



GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2014-2015

TRABAJO FIN DE GRADO

Síndrome de Cautiverio.

Un estudio de caso.

Fernando José Martínez Quindimil

Tutora: M^a Consuelo Carballal Balsa

En A Coruña, a 1 de junio de 2015

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA A CORUÑA

UNIVERSIDADE DE A CORUÑA

Contenido

1.- Resumen.....	3
1.1.- Resumen	3
1.2.- Resumen	4
1.3.- Abstract.....	5
2.- Introducción.....	6
2.1.- Justificación.....	8
2.2.- Marco teórico del Síndrome de Cautiverio	9
2.2.a.- Definición	9
2.2.b.- Etiología.	10
2.2.c.- Clasificaciones del Síndrome de Cautiverio	11
2.2.d.- Diagnóstico.....	11
2.2.e.- Tratamiento y pronóstico	13
2.2.f.- La comunicación como prioridad	16
3.- Desarrollo del caso clínico.....	18
3.1.- Metodología.....	18
3.2.- Definición de objetivos del caso clínico.	19
3.3.- Datos del caso.	20
3.4.- Descripción del caso	20
3.5.- Desarrollo del caso clínico.....	22
3.5.b.- Diagnósticos enfermeros (NANDA)	28
3.5.c.- Red de Razonamiento Clínico	29
3.5.d.- Planificación de resultados (NOC) e intervenciones enfermeras (NIC) 30	

3.5.e.- Ejecución	35
3.5.f.- Evaluación.....	35
4.- Discusión y conclusiones.....	37
4.1.- Dificultades y comentarios del estudio.....	37
4.2.- Beneficios o aportaciones del estudio	37
4.3.- Conclusiones.....	38
4.4.- Plan de difusión.....	38
5.- Consideraciones éticas	40
6.- Cronograma	41
7.- Memoria económica.....	41
8.- Agradecimientos.....	42
9.- Búsqueda bibliográfica:.....	43
10.- Bibliografía	45
11.- Anexos	47
11.1.- Anexo I: Ficha de “El Síndrome de cautiverio en zapatillas”.	47
11.2.- Anexo II: Ficha de “La escafandra y la mariposa”.	48
11.3.- Anexo III: Resumen de baterías de test realizados al caso.	49
11.4.- Anexo V: Autorización firmada por el tutor legal del caso.	50

1.- Resumen

1.1.- Resumen

Introducción: el Síndrome de Cautiverio es una patología cuyo nombre hace referencia a un grupo de alteraciones funcionales, de diversa etiología, las cuales provocan que un cerebro funcional, se vea encerrado en un cuerpo prácticamente privado de cualquier movimiento voluntario. En este trabajo se describe el caso de un hombre de 74 años afectado por este síndrome.

Objetivo: describir un caso clínico real de Síndrome de Cautiverio y su abordaje en una residencia de ancianos.

Metodología: se realiza recogida de datos de la historia clínica y entrevistas diseñadas "ad hoc", previa obtención del consentimiento informado y escrito de su tutor legal. A continuación se valoran los problemas de salud y se procede al diagnóstico enfermero desarrollando los diagnósticos principales. Se diseña y ejecuta el plan de atención. Posteriormente se evalúa y se establecen las conclusiones.

Limitaciones: las dificultades de comunicación a causa del proceso patológico dificultan la valoración y la evaluación.

Aportaciones: iniciativas como la de este proyecto podrían suponer una mejora de la atención de enfermería y del bienestar, tanto de las personas que sufren esta patología, como de sus familiares.

Palabras clave: síndrome de cautiverio, rehabilitación, plan de cuidados, coma, comunicación alternativa y aumentativa, inmovilidad, accidentes vasculares cerebrales, BrainComputer Interface (BCI), potenciales evocados P300.

1.2.- Resumo

Introdución: a Síndrome de Cativeiro é una patoloxía cuxo nome fai referencia a un grupo de alteracións funcionais, de diversa etioloxía, as cales provocan que un cerebro funcional, se vexa encerrado nun corpo practicamente privado de calquera movemento voluntario. Neste traballo descríbese o caso dun home de 74 anos afectado por este síndrome.

Obxectivo: describir un caso clínico real de Síndrome de Cativeiro e a súa abordaxe nunha residencia de anciáns.

Metodoloxía: realízase recollida de datos da historia clínica e entrevistas deseñadas "ad hoc", logo da obtención do consentimento informado e escrito do seu titor legal. A continuación valóranse os problemas de saúde e procédese ao diagnóstico enfermeiro desenvolvendo os diagnósticos principais. Deséñase e executase o plan de atención. Posteriormente avalíase e establécense as conclusións.

Limitacións: as dificultades de comunicación pólo propio proceso patolóxico dificultan a valoración e a avaliación.

Achegas: iniciativas como a deste proxecto poderían supoñer unha mellora da atención de enfermaría e do benestar, tanto das persoas que sofren esta patoloxía, coma da sua familia.

Palabras clave: síndrome de locked-in, rehabilitación, plan de cuidados, coma, comunicación alternativa e aumentativa, inmovilidade, accidentes vasculares cerebrais, Brain Computer Interface (BCI), potenciais evocados P300.

1.3.-Abstract

Introduction: The Locked-in Syndrome is a disease whose name refers to a group of functional disorders of diverse etiology causing a functional brain to be locked in a body deprived of any voluntary movement. In this essay, the case of a 74 year old man affected by this syndrome is described.

Objective: To describe a Locked-in syndrome real case and its management in a nursing home.

Methodology: Data collection is acquired from the past medical history and interviews designed "ad hoc", after obtaining written informed consent of their legal guardian. Then health problems are valued and we proceed to develop the nursing diagnosis and the main diagnosis. We design and implement the plan of care. Subsequently, evaluated and conclusions are established.

Limitations: Communication difficulties due to the disease process drag out the process of assessment and evaluation.

Contributions: initiatives like this project could result in improved retention of nursing and well-being of both people suffering from this disease, and their families.

Keywords: locked-in, rehabilitation, care plan, coma, alternative and augmentative communication, immobility, strokes, Brain Computer Interface (BCI), evoked potentials P300 syndrome.

2.- Introducción

“La vista y el oído eran los dos únicos sentidos que animaban aún, como dos llamas aquella masa humana, perteneciente casi a la tumba; mas de esos dos sentidos, uno solo podría revelar la vida interior de la estatua: la vista. En aquellos ojos se había concentrado toda la actividad, toda la vida, toda la fuerza, toda la inteligencia.”

“El Conde de Montecristo”. Alejandro Dumas (padre).

Con esos ojos que parecen mirarnos inquisitivos, Dumas nos presenta a su personaje, Noirtier de Villefort, afectado por lo que siglos más tarde, en 1966, pasaría a denominarse Síndrome de Cautiverio.⁽¹⁾

Un cerebro vivo y completamente activo, cautivo dentro de un cuerpo inerte casi por completo, incapaz de comunicarse con cualquiera, si no es por el simple movimiento de sus párpados, nos plantea profundas dudas, sobre qué es lo que define en verdad la vida. Es el hecho mismo de ser y mantenerse vivo, lo que nos define como seres humanos; o por el contrario, será todo lo que somos capaces de hacer; la forma en que nos relacionamos con los demás y con el entorno, lo que nos convierte en seres plenamente vivos.

Podríamos definir el Síndrome de Cautiverio (S.C.), como un proceso en el cual, bien por una lesión vascular, bien por una lesión traumática o de otro tipo, zonas más o menos extensas del Tronco Cerebral resultan dañadas, sin que las lesiones afecten a las capacidades de audición, visión, conciencia y capacidad cognitiva en la mayoría de los casos, así como tampoco se ven afectadas todas aquellas que mantienen vivo el organismo de forma autónoma.

El individuo afectado, con frecuencia presenta tetraplejia y anartria; aunque en ocasiones, las lesiones son más extensas y puede aparecer oftalmoplejia total. En otros casos, puede conservar una capacidad residual que le permite mover pequeños grupos musculares, con los que

consiguen balbucear, tragar por si mismos, mover el cuello o incluso algún dedo.

Esta figura definida como síndrome, por primera vez por Plum y Posner en 1966, aparece sin embargo desde mucho antes, en abundantes referencias científicas, bibliográficas y audiovisuales: (1,2)

Entre 1845 y 1846, se publica “El Conde de Montecristo”, de Alejandro Dumas padre. En esta obra, el personaje de el anciano Noirtier de Villefort, lleva 6 años totalmente paralizado, pero completamente lúcido y comunicándose por movimientos oculares.

En 1868, el escritor Émile Zola, describe una patología identificable como un Síndrome de Cautiverio, en su novela “Thérèse Raquin”. En ella menciona a una mujer de más de 60 años, lúcida mentalmente, pero encerrada en un cuerpo muerto, y que solamente puede comunicarse con movimientos oculares. Esta novela tuvo dos adaptaciones audiovisuales; una película de 1953 dirigida por Marcel Carné y en 1980 se estrena en Gran Bretaña, una miniserie basada en esta misma obra de Zola.

En 1875, Darolles, publica el primer caso clínico sobre una patología de este tipo, aunque todavía no se define como Locked-in Syndrome.

En 1941, se publica un artículo científico, titulado “Cairns et al”, publicado en la revista Brain.

En 1966, en Philadelphia se publica “El diagnóstico del estupor y el coma”, de Plum y Posner donde acuñan por primera vez el término de “Locked-in síndrome”.

Durante el año 1997, en Francia se publica “Le scaphandre et le papillon”, de Jean-Dominique Bauby, ex redactor de la revista “Elle”, que sufrió un ACV en diciembre del 1995 y cuando despertó 20 días después, descubrió que padecía Síndrome de Cautiverio. Al principio se comunicaba con un sistema simple parecido al usado por el personaje de Dumas. Más tarde su logopeda le enseña a manejarse con un alfabeto analógico ponderado, gracias al cual lentamente consiguió dictar “La escafandra y la mariposa”. El autor falleció poco después de publicar su

libro y en 2007 Julian Schnabel llevó su historia al cine, con idéntico título.(3)

En España, José Carlos Carballo Clavero afectado de S.C., que además de parpadear puede mover el cuello y uno de sus dedos, ha publicado dos libros que narran sus vivencias con esta enfermedad: “El síndrome de cautiverio en zapatillas” (2004) y posteriormente “Verbos”.(4)

Esta patología, también ha aparecido en diversas series de televisión, como en la serie de la CBS “Alfred Hitchcock presenta”, que aborda esta enfermedad en el capítulo titulado “Colapso”, basado en un relato original de Louis Pollock. También aparece en la famosa serie de ambientación médica “House”. En su capítulo “Encerrado”, el Dr. House es hospitalizado tras un accidente de circulación y comparte habitación con un paciente diagnosticado de muerte cerebral y pendiente de extracción de órganos. House descubre que sigue consciente aunque incapaz de moverse ni hablar, pero logra comunicarse con los movimientos de sus párpados.

