +++	Sintomático, evitación de yatrogenia, y futilidad/encar- niza miento. Valorar la nece- sidad de cuida- dos paliativos.	Principalmente sintomática con objetivo al corto plazo, valoran- do desprescrip- ción	Sistemática Recomendación de PAD Abordaje de valores y preferencias paciente y familiares Recomendación de elección de persona representante/sus- tituta Registro en historia de Salud Programas de apoyo espiritual

# La Valoración farmacológica en PPP

- **ADECUACIÓN: “buena prescripción”**
  - Beers // STOPP-START
- **CONCILIACIÓN: “Asegurar las transiciones”**
  - Retirar, cambiar dosis, añadir
- **ADHERENCIA: “fomentar activación y empoderamiento”**
  - Morinsky-Green
- **DESPRESCRIPCIÓN: “retirar estando bien indicado por condiciones del paciente y el riesgo-beneficio”**
  - LESS-CHRON

# DESPRESCRIBIENDO Y ADECUANDO

- Enalapril , simvastatina, metformina, omeprazol, tiotropio y formoterol inhalados, albuterol, AAS, metamizol y paracetamol puntuales, lorazepam, pentofilina
- **AÑADIRÍAMOS:**
  - **ESCALERA ANALGÉSICA + ADYUVANTES**
  - **DEXAMETASONA**
  - **MEGESTROL**
  - **ISRS (escitalopram, sertralina)**



# VALORACIÓN INTEGRAL EXHAUSTIVA

- Valoración Integral:
  - ✓ Clínica
  - ✓ **Funcional**
  - ✓ **Fragilidad**
  - ✓ Cognitiva
  - ✓ Afectiva
  - ✓ Socio-Familiar
  
- Valoración Pronóstica
- Valoración Farmacológica
- **Valoración Autogestión/Activación**
- **Valoración Preferencias**

# VALORACIÓN FUNCIONAL Y FRAGILIDAD

- Diagnósticos de déficits funcionales
- Factores que influyen en esos déficits
- Riesgo de desarrollo de otros nuevos

cómo?



Entrevista Estructurada

Escalas *(¿qué escalas son las más adecuadas para la realización de la valoración funcional y de fragilidad?)*

1. Barthel y Norton
2. Barthel e Índice del esfuerzo del cuidador
3. Barthel y Lawton Brody
4. Lawton Brody y test Pfeiffer

# Valoración General de Enfermería (Virginia Henderson)

ELIMINACIÓN MOVILIDAD DESCANSO/SUEÑO VESTIDO/ ACICALAMIENTO TERMORREGULACIÓN HIGIENE / PIEL SEGURIDAD COMUNICACIÓN VALORES/ CREENCIA

CONDUCTAS DE RIESGO VULNERABILIDAD DÉFICIT SENSORIAL / DOLOR CUIDADOR PRINCIPAL CAÍDAS ESCALAS

LAWTON Y BRODY IND. ESF. CUI. RICHMOND PFEIFER KARNOSFSKY PLUTCHIK RAMSAY MENTEN CANADIENSE RANKIN MNA BARTHEL BASAL E. RASS

Realizar BARTHEL Basal en Domicilio

Comer: Totalmente independiente

Lavarse: Independiente: entra y sale solo del baño

Vestirse: Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse,

Arreglarse: Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, n

Deposiciones (valórese la semana previa): Continencia normal

Micción (valórese la semana previa): Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una

Usar el retrete: Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...