2.1.- Justificación

Hace algo más de dos años, ni siquiera conocía el nombre científico de este proceso patológico, aunque si tenía nociones sobre el mismo a través de alguno de los libros y producciones audiovisuales nombrados en el apartado anterior.

Cuando llegó un paciente afectado por este síndrome a la residencia de ancianos donde desempeñé mis funciones como enfermero, comencé rápidamente a ponerme al día para poder prestarle una mejor atención. Conocí a su familia y vi como se comunicaban con él. Aprendí los rudimentos de una comunicación básica con el paciente, aunque desde luego, muy lejos de los niveles de comunicación de otros afectados, que he conocido elaborando este trabajo.

La necesidad de formación, fue potenciada por los deseos de aprender todo lo que pudiese sobre esta afección, y terminé por elegirlo para llevar a cabo mi Trabajo de Fin de Grado, como forma de

compatibilizar un objetivo académico, con las ganas de adquirir conocimientos sobre este tema en particular.

2.2.- Marco teórico del Síndrome de Cautiverio

2.2.a.- Definición

El Síndrome de Cautiverio se define como una alteración que cursa con tetraplejía, diplejía facial y parálisis labio-gloso-faríngea que provoca anartria, con preservación del nivel de consciencia. Se pueden encontrar en la literatura médica múltiples sinónimos para nombrar a esta patología. Los más comunes son Síndrome de Enclaustramiento y Locked-in Syndrome. También abundan los términos que hacen referencia a la lesión propiamente dicha, más que a sus efectos, como Síndrome de Desafrentación, S. de Desconexión Cerebrobulboespinal, S. de Desconexión Pontina, o que simplemente hacen referencia a la localización anatómica de las lesiones, como S. Pontino Ventral y S. Ventral de Troncoencéfalo.(2,5)

Cualquiera de estos nombres, hace referencia a un proceso patológico en el que resultan dañadas las vías corticobulbares, corticoespinales y corticopontinas, lo que provoca una tetraplejía, afectación de los pares craneanos y anartria. Por el contrario, las vías neuronales ascendentes y las vías somatosensoriales, suelen quedar intactas, por lo que el individuo consigue mantener el nivel de consciencia, razonamiento, la vigilia y conserva normalmente la capacidad de mover verticalmente los ojos, así como de abrir y cerrar a voluntad los párpados.(6)

La conservación de estas capacidades se puede convertir en su única manera de comunicarse con las personas de su medio. Será responsabilidad de sus cuidadores y la familia, el detectar esta capacidad para que no se confunda esta patología con algún otro tipo de afectación del SNC que curse con coma o cualquier alteración que externamente pueda ser similar.(7)

2.2.b.- Etiología.

La etiología más frecuente es la vascular (alrededor de un 60% de los S.C. están provocados por una trombosis de la arteria basilar que afecta a la base pontina), pero además este síndrome puede tener otras causas de tipo traumático (sobre todo por contusión del tronco o disección vertebrobasilar). En proporciones mucho menores, aparecen causas de otro tipo, como los tumores del tronco y de tipo degenerativo como la Esclerosis Múltiple Fulminante, la Polineuropatía Severa o estadios finales de ELA. Otras etiologías con incidencia mínima pueden ser: Tromboencefalitis, Hiperglucemia prolongada, Mielinólisis Póntica (por corrección de niveles de Sodio demasiado rápida en pacientes afectados por Hiponatremia) o sobredosis de bloqueadores neuromusculares. (2,7,8,9,10)

Correlación entre lesiones anatómicas y clínica

El S.C. está provocado por lesiones bilaterales en la base del puente. La lesión en las vías corticoespinal, corticopontina y corticobulbar, provoca la tetraplejía del paciente. Además se verá incapacitado para utilizar la faringe, la laringe, la mandíbula y la musculatura facial.

Por otra parte la vigilia no se verá alterada porque el Sistema Reticular Ascendente no sufre daños, ya que se encuentra situado en la parte dorso-rostral del puente que normalmente no se ve afectada en estos casos.

El paciente tipo, pierde la capacidad de mover horizontalmente los ojos, pero la movilidad ocular vertical y la capacidad de cerrar los párpados se conserva porque las vías supranucleares cursan lejos de la zona dañada y no se ven afectadas.

2.2.c.- Clasificaciones del Síndrome de Cautiverio^(2,5,10,11,12)

Según la severidad del S.C:

- S.C. Clásico: descrito por Plum y Posner, que mantiene movimientos oculares verticales y parpadeo voluntario.
- S.C. Total: similar al Clásico, pero con oftalmoplejia total.
- S.C. Incompleto: mantiene algún movimiento residual voluntario en extremidades, cuello, capacidad de deglutir, balbuceos, etc.

Por la etiología del S.C.:

- De origen vascular.
- De origen no vascular: traumático, infeccioso, degenerativo, etc.

Por la evolución del S.C.:

- S.C. Transitorio: es reversible y su etiología normalmente está relacionada con el S.N. Periférico
- S.C. Crónico: recuperación mínima variable o totalmente irrecuperable.

2.2.d.- Diagnóstico.

El diagnóstico del Síndrome de Cautiverio, será básicamente clínico, basándose en los datos aportados por la historia clínica y los exámenes físicos. Cuando se quiera establecer un diagnóstico diferencial, habrá que acudir a diferentes procedimientos diagnósticos, para establecer un pronóstico y orientar así el tratamiento.

Para definir el cuadro clínico del Síndrome de Cautiverio, se tendrán en cuenta:^(5,10,12)

- Signos premonitorios: vértigo, hemiparesia, cefalea, parestesias, náuseas y vómitos, disartria, diplopía y risa patológica.
- Conciencia y vigilia conservada.
- Signos motores: tetraplejia, parálisis de nervios craneanos bajos (anartria y diplejía facial), y rigidez de descerebración.

- Signos oculares: parálisis de la mirada conjugada horizontal bilateral, mantenimiento de los movimientos verticales y parpadeo, oftalmoplejia total, reflejos oculocefálicos con alteración variable, bobbing ocular, oftalmoplejia internuclear bilateral y síndrome del uno y medio.
- Actividad residual: flexión de cuello, movimiento distal de alguno o varios dedos, movimientos faciales o linguales.
- Fenómenos involuntarios: llanto, gruñidos, trismus, automatismos orales de succión o salivación.

Diagnóstico diferencial (5,8,9,10,12)

Existen diferentes pruebas complementarias que ayudarán a establecer la etiología, lo que condicionará el posible tratamiento, así como el pronóstico que nos orientará a la hora de planificar las atenciones precisas.

A.- T.A.C y Resonancia Magnética: la resonancia es útil para un diagnóstico precoz, sobre todo en lesiones isquémicas de tronco. La T.A.C. es sensible para hemorragias de tronco y si se visualiza la arteria basilar hiperdensa, será un signo de trombosis, aunque poco específico.

B.- Angiografía: está indicada sobre todo en las trombosis de la arteria basilar, en las que incluso puede tener utilidad terapéutica. En los últimos tiempos, esta prueba ha sido desplazada por la Angio RM, como examen no invasivo.

C.- PET: la tomografía por emisión de positrones resulta de gran ayuda en el diagnóstico diferencial y aporta datos específicos muy útiles.

D.- EEG: un ritmo alfa de predominio occipital, indica vigilia y puede contribuir a un diagnóstico de S.C. Total, que podría pasar por Coma.

E.- Potenciales evocados (P.E.): los P.E. motores estarán abolidos, pero los somatosensitivos pueden estar comprometidos en distintos niveles de afectación. Los P.E. auditivos, o más bien su ausencia, pueden servirnos para diagnosticar una sordera que dificultará todavía más la comunicación, pero que nos servirá para evaluar mejor la realidad funcional de la lesión.

La clave del diagnóstico, en un posible Síndrome de Cautiverio, será valorar la existencia de movimiento ocular vertical voluntario, incluso cuando el paciente parece no responder a ningún estímulo. Si se sospecha la existencia de un S.C., normalmente el neurólogo pedirá una Resonancia Magnética, pues es ésta el método de elección para la identificación de las lesiones pontinas ventrales.

2.2.e.- Tratamiento y pronóstico(2,5,7,8,10,11,13)

Durante la fase aguda del proceso, serán precisos tratamientos generales destinados únicamente a preservar la vida del paciente y otros más específicos relacionados con esta patología en particular.

A largo plazo, durante la fase que se podría denominar como crónica, los tratamientos se centrarán en la prevención de las complicaciones propias del proceso.

Tratamiento de la fase aguda

Los cuidados de tipo general, irán encaminados al mantenimiento de una vía aérea permeable mediante intubación o traqueostomía, con ventilación mecánica asistida si precisa o simplemente con suministro de O₂.

Será importante también mantener el nivel de hidratación y la nutrición enteral a través de SNG o PEG.

La fisioterapia respiratoria y motora temprana ayuda a evitar la espasticidad y mejora la ventilación.

La sedación, que siempre debe ofrecérsele al paciente o en su caso a la familia. Si precisa valoraciones neurológicas frecuentes, la sedación se realizará con propofol. Si no es así, el tratamiento de elección será con lorazepam y morfina.

La atención a los familiares ira encaminada a ayudarles a gestionar la situación y asumir la enfermedad.

Los cuidados específicos que se ofrecerán al paciente diagnosticado, dependerán de la etiología concreta del proceso. Pueden

precisar trombolisis, antiagregación y anticoagulación, con sus respectivos controles. Los pacientes con oclusión subtotal o total de la arteria basilar, diagnosticados gracias a una AngioRM, podrán optar al tratamiento con angiografía terapéutica para corregir la oclusión. La anticoagulación precoz con heparina, aumenta la supervivencia de los pacientes según algunos autores, aunque no existe un consenso claro sobre su conveniencia.

También se puede optar por la trombolisis intraarterial con urokinasa, para la trombosis de arteria basilar, dentro de las primeras 12-24 horas, siempre que no se detecta infarto en la TAC o la RM.

Tratamiento en la fase crónica

El tratamiento en esta fase, irá destinado a mantener con vida al paciente, suministrándole todos aquellos elementos necesarios para su supervivencia y evitar las posibles complicaciones que puedan aparecer. El personal de enfermería se ocupará de mejorar su calidad de vida, sobre todo optimizando sus niveles de comunicación y aprovechando al máximo las posibles capacidades residuales.

Las líneas de trabajo a seguir para conseguir esto son muchas y muy diversas:

- Nutrición e hidratación.
- Suministro de fármacos y controles de salud.
- Prevención y tratamiento de UPP.
- Prevención y tratamiento de tromboembolismos.
- Prevención y tratamiento de atelectasias.
- Prevención y tratamiento de infecciones respiratorias, urinarias y oculares.
- Prevención de broncoaspiraciones.
- Prevención y tratamiento de alteraciones psicológicas en el paciente y su familia.
- Prevención alteraciones nutricionales y tratamiento de complicaciones.
- Actividades de fisioterapia para evitar la espasticidad y la pérdida de amplitud articular, así como para mantener las capacidades residuales.

- Desarrollo y adaptación de ayudas para las AVD: grúas especiales, sillas o camillas adaptadas, baños portátiles, etc.
- Desarrollo, adaptación y aprendizaje de mecanismos de comunicación analógicos o digitales: alfabetos tradicionales, alfabetos corregidos, ordenadores manejados por movimientos oculares, movimientos residuales o potenciales evocados, software de predicción lingüística, etc.

Pronóstico (2,7,9,10)

Algunas personas con S.C. de forma temprana recuperan cierta movilidad residual en dedos, cuello, faringe, laringe, etc.; pero se desconoce la razón, aunque se puede intuir que la rehabilitación precoz ayuda a recuperar esta movilidad. Esta mejoría, la mayoría de las veces se da en procesos con etiología no vascular.

Ser joven y normotenso son factores positivos para la evolución; y si la persona afectada recupera el movimiento horizontal de los ojos, dentro del primer mes, este será un signo de buen pronóstico.

Alrededor del 90% de los afectados, fallecen dentro de los 4 primeros meses, según algunos estudios. Una vez alcanzado el año de supervivencia, la posibilidad de llegar a sobrevivir 10 años, es de un 80%.

Si el Síndrome de Cautiverio es de etiología vascular, el pronóstico siempre será peor. En estos casos, el 63% suele morir en el primer mes.

El Síndrome de Cautiverio con mejor pronóstico es el Incompleto de origen no vascular y del Sistema Nervioso Periférico.

Las principales causas de muerte de los pacientes afectados por Síndrome de Cautiverio son respiratorias (neumonía, insuficiencia respiratoria y embolia pulmonar). También puede sobrevenir por extensión del proceso al tronco, complicaciones cardíacas, sepsis, hemorragias digestivas y coagulación intravascular diseminada, entre otras.

2.2.f.- La comunicación como prioridad

Aunque el manejo de esta enfermedad debe ser multidisciplinar, la intervención del personal de enfermería es fundamental. Cuando el paciente está ingresado, sobre el personal de enfermería recaerá la mayor carga de trabajo y responsabilidad del cuidado directo, así como de mantener un canal de comunicación válido que pueda proporcionar la información necesaria en cada momento, y le pueda proporcionar la seguridad que tanto ansia el “cautivo”. Solo así se conseguirá minimizar la ansiedad y el miedo, que sus dificultades de comunicación pueden provocar.

Así, la atención concreta a esta patología, no puede centrarse únicamente en la pura actividad de enfermería (muy necesaria), obviando el concepto de que también serán sus manos, su boca, su mecánico, su informático e incluso su “abogado”, pues todas estas serán también responsabilidades de la enfermería. “Llegar a donde el paciente no pueda por si mismo”.

Partiendo de estas premisas, se hace necesario un esfuerzo importante de formación en las necesidades específicas de estos pacientes y sobre todo un esfuerzo de aprendizaje y adaptación en todos aquellos conocimientos que puedan redundar en una mejor comunicación con el paciente.

Trabajar aptitudes y actitudes es imprescindible para mejorar como profesional y adaptarse al nivel de exigencia que nos plantea el gran reto profesional y humano, que es el Síndrome de Cautiverio.

Un buen profesional desarrollará una técnica impecable en la realización de las mejores y más efectivas curas, controlará todos los parámetros que influyen en la evolución de esta patología; pero sobre todo, tendrá que cambiar su forma de ver la comunicación.

Debe entender cómo ve el mundo el “cautivo” y cuales serán por tanto sus responsabilidades como cuidador del mismo. Si los cuidadores, han de llegar allá donde no puede llegar el paciente, en este caso habrán de ser sus manos, sus pies, pero también su voz. Tendrán que adquirir

habilidades de informática para ser capaces de ayudarlo a comunicarse, y esto, por supuesto, también será una función primordial para el personal, pues es la única forma de tener un conocimiento cierto y completo de sus necesidades físicas, psíquicas y sociales.

De igual manera que una enfermera tiene obligación de aprender el manejo del material clínico para prestar una correcta atención, también deberá aprender el manejo de cualquier ayuda técnica que permita a su paciente comunicarse.

Dicho esto, no cabe duda de que el reto es inmenso, pues la tecnología avanza a pasos agigantados y al personal de enfermería le tocará, en esta como en otras áreas profesionales, mantenerse en constante formación.

Métodos de comunicación con pacientes de Síndrome de Cautiverio

Métodos analógicos: (1,2,3,4)

Métodos analógicos de comunicación existen muchos y muy variados. La mayoría se basan en la presentación oral o gráfica al paciente afectado de alfabetos tradicionales o ponderados, en los cuales elegirá las letras de una en una, según se las señalan o recitan, hasta ir completando primero palabras y después frases o textos más largos.

En su aplicación práctica habrá que tener en cuenta el nivel educativo previo del paciente, así como las capacidades cognitivas que conserva. Como alternativa analógica podrá plantearse la utilidad de los pictogramas, sobre todo para personas analfabetas o con limitaciones previas a este nivel.

Métodos digitales: (1,3,4,14,15,16)

Los métodos digitales, son muchísimo más variados y adaptados a las peculiaridades de cada enfermo, que debe valorarse de forma individualizada, según sus capacidades motrices, intelectuales o de aprendizaje. En una primera fase, los alfabetos analógicos, fueron adaptados al formato digital, de forma que la persona afectada podía

desarrollar por si misma el dictado letra a letra sin intervención de otra persona. Más adelante se le añadieron softwares de escritura predictiva que permiten acelerar el proceso (Predwin, Preditext...)

Cada paciente es distinto y por lo tanto, cada ayuda técnica, debe serlo también. Hay enfermos que desplazan el ratón con el movimiento ocular y activan el clic con un movimiento residual de algún dedo o del cuello. Otros tienen más movilidad y el sistema se vuelve más sencillo.

Cuando las capacidades motrices están limitadas en su totalidad, se puede conseguir comunicación utilizando los potenciales evocados, aunque el proceso de aprendizaje es arduo y se necesita un nivel de concentración muy alto para hacerlo funcionar. A pesar de todos estos problemas, pacientes sin ningún tipo de movilidad, son capaces de activar por potenciales evocados, mensajes prefijados, activar y conducir de forma independiente una silla con motor u otras actividades robotizadas simples.

3.- Desarrollo del caso clínico

3.1.- Metodología.^(17,18,19)

En el desarrollo de este trabajo de fin de grado, se expone el caso de un paciente real, afectado de Síndrome de Cautiverio clásico. En primer lugar se procedió a la búsqueda bibliográfica en las bases especializadas más importantes: NCBI (PubMed y MeSH), DIALNET, SCOPUS, IBECS, CSIC, CINAHL y ProQuest, además de otras bases más generalistas como Google Scholar, completados con la búsqueda manual en el catálogo de la UDC (Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud y Fisioterapia de A Coruña). Como criterios principales de búsqueda se establecieron los parámetros de "Texto completo" y antigüedad máxima de 10 años. (Tabla 7.-)

Una vez localizados todos los artículos que en primera instancia consideré de utilidad para los propósitos de este caso, procedí a leer todos los artículos, elaborar fichas resumen y durante este proceso desechar algunos de los artículos por no ceñirse a las necesidades reales

que este caso me planteó. También consulté diversos manuales de NANDA, NOC Y NIC, con el fin de tener la mayor información posible sobre este tema y para poder desarrollar unos diagnósticos enfermeros ajustados a la problemática del caso.

Opté por el modelo de Virginia Henderson para el estudio y en función del mismo, estructuré la recogida de información, analizándola y valorándola, para concluir los problemas que afectan a la satisfacción de las 14 necesidades básicas. (Tabla 1.-)

Una vez recogida toda la información, que incluía su historia clínica, hoja de tratamientos (Tabla 2.-) y actividades de enfermería previas entre otras, elaboré los Diagnósticos Enfermeros (Tabla 3.-), que según mi criterio se ceñían a la realidad del caso en estudio. Posteriormente los sometí al “Modelo Área” (Red de Razonamiento Clínico. Imagen 1.-), para poder determinar cuáles presentaban mayor influencia en términos de interacción con los demás problemas. Así determiné cuales eran los Diagnósticos Principales, que serían aquellos que más influirían sobre el estado de bienestar del paciente, y serán estos últimos los que se desarrollarán según los criterios NANDA, así como sus NOC Y NIC correspondientes (Tabla 4.-). Después del período de ejecución en que se llevan a cabo las medidas elegidas, se evalúa su efectividad en el caso y se establecen las conclusiones.

3.2.- Definición de objetivos del caso clínico.

Objetivo general: dar a conocer esta patología, así como concienciar al personal sanitario de las particularidades clínicas y cuidados necesarios de la misma.

Objetivo específico de este caso clínico: establecer los cuidados de enfermería que mejoren la calidad de vida y el nivel de comunicación de este Síndrome de Cautiverio.

3.3.- Datos del caso.

Hombre de 74 años, con antecedentes previos de Dislipemia, Etilismo, Diabetes Mellitus tipo II, Pancreatitis aguda en el 2008 probablemente de origen etílico y ex-fumador de 20 cigarrillos/día.

3.4.- Descripción del caso

A finales del año 2010, acude al servicio de urgencias, aquejado de síndrome vertiginoso que evoluciona posteriormente con deterioro neurológico, evidenciado por disartria y debilidad en hemicuerpo derecho. En la T.A.C. se objetiva ACV isquémico con infartos en tronco, protuberancia del mesencéfalo y cerebelo izquierdo; y se ingresa en planta. Dos días después del inicio del proceso, el nivel de consciencia se deteriora llegando a Glasgow 5 por aumento del área infartada, que compromete al tronco y el paciente es ingresado en la UCI.

Tras la retirada de la sedación, se observa bajo nivel de consciencia, apertura ocular espontánea y a la llamada. Mínima respuesta extensora al dolor en MM.II. con pupilas isocóricas y normoreactivas, respondiendo de forma ocasional a las órdenes con expresividad ocular.