Trasladarse: Independiente para ir del sillón a la cama

Deambular: Independiente, camina solo 50 metros

Escalones: Independiente para bajar y subir escaleras

Resultado: 100

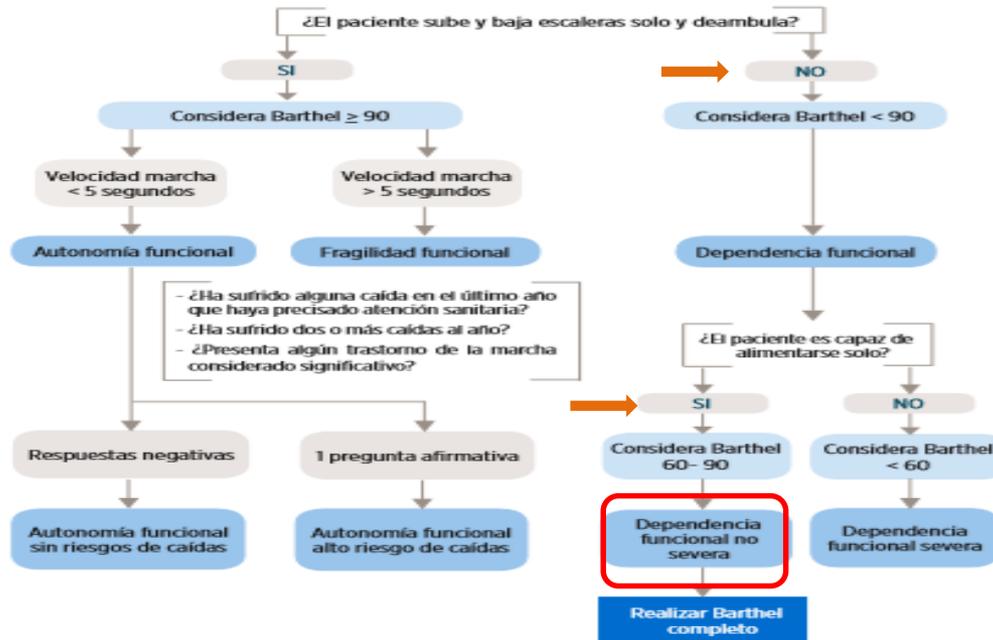
RESULTADO	GRADO DEPENDENCIA
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
>=60	Leve
100	Independiente

# VALORACIÓN FUNCIONAL Y FRAGILIDAD

## MINI BARTHEL (cribado para detectar pacientes con Barthel $\geq 90$ )

### Anexo 1.C ALGORITMO MINI-BARTHEL

Propuesta de abordaje práctico del cribado para detectar pacientes con Barthel mayor o igual a 90.



# ÍNDICE DE BARTHEL:

## ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

ALIMENTACIÓN		
10	Independiente	Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para alguna de las actividades previas.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado.
BAÑO		
5	Independiente	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
VESTIRSE		
10	Independiente	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o braguero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable.
0	Dependiente	
ARREGLARSE		
5	Independiente	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
DEPOSICIONES		
10	Continente	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema.
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.
0	Incontinente	
MICCIÓN		
10	Continente	Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar sonda y cambiar bolsa de orina.
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o no le da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral.
0	Incontinente	
RETRETE		
10	Independiente	Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico.
0	Dependiente	

TRASLADARSE (desde la cama al sillón o a la silla de ruedas)		
15	Independiente	Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas –levantando reposapiés, cerrando la silla-, conseguir sentarse o tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón.
10	Mínima ayuda	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos.
5	Gran ayuda	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.
0	Dependiente	
DEAMBULAR		
15	Independiente	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.
5	En silla de ruedas	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.)
0	Dependiente	Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
10	Independiente	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla.
5	Incontinencia ocasional	Necesita ayuda física o verbal
0	Dependiente	

TOTAL PUNTUACIÓN= 50 PUNTOS

# RESULTADOS ESCALA BARTHEL

*CON UNA PUNTUACIÓN DE 50 AL REALIZAR EL ÍNDICE DE BARTHEL, ¿QUÉ GRADO DE DEPENDENCIA CREE QUE TIENE NUESTRO PACIENTE?*

1. Dependencia total
2. Dependencia severa
3. Dependencia moderada
4. Independencia

DIRAYA*		PAI-APP**	
Puntuación	Dependencia	Puntuación	Dependencia
0-20	Total	< 60	Dependencia severa
25-60	Severa	60-89	Dependencia no severa
65-90	Moderada	≥90-99	Autónomo
95	Leve	100	Independencia
100	Independencia		

# ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY:

## ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

ELIMINACIÓN MOVILIDAD DESCANSO/SUEÑO VESTIDO/ ACICALAMIENTO TERMORREGULACIÓN HIGIENE / PIEL SEGURIDAD COMUNICACIÓN VALORES/ CREENCIA

CONDUCTAS DE RIESGO VULNERABILIDAD DÉFICIT SENSORIAL / DOLOR CUIDADOR PRINCIPAL CAÍDAS ESCALAS

LAWTON Y BRODY IND. ESF. CUI. RICHMOND PFEIFER KARNOSFSKY PLUTCHIK RAMSAY MENTEN CANADIENSE RANKIN MNA BARTHEL BASAL E. RASS