En el EEG aparece actividad lenta temporal izquierda, sin crisis comiciales. Diez días después del inicio del proceso patológico, se le realiza una traqueotomía y más tarde se le inserta una SNG para proceder a la nutrición enteral.

Durante los días posteriores, se evidencia tetraparesia muy severa con mantenimiento residual de cierta fuerza en la musculatura distal del MID, aunque no suficiente para realizar actividades.

Año y medio después del inicio del proceso, se le coloca una sonda PEG. Continúa totalmente dependiente para las AVD, encamado con sonda vesical y pañales. Se valora posible síndrome ansioso-depresivo, con momentos de angustia y negativismo, así como cierto deterioro cognitivo en relación con la patología vascular.

Durante un tiempo permanece en aislamiento por colonización con SAMR (Estafilococo Aureus Meticilino Resistente), pero más tarde los

cultivos se negativizaron (Hasta 4 controles en el 2012). Sufre diversos episodios de infección respiratoria aguda e infección urinaria que son tratadas y resueltas.

Durante el 2012 también se le realizó un estudio neuropsicológico para valorar la capacidad de comprensión de lenguaje oral y escrito, de cálculo numérico y capacidad mnésica. Todas estas pruebas se realizan comunicándose a través de los parpadeos voluntarios del paciente.

A lo largo de este estudio se demuestra que el paciente tiene cierta capacidad de respuesta y abstracción, así como capacidad mnésica. A pesar de esto, también se constata la falta de iniciativa del paciente, a la hora de iniciar la comunicación, lo que hace pensar que será difícil un gran avance cognitivo.

Actualmente está ingresado en una residencia de ancianos mixta, ocupando plaza de "asistido". Sigue con alimentación enteral a través de la PEG que tiene insertada en abdomen. Sigue con traqueostomía, concentrador de oxígeno y mascarilla adaptada. Ya no tiene una sonda vesical insertada, por no precisar, aunque si usa pañales por incontinencia vesical y rectal. Las infecciones respiratorias y urinarias siguen produciéndose con cierta periodicidad, si bien las supera sin demasiado problema con el correspondiente tratamiento antibiótico. No está incluido en ningún programa de atención de fisioterapia o terapia ocupacional, a pesar de que el centro cuenta con servicios de ambas especialidades.

Por orden del servicio médico se ha establecido una pauta para levantarlo todos los días y pasea en su silla posicional durante un período aproximado de unas dos horas, empujado por su hermano en la mayoría de los casos, o por alguna de sus sobrinas. Los únicos estímulos que recibe, son a través de las interacciones con el personal de enfermería, médico y sobre todo con su hermano que lo acompaña todos los días, sirviendo de intérprete para cualquier incidencia. La comunicación se estructura y realiza teniendo en cuenta que su capacidad de respuesta se limita a parpadear para afirmar y una leve oscilación de la cabeza, difícil

de percibir al principio, que usa para negar. Así cualquier comunicación debe organizarse con preguntas cuya respuesta sea SI/NO, que se irán sucediendo hasta llegar a obtener la información deseada.

Aparentemente se evidencia un cierto deterioro cognitivo, con relación al informe psicológico realizado antes de su traslado a este centro. Los episodios de ausencia de respuesta ante preguntas o demandas de información, parecen ir en aumento, aunque es difícil de valorar si estas ausencias se producen por déficit cognitivo, por desgana o depresión.

3.5.- Desarrollo del caso clínico.

3.5.a.- Valoración y recogida de datos.(19)

Tabla 1.- Recogida de datos según 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

<p>1.- Respirar normalmente.</p> <p>Tos productiva; exfumador de 20 cigarrillos/día; inmovilidad; infecciones de repetición; ventilación comprometida por exceso de secreciones. Oxígeno a 2,5l/min, 18h/día por concentrador de O2. Oximetría: 95%. F.R.: 16 rpm. Respiración disnéica. Traqueostomía: limpieza periódica de cánula y aspiración de secreciones programada y a demanda.</p>
<p>2.- Comer y beber adecuadamente.</p> <p>PEG: cambio c/3meses. Nutrición enteral pautada: 1000cc Glucerna + 500cc agua /24h; (Entre 08h y 22h). Talla: 175cm. Peso aproximado: 70 kg. ICM: 22.86. Peso normal. Variaciones: bajada de 5kg de peso en los últimos 4 años. Instrumentos de valoración: Cuestionario "Conozca su salud nutricional": 8 ptos. (Riesgo nutricional alto). Evaluación estado nutricional: "Mini Nutritional Assessment "MNA"". Población general geriátrica: (Cribaje= 6.0) + (Evaluación= 5.5) ;Total= 11.5 Malnutrición. Autonomía para las actividades de la vida diaria: Índice de Barthel = 0 Ptos. Dependencia total.</p>
<p>3.- Eliminar por todas las vías corporales.</p> <p>Frecuencia de eliminación fecal: c/24-48h. Heces normales de consistencia variable. Incontinencia fecal. Estreñimiento tratado con supositorios glicerina c/48h. Eliminación urinaria normal (ahora sin S.V). Orina normal, virando ocasionalmente a colúrica. Incontinencia a tratamiento con absorbentes. Pérdidas de líquidos: abundantes secreciones traqueobronquiales. Instrumentos de ayuda a la valoración: Katz="G"(Gran Dependiente). Barthel= 0 puntos (Dependencia total). Test Pfeiffer versión española: Imposible realizarlo por las limitaciones comunicativas del caso. (Sospecha de deterioro cognitivo) • Diario miccional: SI.</p>
<p>4.- Moverse y mantener posturas adecuadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel funcional para la actividad/movilidad: Completamente Dependiente. • Ejercicio físico habitual: sedentario (por incapacidad física). • Postura que adopta habitualmente: sentado/acostado. • Dificultades o limitaciones para moverse y mantener posturas adecuadas: parálisis total a excepción de movimientos oculares verticales, parpadeo voluntario y leve oscilación de la cabeza por respuesta motora del cuello. <p>Alteraciones motoras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etiología de dificultades o limitaciones: parálisis neurológica. • Cómo se pueden evitar, reducir o resolver: rehabilitación muy difícil después de que las lesiones llevan establecidas más de cuatro años. • Otros factores personales o medioambientales que influyen en su movilidad y postura corporal: se levanta 2 horas diarias porque en el centro tienen los medios personales y técnicos necesarios para hacerlo.

- **Recursos** que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados: cama eléctrica de dos motores, silla posicional y grúa para trasladarlo de una a otra.
- Instrumentos de ayuda a la valoración:**
- **Índice de Barthel** = 0 ptos. **Dependencia total.**
 - **Índice de Lawton-Brody** = 0 ptos. **Máxima dependencia.**
 - **Escala de disnea MRC: No valorable por su inmovilidad.**

5.- Dormir y descansar.

Patrón de sueño / descanso habitual:

- **Horas de sueño al día:** noche 7 h y día: 2h.
- **Hora inicio/fin de sueño y/o descanso:** 24h a 07h y durante el día es variable.
- **Existencia de cansancio o somnolencia tras el descanso:** SI.
- **Nivel de energía durante el día:** No evaluable.

Hábitos relacionados con el sueño / descanso:

- **Lugar donde duerme/ descansa:** cama.
- **Existencia de ritual** para dormir: No.
- **Presencia de malos hábitos** para dormir: No.

Cambios en el patrón de sueño / descanso:

- **Dificultades para conciliar o mantener el sueño:** No
- **Existencia de alguna enfermedad que impida conciliar el sueño:** No
- **Problemas durante el descanso/relajación, o interrupciones**, por estímulos ambientales nocivos: **horario actividades de enfermería.**

- **Cambios de horarios frecuentes:** sin cambios de horarios.

- **Presencia de ronquidos:** No

Recursos para inducir/facilitar el sueño: Lorazepan 1 mgr. a las 21h.

Instrumentos de ayuda a la valoración:

- **Índice de Gravedad del Insomnio (ISI)**= 4 ptos. **Ausencia de insomnio clínico.**

6.- Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse

- **Adecuación/comodidad de ropa y calzado habitualmente:** si.
- **Dificultades** para elegir ropa, vestirse y/o desnudarse: no elige él nunca la ropa.
- **Causas:** incomunicación e incapacidad física.
- **Cómo evitarlas, reducirlas o resolverlas:** interfaz cerebro-computador con sintetizador de voz (no consta que se haya valorado posibilidad)..
- **Manifestaciones de dependencia** y origen de éstas: no decide cuando come, ni cuando se viste, ni cuando se levanta, ni nada sobre su tratamiento. Básicamente su vida no le pertenece. El origen de todos estos problemas está en su gran dificultad para conseguir comunicar, lo que hace que incluso haya sido incapacitado y esté tutelado por su hermano.

Instrumentos de ayuda a la valoración:

- **Índice de Barthel**= 0 ptos; **Totalmente dependiente.**
- **Índice de Katz**= "G"; **Gran Dependiente.**

7.- Mantener temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando ropa y modificando el ambiente.

- **Temperatura corporal habitual** = 36.0°C.
- **Edad del paciente** = 74 años.
- ¿Habitualmente tiene sensación de tiritona con el frío/sudoración con el calor? Es bastante caluroso y suda con facilidad.
- ¿Historia de exposición a temperaturas extremas? No.
- **Determinar los recursos utilizados y capacidad de la persona para adaptarse a los cambios de temperatura ambiental.** Regula bien la temperatura corporal.
- **Recursos para mantener temperatura corporal:** escaarpines de lana.
- ¿Qué hace cuando tiene fiebre?: medios físicos, a los que responde bien, y si precisa antipiréticos se le administra Paracetamol 500mg o 1gr según necesidades.
- **Acondicionamiento del hogar:** reside todo el año en una habitación de enfermería, porque en ella tiene más espacio para la bomba de alimentación, el concentrador de oxígeno, el nebulizador y el aspirador. Además la temperatura ambiente, está mejor regulada en la enfermería, que en el resto de la residencia.

8.- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

- Completamente incapaz de cualquier tipo de **actividad física.** Necesita que el personal sanitario sustituya la función en todas las AVD.
- **Estado de piel y mucosas:** piel en buen estado, buen aspecto y coloración dentro de lo normal, aunque bastante pálido. Piel elástica y si la pellizcamos para comprobar la hidratación, responde relativamente bien, aunque presenta signo del pliegue ligeramente positivo.
- **Valoración de miembros inferiores:** piel con buen aspecto, articulación rodillas sin rigidez y con buen arco de movimiento articular. Sin contracturas.
- **Valoración de pies:** buen aspecto general. No están fríos y coloración normal. Ambos pies equinos al ingreso.
- **Alteraciones o lesiones de la piel:** presenta tejido cicatrizal en ambos talones, probablemente de pequeñas UPP antiguas.
- **Otros factores personales o medioambientales que influyen en el mantenimiento de su higiene corporal y en la integridad de la piel:** el uso de pañales puede multiplicar el riesgo de UPP y el aumento de las necesidades de higiene.

Instrumentos de ayuda a la valoración:

- Valoración del riesgo de úlceras por decúbito. **Escala de Braden = 13 pts. Mayor Riesgo de UPP.**
- Instrumento para monitorización de evolución de una UPP:
Presión. **IMEUPP = Sin presencia de UPP en este momento.**
- Autonomía para las actividades de la vida diaria. **Índice de Barthel = 0 pts. Totalmente dependiente.**
- **Índice de BARTHEL, modificación de "Granger et alt." = 0 pts. Totalmente dependiente.**

9.- Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

- **Adhesión al plan terapéutico:** Incapaz.
 - **Medidas de seguridad personales y ambientales:** Incapaz.
 - **Alergias:** ninguna conocida.
 - **Tratamientos y automedicación:** polimedica, no se puede automedicar.
 - **Orientación:** sabe donde está, sabe si es día/noche, pero incapaz de decir hora aproximada. Reconoce personas, pero solo recuerda nombre de familia directa.
 - **Alteraciones sensoriales-perceptivas:** oído bien; olfato bien; valoración sabores limitada por PEG; refiere sensibilidad limitada (no es capaz de aclarar el concepto), pero si siente dolor y picor; visión completa en ojo izquierdo y reducida en ojo derecho por lesiones previas sin diagnosticar..
 - **Nivel de conciencia. Memoria. Equilibrio:** nivel de conciencia bueno, memoria alterada para algunas etapas relacionadas con proceso patológico y cada vez le cuesta más responder a preguntas largas. Equilibrio: sabe que está horizontal y percibe cambios de posición.
 - **Dolor:** Si proceso doloroso en curso, refiere dolor a preguntas directas, aunque tiene tratamiento crónico con analgésicos.
 - **Hábitos tóxicos:** antes del S.C. presentaba etilismo y era ex-fumador de 20 cigarrillos diarios, hasta unos años antes (no queda claro cuantos años, no recuerda bien).
 - **Ingresos hospitalarios:** en los últimos 4 años reiterados ingresos hospitalarios y visitas a los servicios de urgencias por IRA e ITU.
 - **Accidentes y caídas:** desde que sufre el S.C. no ha sufrido accidentes o caídas.
 - **Violencia. Maltrato. Abusos.** No constan ni los refiere.
 - **Anestesia, sedación o procedimientos invasivos:** Traqueostomía e inserción de PEG. Durante bastante tiempo tuvo insertada una Sonda Foley, aunque en este momento no precisa.
- Instrumentos de ayuda a la valoración:**
- **E.V.A.** Valoración de la intensidad del dolor. Imposible de valorar por excesiva dispersión de valores.
 - Escala de riesgo de caídas múltiples, población institucionalizada. **Escala Morse = 15 pts. Riesgo Bajo de caídas.**
 - **Test de Pfeiffer versión española.** Imposible de realizarla, por las condiciones del caso. **Sospecha de deterioro cognitivo.**
 - **Escala de deGoldberg.** Población general, cribado de ansiedad-depresión. **Imposible de realizar con los límites de comunicación del caso.**

10.- Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

- Comunicación**
- **Limitaciones cognitivo/perceptuales:** con el paso del tiempo, la capacidad de comunicarse y por lo tanto de valorar estos conceptos se va haciendo más difícil. No queda claro si no contesta o lo hace erráticamente por posible deterioro o por cansancio y falta de motivación. De todas maneras, lo que si parece incuestionable es que existe deterioro cognitivo, difícil de cuantificar.
 - **Posibilidad de comunicación alternativa:** en su día podría haberse valorado la posibilidad de rehabilitar más en profundidad este aspecto e incluso de tratar de mejorar su capacidad de comunicación con el uso de una interfaz cerebro/ordenador. No constan las causas de porque no se valoró.
 - **Cambios en la situación de salud:** IRA e ITU frecuentes.
 - **Estructura y dinámica familiar:** apoyo inquebrantable de su hermano mayor y ocasional de sus sobrinas.
 - **Condiciones del entorno:** buena cobertura de necesidades puramente físicas, pero poca cobertura de necesidades de comunicación y estímulos intelectuales.
- Relación (De los cuidadores):**
- **Parentesco:** hermano mayor y personal sanitario del centro donde está ingresado.
 - **Estado general de salud del cuidador familiar:** bueno.
 - **Grado de conocimiento y habilidades para brindar cuidados:** muy básico, dispuesto a aprender, pero con limitaciones intelectuales a la hora de adquirir nuevos conocimientos.
 - **Percepción de la situación:** sabe de la gravedad del proceso y del posible desenlace.
 - **Creencias y valores sobre la salud y el cuidado de dependientes:** es católico creyente y piensa que es su deber cuidar de su hermano, al que quiere mientras su propia salud se lo permita.
 - **Recursos personales, capacidad de afrontamiento, habilidad para solucionar problemas, participación en actividades lúdicas o de relajación:** su hermano tiene un carácter sereno y fuerte, que no se hunde en las dificultades, se adapta bien a la dinámica del centro y participa en las actividades lúdicas, a veces incluso llevando a su hermano en la silla posicional.
- Relación (Del receptor de cuidados)**
- **Estado mental:** difícil de valorar, pero no parece deprimido.
 - **Creencias y valores sobre la salud y el cuidado de dependientes:** católico creyente, no piensa en la muerte.
 - **Necesidad real y percibida de cuidados:** consciente de la necesidad que tiene de su hermano y el personal sanitario para seguir viviendo.
- Relación (entorno)**
- **Adecuación del espacio físico:** si.
 - **Necesidad de equipos o dispositivos de apoyo:** si.
 - **Disponibilidad de medios de movilización y transporte:** si.
 - **Sistema de soporte, recursos económicos, red de apoyo sociofamiliar:** ingresado en residencia, cobra pensión y

<p>su familia le apoya.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valores y creencias de la familia o grupo de pertenencia: católico practicante. <p>Instrumentos de ayuda a la valoración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario Apgar Familiar (Percepción de la función familiar) y Cuestionario de Duke – UNC. (Apoyo social percibido). Imposibles de realizar por las dificultades de comunicación. • Índice de Esfuerzo del Cuidador de Robinson= 5 ptos. No existe esfuerzo elevado del cuidador. • Esfuerzo o sobrecarga del cuidador (Zarit) = 15 ptos. Sobrecarga Leve del cuidador. • Escala de Gardner y Cuestionario del funcionamiento sexual del Hospital Gral. de Massachusetts(MGH): No se pueden realizar por las limitaciones de comunicación del caso.
<p>11.- Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepción actual de su situación de salud y bienestar: No contesta. • Planes de futuro de la persona: ninguno. • Jerarquía de valores: No contesta. • Facilidad/dificultad para vivir según sus creencias y valores: imposibilitado para asistir a misa los domingos. • Importancia de la religión / espiritualidad en su vida: era y es muy creyente, según su hermano. • Actitud ante la muerte: no la teme, no la pide. • Poseción de testamento vital: no está inscrito en el registro público de Documentos de Medidas Previas, ni ha pensado en hacerlo.
<p>12.- Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad laboral, social, familiar y de rol habitual: ninguna. • Sensación de utilidad: ninguna. • Presencia de dolor, limitaciones o secuelas: dolor en miembros superiores e inferiores, inmovilidad casi absoluta. IRA e ITU frecuentes. • Adaptación a la enfermedad y/o creencias sobre su imagen y autoestima: entiende lo que le pasa, entiende las previsiones, se ve un inútil, pero sigue creyendo en Dios. • Inmadurez o senilidad: aparente deterioro cognitivo, aunque no está claro. • Actividades que le gusta realizar: no puede hacer otra cosa que escuchar y contestar. • Sensación habitual de estrés: NO. • Participación en la toma de decisiones que le afectan: nunca. • Creencias, filosofía personal, religiosidad y valores morales: es católico practicante. • Conocimiento de los recursos disponibles: no sabe nada. <p>Instrumentos de ayuda a la valoración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de salud general de Goldberg-GHQ28: imposible realizarla. • Test de Yesavage. = V5 (1 error) y V15 (3 errores). No existen evidencias de depresión. • Cuestionarios Apgar familiar y Duke-Unc: imposibles de valorar, por la incomunicación del caso.
<p>13.- Participar en actividades recreativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades recreativas: paseo dos horas diarias. • Número de horas que le dedica a la semana: 14 horas. • Presenta dificultad para realizar sus pasatiempos habituales: Si. • Se aburre: Si. • Respuesta ante situaciones estresantes: Inhibición.
<p>14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Circunstancias que influyen en el aprendizaje: limitaciones cognitivas y físicas, provocadas por su patología. Su bajo nivel de formación dificultaría cualquier avance en este sentido. • Grado de conocimiento de su actual estado de salud: sabe en que consiste su enfermedad y su pronóstico, pero nada más. • Comportamientos indicativos de interés por aprender y resolver problemas: ninguno. • Recursos educativos de su entorno sociosanitario: podría haber comenzado programa de terapia ocupacional, pero esto nunca sucedió. <p>Instrumentos de ayuda a la valoración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Coma de Glasgow: Asimilando la comunicación por parpadeo y negación como equivalente a la comunicación verbal, obtenemos un Glasgow Moderado. • Test de Pfeiffer, versión española= Imposible valorarlo por sus dificultades comunicativas, pero aparenta Moderado deterioro cognitivo. • Cribado de demencias - Set-Test de Isaacs. Imposible de valorar. • Cribado de demencias - Test del informador. Imposible de valorar.

Material específico empleado con el paciente

- Silla posicional adaptada.
- Bomba eléctrica de infusión para la alimentación enteral.
- Grúa eléctrica para levantarlo de la cama a la silla.

- Bañera móvil geriátrica.
- Colchón antiescaras de aire por flujo alterno.
- Concentrador de O2, nebulizador y aspirador de secreciones portátiles.

Actividades de enfermería, antes del estudio de caso.

- Administración de la alimentación enteral.
- Administración de los fármacos prescritos orales, machacados o disueltos en agua para pasar por la sonda PEG mediante jeringa de alimentación.
- Administración de tratamientos subcutáneos, tópicos y oculares.
- Realización de controles periódicos de glucemia, los martes y jueves.
- Cambio diario de la cánula y su apósito, así como higiene y/o aspiración de las secreciones de la misma, cada vez que lo precisa.
- Comprobación de permeabilidad de la sonda PEG, diariamente y cuando precisa. Cambio del apósito del estoma y comprobación del balón.
- Cambio periódico, cada tres meses de la sonda PEG, o si precisa.
- Cambios posturales.