Realizar Lawton y Brody

Capacidad para usar el teléfono:  
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar

Lavado de la ropa:  
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro

Hacer compras:  
Totalmente incapaz de comprar

Uso de medios de transporte:  
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros

Preparación de la comida:  
Necesita que le preparen y sirvan las comidas

Responsabilidad respecto a su medicación:  
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente

Cuidado de la casa:  
Necesita ayuda en todas las labores de la casa

Manejo de sus asuntos económicos:  
Incapaz de manejar dinero

Resultado: 3

PUNTUACIÓN	DEPENDENCIA
0-1	Total
2-3	Severa
4-5	Moderada
6-7	Ligera
8	Independencia

# CLASIFICACIÓN DE PP SEGÚN VALORACIÓN FUNCIONAL Y DE LA FRAGILIDAD

1. Paciente pluripatológico con **AUTONOMÍA FUNCIONAL**:  
Barthel  $> \text{ó} = 90$  y prueba velocidad marcha –
2. Paciente pluripatológico con **FRAGILIDAD FUNCIONAL**:  
Barthel  $> \text{ó} = 90$  y prueba velocidad marcha alterada
3. Paciente pluripatológico en situación de **DEPENDENCIA FUNCIONAL**:  
Barthel  $< 90$

Se considerará paciente pluripatológico con **DEPENDENCIA FUNCIONAL SEVERA** a los que presenten un Barthel  $< 60$ .

# VALORACIÓN DE AUTOGESTIÓN Y ACTIVACIÓN

- Es la valoración de la CAPACIDAD del paciente y cuidador/es para manejar las enfermedades crónicas y sus tratamientos, y para evitar la progresión de las enfermedades y sus complicaciones.

*¿QUIÉN COLABORARÁ EN EL PROCESO DE VALORACIÓN DE LA AUTOGESTIÓN Y ACTIVACIÓN DE LOS PACIENTES ASÍ COMO EN EL REGISTRO DE DICHA VALORACIÓN?*

1. El médico y la enfermera responsable
2. La trabajadora social y la enfermera de Atención Primaria
3. La enfermera de enlace hospitalaria
4. Todos los profesionales



# ACTIVACIÓN

Participación e implicación de los pacientes o cuidador/es con su propia salud, organización y el uso de los diferentes servicios sanitarios.

## 3 FASES

### ACTIVACIÓN

conocimientos  
habilidades

### EMPODERAMIENTO

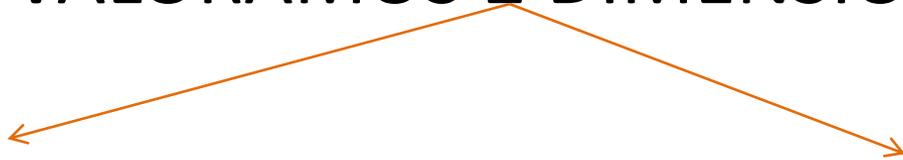
capacidades  
motivación

### LIDERAZGO COMPARTIDO

tomar parte  
transferencia poder

# AUTOGESTIÓN

VALORAMOS 2 DIMENSIONES:



REFERIDAS AL **PACIENTE**

grado conocimiento  
capacidad aprender auto-cuidado  
creencias

REFERIDAS AL **CUIDADOR/ES**

voluntad y preparación  
circunstancias que afecten



# VALORACIÓN DE PREFERENCIAS

## TENER EN CUENTA

IDENTIFICAR ESCENARIOS RELEVANTES

INFORMACIÓN

CONSIDERAR PREFERENCIAS

Fármacos

Exploraciones invasivas

Medidas de soporte

Recursos sanitarios

Recursos sociales



# VALORES

-Valoración espiritual en las situaciones de final de vida o pronóstico vital corto o incierto

-Considerar las diferencias culturales.