Histórico de visitas al Servicio de Urgencias e ingresos hospitalarios.

2010.-

- Ingreso (Nov/10) en Hospital, por S. Vertiginoso que evoluciona a ACV isquémico cerebeloso izquierdo y finalmente deriva a S. Cautiverio. En transcurso del ingreso: coma, traqueostomía (7 días después), SNG (más adelante PEG) y sondaje vesical (actualmente retirado).Alta hospitalaria e ingreso en Residencia en noviembre de 2012.

2013.-

- Ingreso en Hospital..... por IRA (Mar/13 durante 6 días)
- Acude a Servicio de Urgencias....., por ITU y estreñimiento (Nov/13)
- Acude a Servicio de Urgencias, por ITU (Dic/13)

2014.-

- Acude Servicio de Urgencias, para sustitución PEG, sin ingreso (Mar/14).
- Ingreso en Hospital, por ITU y probable IRA (May/14 durante 6 días).
- Ingreso en Hospital, por IRA e ITU (Nov/14 a Dic/14)

2015.-

- Ingreso en Hospital, por IRA (Ene/15 durante 11 días).

Tratamiento Farmacológico. (Tabla 2.- Tratamiento Farmacológico).

Medicamento	Indicación	Efectos adversos	Consideraciones enfermería	Relación con condición del paciente
Clexane 40mg/24h	Profilaxis tromboembolismos	Hematomas y riesgo hemorragias	Aplicación subc. en abdomen	Previene complicaciones por inmovilidad
Levitiracetam 100mg 4cc/12h	Crisis epilépticas	Somnolencia diurna y eczema ocasional	Precaución: en caso de suspender tto. Retirada gradual	Previene crisis epilépticas
Adolonta pulsaciones(2-2-2)	Dolor	Somnolencia y estreñimiento	No combinar con IMAO	Incrementa el riesgo de crisis epilépticas
Lorazepan 1mg cena	Trastorno del sueño y ansiedad	Somnolencia	Precisa disolver para pasar por PEG	Inactividad e inmovilidad factores de insomnio
Ranitidina 150mg(1-0-0)	Hiperclorhidria	-----	Precisa disolver para pasar por PEG	Profilaxis de hipercloridria en pacientes con PEG
Escitalopran 10 mg (1-0-0)	Depresión/angustia	Somnolencia	Precisa disolver para pasar por PEG y no combinar con IMAO	Por su propio proceso de S.C.
Suposit. Glicerina(3/semana)	Estreñimiento	Tránsito acelerado	Vigilar y registrar frecuencia del tránsito intestinal.	Inmovilidad+alimentación enteral, factores estreñimiento.
Glucerna(1000cc)+500cc de agua C/24h	Alimentación enteral.	-----	Vigilancia proceso y posibles complicaciones	Incapacidad de masticar y deglutir.

3.5.b.- Diagnósticos enfermeros (NANDA)^(17,18)

(Tabla 3.- Diagnósticos NANDA).

COD:	DIAGNÓSTICOS:
00002	DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A NECESIDADES R/C incapacidad para ingerir alimentos y M/P pérdida de peso 5kg en último 4 años
00004	RIESGO DE INFECCIÓN evidenciado por Diabetes Mellitus, malnutrición y procedimientos invasivos
00011	ESTREÑIMIENTO R/C actividad física insuficiente, sedantes, anticonvulsivos, deterioro neurológico e ingesta insuficiente de fibra y M/P disminución de la frecuencia
00014	INCONTINENCIA FECAL R/C inmovilidad y M/P incapacidad para retrasar la defecación
00020	INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL R/C limitaciones neuromusculares y M/P pérdida de orina
00031	LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS R/C tabaquismo, retención de las secreciones, mucosidad excesiva, vía aérea artificial y disfunción neuromuscular y M/P disnea y excesiva cantidad de esputo
00036	RIESGO DE ASFIXIA evidenciado por proceso patológico y disminución de las habilidades motoras
00039	RIESGO DE ASPIRACIÓN evidenciado por alimentación por sonda, traqueostomía y deterioro de la deglución
00040	RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO evidenciado por parálisis
00047	RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA evidenciado por excreciones, extremos de edad, humedad, factores mecánicos e inmovilidad física
00051	DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL R/C alteración del SNC y barreras físicas (traqueotomía) y M/P no poder hablar
00054	RIESGO DE SOLEDAD evidenciado por el aislamiento físico y social
00062	RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR evidenciado por enfermedad grave del receptor de los cuidados, así como falta de respiro y falta de experiencia del cuidador
00085	DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA R/C deterioro neuromuscular y M/P limitación de la capacidad para habilidades motoras finas y gruesas
00088	DETERIORO DE LA AMBULACIÓN R/C deterioro neuromuscular y M/P deterioro de todas las habilidades de desplazamiento
00089	DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN SILLA DE RUEDAS R/C deterioro neuromuscular y M/P deterioro para todas las capacidades para maniobrar con la silla de ruedas
00090	DETERIORO DE LA HABILIDAD PARA LA TRASLACIÓN R/C deterioro neuromuscular y M/P incapacidad para entrar, salir, subirse, bajarse o trasladarse de una superficie a otra
00091	DETERIORO DE LA MOVILIDAD EN CAMA R/C deterioro neuromuscular y M/P deterioro de las habilidades para cambiar de posición en cama
00102	DEFICIT AUTOCUIDADO: ALIMENTACION Relacionado con deterioro neuromuscular y M/P incapacidad para cualquier actividad relacionada con la alimentación
00103	DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN R/C deterioro neuromuscular y M/P falta de masticación e incapacidad para vaciar cavidad oral
00108	DEFICIT AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE Relacionado con deterioro neuromuscular y M/P incapacidad para esta actividad
00109	DEFICIT AUTOCUIDADO: VESTIDO/ACICALAMIENTO Relacionado con deterioro neuromuscular y M/P incapacidad para esta actividad
00155	RIESGO DE CAÍDAS evidenciado por deterioro de movilidad física y uso de silla de ruedas
00174	RIESGO DE COMPROMISO DE LA DIGNIDAD HUMANA evidenciado por exposición corporal, participación inadecuada en toma de decisiones, pérdida de control de funciones corporales y percepción de invasión de la intimidad
00198	TRATORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO R/C iluminación, ruido e interrupciones y M/P cambio en patrón normal del sueño

3.5.d.- Planificación de resultados (NOC) e intervenciones enfermeras (NIC)^(17,18,19)

(Tabla 4.- Planificación NOC y NIC)

00002.- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C incapacidad para ingerir alimentos y M/P pérdida 5kg en último 4 años	
NOC: 1626.- Conducta de aumento de peso 162608.- Mantiene aporte adecuado de alimentos y líquidos nutritivos (Siempre) 162635.- Mantiene peso corporal (Siempre) 1004.- Estado nutricional 100411.- Hidratación (Desv. Leve)	NIC: 01056.- Alimentación enteral por sonda <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4-8 horas, según corresponda. <input type="checkbox"/> Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación. <input type="checkbox"/> Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45 ° durante la alimentación. <input type="checkbox"/> Cada 8h en alimentación continua y antes de cada alimentación intermitente, comprobar si hay residuos (posponiéndola si son mayores de 150 ml) e irrigar la sonda cada 4-6 horas con agua, durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente. <input type="checkbox"/> Comprobar la frecuencia de goteo por gravedad o la frecuencia de bombeo cada hora. <input type="checkbox"/> Al finalizar la alimentación, esperar 30-60 minutos antes de colocar la cabeza en posición declive. <input type="checkbox"/> Parar alimentación por sonda 1 hora antes de procedimiento o traslado, que implique una posición con la cabeza a menos de 30°. <input type="checkbox"/> Reducir la frecuencia de la alimentación por sonda y/o disminuir la concentración para controlar la diarrea. <input type="checkbox"/> Desechar los recipientes de alimentación enteral y los equipos de administración cada 24 horas. 01160.- Monitorización nutricional <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pesar al paciente e identificar cambios de peso. <input type="checkbox"/> Evaluar la turgencia y movilidad cutáneas. <input type="checkbox"/> Identificar las anomalías de la piel 04120.- Manejo de líquidos <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Realizar un registro preciso de entradas y salidas. <input type="checkbox"/> Realizar sondaje vesical, si es preciso. <input type="checkbox"/> Vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática), según sea el caso. <input type="checkbox"/> Controlar resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos. <input type="checkbox"/> Monitorizar los signos vitales, según corresponda. <input type="checkbox"/> Controlar ingesta de alimentos/líquidos
00031.- Limpieza ineficaz de las VV.AA. R/C tabaquismo, traqueostomía y disfunción neuromuscular, M/P disnea y excesiva cantidad de esputo.	
NOC: 00410.- Estado respiratorio: permeabilidad de las VV.RR. 41007.- Ruidos respiratorios patológicos (Moderado)	NIC: 3160.- Aspiración de las vías aéreas. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Emplear precauciones universales, y equipo de protección personal adecuado (guantes, gafas y mascarilla). <input type="checkbox"/> Determinar necesidad de aspiración oral y/o traqueal e informar al paciente/familia de que se le va a aspirar. <input type="checkbox"/> Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.