**¿Cómo explorarías el mundo interior de nuestro paciente?**

1. Entrevista estructurada
2. Preguntas abiertas
3. Cuestionario GES
4. 2 y 3 son ciertas



# VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES ESPIRITUALES

TERMORREGULACIÓN | HIGIENE / PIEL | SEGURIDAD | COMUNICACIÓN | VALORES/ CREENCIAS | TRABAJO | OCIO | APRENDER | RESPIRACIÓN/CIRCULATORIO | ALIMENTACIÓN

VOLUNTADES ANTICIPADAS

DESCONOCE SU PROCESO/ESTADO DE SALUD

EL PROCESO PROVOCA IMPACTO SOBRE EL ESTILO DE VIDA ACTUAL

SOLICITA/PRECISA DE AYUDA ESPIRITUAL

OBSERVACIONES

EXPRESIÓN EMOCIONAL SOBRE EL ESTADO DE SALUD

SENTIMIENTO DE CULPA

DESESPERANZA

BAJA AUTOESTIMA

MIEDO

ANSIEDAD

ESTRÉS

DESINTERÉS

CARECE DE CONDUCTA DE AFRONTAMIENTO

# CUESTIONARIO GES

La valoración espiritual se realizará en clave de proceso de escucha activa de las experiencias del paciente y las preguntas que le puedan surgir para contribuir a afirmar su humanidad, proteger su dignidad, autoestima, identidad y bienestar existencial.

- 1. Revisando mi vida me siento satisfecho con lo que he vivido y conmigo mismo.
- 2. He hecho en mi vida lo que tenía que hacer.
- 3. Encuentro sentido a mi vida.
- 4. Me siento querido por las personas que me importan.
- 5. Me siento en paz y reconciliado con los demás.
- 6. Creo que he podido aportar algo valioso a la vida o a los demás.
- 7. A pesar de mi enfermedad mantengo la esperanza de que sucedan cosas positivas.
- 8. Me siento conectado con una realidad superior (la naturaleza, Dios...)







# Valoración social



Información del médico: ingreso en  
MIR

Hija muy nerviosa, llanto  
continuado,  
refiere taquicardias

“no puedo afrontar esto”

“estoy sola, ¿Cómo voy a cuidarlo”,

“¿Qué hago cuando se asfixie en  
casa?”

Pregunta: ¿Se debe notificar a la  
Unidad de Trabajo Social del hospital el  
caso de Antonio?

- 1. Sí, al ingreso
- 2. Sí, al alta
- 3. Sí pero a TS de su Centro de Salud
- 4. No

# Valoración Social

## SESIÓN CLÍNICA DEL SERVICIO MIR:

### PRESENCIA TRABAJADORAS SOCIALES:

Se comenta el caso de Antonio destacando  
LA SITUACIÓN DE SU HIJA



## Detección posible caso de riesgo.

Pregunta: ¿por qué crees que se ha considerado situación de riesgo social?

- a) No creo que sea riesgo social
- b) Riesgo de Claudicación Familiar
- c) Por el cambio de cuidados que va a precisar el paciente
- d) Por la lejanía de su domicilio del Centro Sanitario

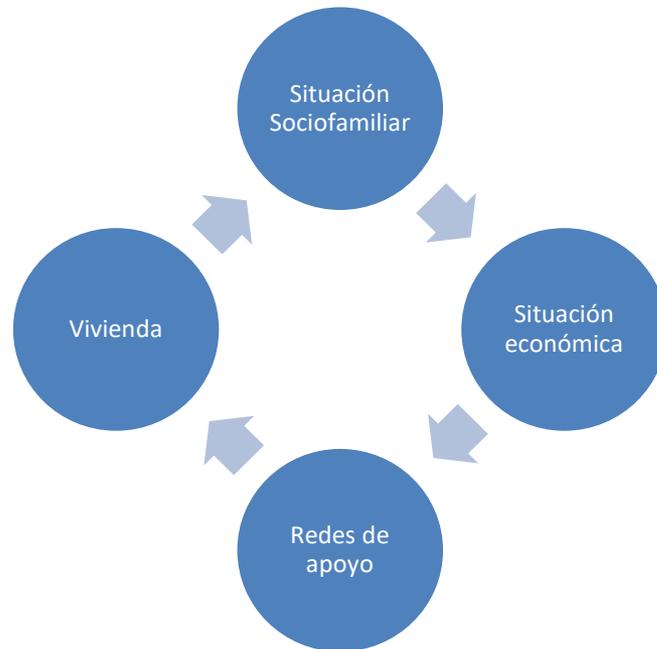
# Valoración social



- **Revisión Historia Clínica del paciente:**
  - Valoración de médico y enfermero: diagnóstico, medidas paliativas, fase de la enfermedad, barthel, índice del esfuerzo del cuidador.
  - Historia Social de ingresos previos.
  - Reingresos, episodios de urgencias, motivos consultas urgencias, etc.

# Valoración social

- **Visita programada a planta (24-48 horas del ingreso):**
- Objetivos:
  - ✓ Valorar la situación social del paciente: confirmar o descartar situación de riesgo.
  - ✓ Ofrecer apoyos y recursos sociales a la familia: humanización en la asistencia sanitaria: “estamos aquí”.
  - ✓ Agilizar la planificación del alta (tardanza de recursos).
  - ✓ Garantizar la continuidad de atención sociosanitaria al alta.



- Entrevista semi estructurada.
- Instrumento utilizado: Ficha Social del paciente - Historia Social (Historia Clínica).
- Escala Gijón
- Índice Esfuerzo Cuidador

PLAN DE INTERVENCIÓN  
INDIVIDUALIZADO

# Valoración social

## 1. Situación sociofamiliar

- Identificación y valoración de la persona cuidadora principal: apoyo formal o informal, tiempo de cuidados, habilidades de autocuidados, y de cuidados, síntomas sobrecargas, síntomas de claudicación familiar, habilidades de afrontamiento, etc.
- Estructura familiar: unidad de convivencia, vínculos afectivos, conflictos entre los miembros, otras responsabilidades familiares, otras personas de referencia, etc.
- Cambios en la familia: pérdidas recientes, cambios o crisis.
- Organización de los cuidados en torno al paciente.
- Familia extensa.
- Situación laboral de los miembros de la unidad familiar





# Valoración social

## 3. Redes de apoyo

- Apoyo vecinal.
- Asociacionismo.
- ¿Tiene contacto con el trabajador social de su centro de salud o de los servicios sociales comunitarios?
- ¿Cuenta con recursos y o apoyos sociales?
  - Teleasistencia
  - Ayuda a domicilio pública o privada
  - Unidad de estancia diurna
  - Ley de dependencia
  - Grado de discapacidad



## 4. Situación económica

- Ingresos económicos de la unidad familiar: ¿situación normalizada o tienen dificultades para cubrir las necesidades básicas del paciente?

# Escala de valoración sociofamiliar de Gijón

Recoge cinco áreas de valoración: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales.

- De 5 a 9 Buena/aceptable situación social
- De 10 a 14 Existe riesgo social
- Más de 15 Problema social

<b>SITUACIÓN FAMILIAR</b>	
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
<b>SITUACIÓN ECONÓMICA</b>	
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 ("4").	5
<b>VIVIENDA</b>	
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
<b>RELACIONES SOCIALES</b>	
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
<b>APOYO DE LA RED SOCIAL</b>	
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

# Índice esfuerzo cuidador

- Instrumento que mide la carga de trabajo percibida y el esfuerzo que supone el abordaje de los cuidados por los cuidadores familiares.
- 13 preguntas dicotómicas con respuestas SI /NO
- Valoración: +7 puntos sugiere nivel elevado de esfuerzo

1. Tiene trastornos de sueño (Ej. porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche)
2. Es un inconveniente (Ej. porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar).
3. Representa un esfuerzo físico (Ej. hay que sentarlo, levantarlo de una silla).
4. Supone una restricción (Ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas).
5. Ha habido modificaciones en la familia (Ej. porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)
6. Ha habido cambios en los planes personales (Ej. se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ej. por parte de otros miembros de la familia)
8. Ha habido cambios emocionales (Ej. causa de fuertes discusiones)
9. Algunos comportamientos son molestos (Ej. la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas)
10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (Ej. es un persona diferente de antes).
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda)
12. Es una carga económica
13. Nos ha desbordado totalmente (Ej. por la preocupación acerca de persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento).

# Valoración social

## Valoración Social:

- **familiar**
- **red apoyos**
- **vivienda**
- **económica**

De cara al alta ¿Con quien se coordinará la TS del Hospital para el seguimiento social en domicilio?

- a) Con la ts de atención primaria
- b) Con la ts de Servicios sociales
- c) Con Asociaciones de ayuda mutua/enfermedad
- d) Todas las anteriores son correctas



## Intervención Social Individualizada:

- Necesidades del paciente
- Necesidades cuidadora
- Información y gestión de recursos sociales
- Coordinación y derivación con Servicios Sociales y Atención Primaria.