<p>191802.- Evitar factores de riesgo (Siempre) 191809.- Mantener higiene bucal (Siempre) 191810.- Quedarse en posición erguida 30 min tras comer (Siempre)</p>	<p>prescrita.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda. <input type="checkbox"/> Asegurar la recolocación de la máscara/cánula de oxígeno cada vez que se retire el dispositivo. <p>3200.- Precauciones para evitar la aspiración.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Comprobar la colocación de la SNG o de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación. <input type="checkbox"/> Comprobar el residuo de la SNG o de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación. <input type="checkbox"/> Evitar la alimentación si los residuos son voluminosos. <input type="checkbox"/> Mantener el equipo de aspiración disponible. <p>Mantener la cabecera de la cama elevada 30-45 minutos después de la alimentación.</p>
<p>00051.- Deterioro de la comunicación verbal R/C alteración del SNC y barreras físicas (traqueotomía) y M/P no poder hablar</p>	
<p>NOC: 00900.- Cognición 90003.- Atiende (Levemente comprometido) 90005.- Está orientado (Moderadamente comprometido)</p>	<p>NIC: 04720.- Estimulación cognitiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Informar al paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan amenazas. <input type="checkbox"/> Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas. <input type="checkbox"/> Proporcionar un calendario y orientar con respecto al tiempo, lugar y persona. <input type="checkbox"/> Hablar con el paciente y proporcionarle una estimulación sensorial planificada. <input type="checkbox"/> Colocar objetos familiares y fotografías en el ambiente del paciente. <input type="checkbox"/> Reforzar o repetir la información y presentar la información en dosis pequeñas, concretas. <input type="checkbox"/> Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador. <p>07460.- Protección derechos del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Proteger la intimidad del paciente durante las actividades de higiene, evacuación y aseo personal. <input type="checkbox"/> Determinar capacidad legal para dar consentimiento y abstenerse de forzar el tratamiento. <input type="checkbox"/> Colaborar con el médico y administración hospitalaria para cumplir con los deseos del paciente y de la familia. <input type="checkbox"/> Tomar nota de las preferencias religiosas, así como de si ha redactado documento de medidas previas. <input type="checkbox"/> Mantener la confidencialidad de información sanitaria del paciente.
<p>00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA R/C deterioro neuromuscular y M/P inmovilidad.</p>	
<p>NOC: 00207.- Movimiento articular: pasivo 20602.- Cuello (Desv. Moderada) 20614.- Tobillo izquierdo (Desviación Sustancial) 20615.- Rodilla derecha (Desviación Moderada)</p>	<p>NIC: 00224.- Terapia de ejercicios: movilidad articular</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Realizar ejercicios pasivos de rango de movimiento, si resulta apropiado <p>00840.- Cambio de posición</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados y en posición de alineación corporal correcta. <input type="checkbox"/> Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente. <input type="checkbox"/> Girar al paciente en bloque y proporcionar un apoyo adecuado para el cuello. <input type="checkbox"/> Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros (rodillo de mano y rodillo para el trocánter). <p>01806.- Ayuda autocuidado: transferencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente e identificar métodos seguros.

<p>00208.- Movilidad 20803.- Movimiento muscular (Desv. Grave) 20802.- Mantenimiento postura corporal (Desv. Grave)</p> <p>00211.- Función esquelética 21102.- Densidad ósea (Moderadamente Comprometido) 21103.- Movimiento articular (Moderadamente Comprometido)</p> <p>00300.- Autocuidados: AVD 30001.- Come (Grav.Comprometido) 30003.- Uso inodoro (Gravemente Comprometido) 30006.- Higiene (Grav.Comprometido) 30008.- Ambulación (Grav.Comprometido)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asegurarse de que el equipo funciona antes de utilizarlo. <input type="checkbox"/> Levantar y mover al paciente con una grúa hidráulica, si es necesario. <input type="checkbox"/> Proporcionar intimidad, evitar corrientes de aire y preservar el pudor del paciente. <input type="checkbox"/> Utilizar la mecánica corporal adecuada durante los movimientos. <input type="checkbox"/> Al final de la transferencia, evaluar la alineación adecuada del cuerpo, que las sondas no estén ocluidas, laropa de cama sin arrugas, la piel expuesta innecesariamente, el nivel adecuado de comodidad del paciente, las barandillas laterales. <p>01800.- Ayuda autocuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Proporcionar ayuda física, en cantidad y tipo necesarios. <input type="checkbox"/> Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. <input type="checkbox"/> Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse. <p>01801.- Ayuda con autocuidado: baño/higiene</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. <input type="checkbox"/> Controlar la integridad cutánea del paciente. <input type="checkbox"/> Proporcionar ayuda si el paciente no es capaz de asumir los cuidados. <p>01804.- Ayuda con autocuidado: micción/defecación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Facilitar la higiene tras miccionar/defecar después de terminar con la eliminación. <input type="checkbox"/> Proporcionar dispositivos de ayuda (pañales o sonda vesical), según corresponda. <p>03500.- Manejo de presiones</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Desarrollar un protocolo para el cambio de posición, girando al paciente al menos c/2h, según corresponda. <input type="checkbox"/> Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar los factores de riesgo del paciente (escala de Braden). <input type="checkbox"/> Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas sin apoyar en la cama. <input type="checkbox"/> Hacer la cama con pliegues para evitar la presión sobre los dedos de los pies. <input type="checkbox"/> Aplicar protectores de talones, si lo precisa el caso y observar si hay fuentes de presión y fricción. <input type="checkbox"/> Vigilar el estado nutricional del paciente.
<p>00020.- INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL R/C limitaciones neuromusculares y M/P perdida involuntaria de orina.</p>	
<p>NOC: 310.- Autocuidados: uso del inodoro 31007.- Se limpiadespués de orinar (Gravemente comprometido)</p>	<p>NIC: 1750.- Cuidadosperineales</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Limpiar el periné exhaustivamente con regularidad. <input type="checkbox"/> Mantener al paciente en posición cómoda. <input type="checkbox"/> Mantener el periné seco. <input type="checkbox"/> Proporcionar un cojín para la silla, según corresponda. <input type="checkbox"/> Proporcionar analgésicos, cuando esté indicado. <input type="checkbox"/> Aplicar una barrera protectora (p. ej., óxido de zinc, vaselina), si procede. <input type="checkbox"/> Aplicar la medicación prescrita (p. ej., antibacteriana, antifúngica), si es adecuado. <input type="checkbox"/> Instruir al paciente o a los allegados, sobre la inspección del periné para detectar signos patológicos. <input type="checkbox"/>

00014.- INCONTINENCIA FECAL R/C inmovilidad y M/P goteo constante de heces blandas**NOC:****500.- Continencia intestinal**

50003.- Evacuación normal de heces, al menos c/3 días (Siempre Demostrado)

1101.- Integridad tisular: piel y membranas mucosas

110111.- Perfusión tisular (Levemente Comprometida)

110113.- Integridad de la piel (No Comprometida)

NIC:**410.- Cuidados de la incontinencia intestinal**

- Lavar la zona perianal con jabón y agua y secarla bien después de cada deposición.
- Utilizar detergentes no iónicos para la limpieza, si es el caso.
- Utilizar polvos y cremas en la zona perianal con precaución.
- Mantener la cama y la ropa limpias.
- Monitorizar que se produzca una evacuación intestinal adecuada.
- Controlar las necesidades dietéticas y de líquidos.
- Monitorizar los efectos secundarios de la administración de medicamentos.
- Proporcionar pañales de incontinencia, según se precise.
- Eliminar la causa de la incontinencia (p. ej., fármaco, infección, impactación fecal), si es posible.
- Proteger la piel del exceso de humedad de la orina, heces o sudor mediante una crema antihumedad (p. ej., vaselina, lanolina, dimeticona), según se precise.
- Vigilar la piel perianal por si se desarrollan úlceras por presión o infecciones.

450.- Manejo del estreñimiento/impactación fecal

- Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.
- Vigilar la existencia de peristaltismo.
- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.
- Establecer una pauta de defecaciones, según corresponda.
- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.
- Evaluar la medicación para ver si hay efectos secundarios gastrointestinales.
- Extraer la impactación fecal manualmente, si fuera necesario.
- Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda.
- Pesar al paciente regularmente.

3590.- Vigilancia de la piel

- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p. ej., escala de Braden).
- Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Observar si hay zonas de presión y fricción.
- Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
- Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambios posturales).
- Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda.

3.5.e.- Ejecución

Dado, que en el centro sociosanitario donde el caso se encuentra ingresado, el sistema de trabajo utilizado no emplea los diagnósticos de enfermería y el personal no está dispuesto a asumir el esfuerzo de aprender los procedimientos básicos, ni tiene obligación alguna de seguir las recomendaciones que de este trabajo puedan extraerse, se procede a exponer por escrito todas las actividades de enfermería recomendadas en base a los seis diagnósticos principales. Así, se elabora un protocolo de recomendaciones que se comunica al personal de atención directa, de forma oral y escrita, proponiéndoles que analicen y tengan en cuenta dichas recomendaciones. Estas por supuesto no tienen rango de obligatorias, aunque en muchos casos coincidan con las órdenes de enfermería establecidas, de forma menos estructurada.

Durante tres meses, de febrero a abril, se procede con una labor de promoción y coaching, en la que se intenta que el personal de atención directa tenga una idea lo más clara y completa de lo que es el S.C., cuáles son sus problemas y sus necesidades, y por supuesto cual se cree que sería la mejor forma de actuar con este caso.

3.5.f.- Evaluación

Pasados los tres meses y con todas las limitaciones que afectaron a la fase de ejecución, los logros obtenidos son desde un punto de vista objetivo y subjetivo, positivos para el sujeto del caso y para el personal que lo cuida.

Desde el punto de vista objetivo, en estos tres meses se le ha aumentado la pauta de administración de agua suplementaria en la alimentación enteral, que antes era de 500cc/día, y ahora es de 1000cc/día. Además, el signo del pliegue cutáneo se ha vuelto negativo, lo que indica una mejoría en su hidratación. Su ritmo de excreción intestinal mejora levemente. Mantiene su rango de movimientos articulares. El estado de su piel mejora y sigue sin indicios de UPP. No se

ha producido ningún episodio de infección respiratoria ni urinaria en este período.

Desde el punto de vista subjetivo, parece que pese al aumento de estímulos externos, no mejora su motivación para la comunicación. Aparentemente ha aumentado de peso según las estimaciones del personal y de su familia. Su hermano y tutor legal parece más integrado en la dinámica del centro, habiendo mejorado la comunicación con el personal, así como la empatía del mismo con el paciente y su familia.

De todos los logros que se puedan haber conseguido con este estudio de caso, el que parece influir más en la atención recibida por el paciente, es el hecho de que tras el período de ejecución, muchas de las personas que lo atienden han pasado de considerarlo como un “vegetal” sin consciencia, a verlo como una persona más, con sentimientos, necesidades y capacidad de comunicar lo que quiere, aunque sea de una forma ciertamente difícil para el paciente y también para el personal.

Una parte importante del personal siguen sin tomar la iniciativa de entablar una comunicación directa y se dirigen a su hermano en primer término, pero desde luego la forma en que lo ven ha cambiado para muchos. Como muestra de este cambio de actitud podemos referir dos ejemplos:

a.- A los pocos días de comenzar la fase de ejecución, se decidió de común acuerdo entre departamento médico y de enfermería, recortar los días que el paciente se levantaría de la cama, aunque sin un criterio objetivo sobre la necesidad de cambio en la pauta. Simplemente se hacía referencia de forma general a “en el estado en que está...”. Sin embargo, con el paso del tiempo algo debió cambiar en la forma de ver este proceso por parte del personal, porque ahora mismo vuelve a tener la pauta de levantamiento previa, incluso aunque su hermano esté ausente.

b.- Después de mucho tiempo sin ninguna modificación en su pauta de alimentación enteral, durante el período de ejecución, se reevaluó las necesidades del paciente, se le aumentó la ingesta de agua y se consiguió mejorar los niveles de hidratación. Ahora su piel está mejor

hidratada, sus secreciones respiratorias parecen más fluidas y su estreñimiento ha mejorado.

Durante la ejecución, se comienza a sospechar cierto deterioro cognitivo, quizá favorecido por la falta de estímulos que provoca el aislamiento social al que se ve sometido el paciente. Sus familiares confirman que ellos también lo sospechan, aunque no lo ven como algo malo, sino más bien lo viven como un factor positivo.

4.- Discusión y conclusiones

4.1.- Dificultades y comentarios del estudio

La principal dificultad es la obtención de información directa. La comunicación con el paciente es lenta y complicada, dado que únicamente puede responder con SI/NO, a cualquier pregunta que se le haga. Así las cosas, cada intento de conseguir directamente alguna información debió estar precedido de una estrategia previa de como se deberían plantear las preguntas para llegar más fácilmente a la información deseada.

En muchos momentos, por agotamiento o aburrimiento del paciente, o simplemente por incapacidad manifiesta, es imposible obtener ciertas informaciones de manera fiable.

4.2.- Beneficios o aportaciones del estudio

Parece que la mayor aportación de este estudio es conseguir que el personal de enfermería, sobre todo en los centros sociosanitarios, tenga una visión más completa de un problema tan desconocido como es el Síndrome de Cautiverio.

En qué consiste esta patología, sus peculiaridades, sus problemas específicos, como es su día a día y sobre todo sus problemas de comunicación. El personal de enfermería que tiene que atender a un paciente de estas características, debe adquirir las habilidades necesarias en estos campos, que le permitan dar la atención que cada persona precisa.

4.3.- Conclusiones

El S.C. es una patología de etiología diversa, pero caracterizada sobre todo por la inmovilidad casi absoluta y ausencia de comunicación oral, por lo cual los problemas más graves a los que se enfrenta el personal de enfermería cuando atiende a un enfermo con esta patología son los derivados de los déficits de movilidad y de comunicación.

Los diagnósticos de enfermería más directamente relacionados con estas dos situaciones, son los que más van a influir en el estado del enfermo; por lo tanto las actividades de enfermería que aborden estos problemas, también serán las que más influyan en la calidad de vida del paciente.

Especial énfasis habrá que poner en potenciar cualquier tipo de comunicación que pueda adaptarse a las capacidades del paciente, y serán también muy importantes todas aquellas actividades de enfermería que vayan orientadas a minimizar los efectos de la inmovilidad y mantener dentro de unos niveles aceptables el estado nutricional y de hidratación, así como la integridad de la piel.

Queda claro también la gran influencia que el desconocimiento sobre este problema tiene en la atención recibida por el paciente y su familia. La imagen estereotipada que el personal asistencial tiene sobre el paciente influye sobre la atención prestada. Es muy importante por tanto, que todo el personal tenga una información completa y veraz de en qué consiste el S.C.

4.4.- Plan de difusión

Para promocionar y difundir este estudio de caso, se optará por trabajar en dos vías diferenciadas. Por un lado, presentar el trabajo al congreso que se celebra anualmente de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica (SEDENE), ya que un congreso de esta especialidad, parece un foro muy adecuado para tratar este caso. La localización del congreso del 2015 está todavía por decidir, pero las bases

de presentación son públicas y por tanto ya se sabe que habrá que adaptar el texto, pues es demasiado extenso para una presentación y no se atiende a las premisas que establecen los organizadores de este congreso.

Podría presentarse como una comunicación oral (máximo de 400 palabras) que contará con una exposición máxima de 12 minutos, u optar por una presentación de “caso clínico interactivo”, que caso solamente dispondría de un máximo de 10 minutos incluidas las cuatro preguntas que deberían plantearse al público.

Otra forma de difundir este trabajo, sería la publicación, bien en revistas editadas en castellano, bien en revistas editadas en inglés previa traducción del mismo por una empresa especializada en textos técnicos de Ciencias de la Salud, como es la empresa de traducciones “LINNC”.

Las revistas por las que se opta son las siguientes:

1. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica (ISSN: 2013-5246), editada por la Sociedad Española de Enfermería Neurológica (rcsedene@elsevier.com). Para poder editar en esta revista habría que adaptar el texto hasta reducirlo a un máximo de 1500 palabras. SJR: 0,11 y Cites per doc: 0,05.
2. Enfermería Clínica (ISSN: 1130-8621), cuya directora es D^a Concepción Padilla Marín (enfermeriaclinica@elsevier.com) . Para poder editar en esta revista el texto tendría también que reducirse, ya que para casos clínicos el límite también es de 1500 palabras. Según datos del 2012, SJR: 0,217, SNIP: 0,341 y Cites per doc: 0,39; su F.I: 0,23 (calculado en función de RIC: 0,7091 dividido por vaFI: 3,0727).
3. Research in Gerontological Nursing (ISSN: 1940-4921), editado por Christine R. Kovach y los originales se envían a través de la página <https://www.rapidreview.com/> . Para publicar en esta revista habría que adaptar también el texto, pues para publicación de trabajos

cualitativos, el tamaño máximo es de 5000 palabras. Su SJR: 0,43; Cites per doc: 0,66 y Factor Impact: 0,607.

4. Journal of Gerontological Nursing (ISSN: 0098-9134). En esta revista podría publicar bien un artículo con un máximo de 4000 palabras o bien un artículo más breve de hasta 2.500 palabras. El contacto para remitir originales es prs_staff@slackinc.com. SJR: 0,33 y Cites per doc: 0,74 y Factor Impact: 0,619.

5.- Consideraciones éticas

El desarrollo de este estudio de caso se ha realizado respetando las Normas de Buena Práctica Clínica, los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo. Así mismo, en todo momento se ha respetado la legislación española aplicable, como son la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre), la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, la Ley 3/2001, de 28 de mayo, (reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes), y la Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001.

Dado que el sujeto del caso está incapacitado legalmente para prestar consentimiento, se solicita y consigue la autorización de su tutor legal, que en este caso es un familiar cercano.

Una vez conseguida la autorización, y dado que en el centro donde se encuentra ingresado el paciente no existe ningún organismo de control ético, se solicita permiso de la Dirección del centro. Tras una reunión en la que se explica en qué consiste el trabajo a realizar, la Dirección del centro contesta “que no se necesita realizar ningún trámite más, dado que ya consta la autorización de la única persona capacitada legalmente para darme el permiso, es decir el tutor legal del caso”.

Por último, aunque no menos importante, se pide permiso al propio paciente que consiente.

6.- Cronograma

(Tabla 5.-)

ACTIVIDAD	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
Tutorías							
Busqueda y estudio de bibliografía							
Permisos y estudio Hª clínica							
Entrevista y valoración							
Diagnóstico enfermería							
Modelo Area							
Desarrollo diagnósticos							
Ejecución							
Evaluación							
Cronograma							
Powerpoint							
Paginación y corrección							

7.- Memoria económica

(Tabla 6.-)

Concepto:	Coste/unitario	Unidades	Euros:
Gastos menores material:			
Impresión y encuadernación de TFG	8,00	3	24,00
Pendrive Sandisk de 8 Gb	4,99	1	4,99
Fotocopias automáticas	0,06	60	3,60
Paquete de 500 folios Din A-4	4,00	1	4,00
Boligrafos		3	
Cartucho impresora B/N	13,00	1	13,00
Cartucho impresora color	18,00	1	18,00
Total:			67,59€
Previsión gastos promoción TFG			
Inscripción Congreso de Sociedad Española de Enfermería Neurológica	300,00		300,00
Vuelo y hotel.	320,00		320,00
Comida y gastos menores	150,00		150,00
TOTAL:			770,00€

8.- Agradecimientos

**“Hay gentes a quienes damos las gracias sólo por haberse
atravesado en nuestro camino...” *Fiodor Dostoievski-***

Me gustaría dar las gracias a todas aquellas personas que de una forma u otra me han ayudado a llevar a cabo este trabajo de fin de grado.

Gracias a mi tutora M^a Consuelo Carballal Balsa y a Montserrat Cendán, por su tiempo, su comprensión y la gran ayuda que me prestaron.

Gracias a mi esposa y a mis hijos por su paciencia y el cariño que me demostraron durante la elaboración de este trabajo. Sin vuestra comprensión tampoco hubiera sido posible.

Gracias a mi prima M^a José Sánchez Mesías, quien me dió una nueva visión de la enfermería en mi adolescencia. Gracias a mis compañeras de promoción Dulce y Paz, por su gran ayuda. Gracias a todos los profesionales con los que tuve y tengo el honor y el placer de trabajar, y que me enseñaron tantas y tantas cosas, porque de alguna manera han hecho de mí una persona mejor y me han convertido en el enfermero que soy.

A mi hermano... siempre. “Let it Be”.

9.- Búsqueda bibliográfica:

(Encontrados) y **Escogidos**. (Tabla 7.-)

BASES	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA		LIMITES
NCBI a través de PubMed	1º) "nursing care" [tiab] 2º) "locked-in syndrome"[tiab] OR "locked in syndrome" [tiab] 3º) <u>Combinado</u> : ((nursing care AND full text[sb] AND "last 10 years"[PDat])) AND (("locked-in syndrome"[tiab] OR "locked in syndrome" [tiab]) AND full text[sb] AND "last 10 years"[PDat])	(129.498) (163) 8	Últimos 10 años Texto completo
NCBI a través de MeSH	1º) ("Quadriplegia/classification"[Mesh] OR " Quadriplegia/complications"[Mesh] OR "Quadriplegia/diagnosis"[Mesh] OR "Quadriplegia/nursing"[Mesh] OR "Quadriplegia/rehabilitation"[Mesh] OR "Quadriplegia/therapy"[Mesh]) 2º) "Patient Care Planning"[Mesh] 3º) <u>Combinado</u> : (("Patient Care Planning"[Mesh] AND full text[sb] AND "last 10 years"[PDat])) AND ((("Quadriplegia/classification"[Mesh] OR "Quadriplegia/complications"[Mesh] OR "Quadriplegia/diagnosis"[Mesh] OR "Quadriplegia/nursing"[Mesh] OR "Quadriplegia/rehabilitation"[Mesh] OR "Quadriplegia/therapy"[Mesh])) AND full text[sb] AND "last 10 years"[PDat])	(1034) (14197) 5	Últimos 10 años Texto completo
NCBI combinado PubMed y MeSH	((("Patient Care Planning"[Mesh] AND full text[sb] AND "last 10 years"[PDat])) AND ((("Quadriplegia/classification"[Mesh] OR "Quadriplegia/complications"[Mesh] OR "Quadriplegia/diagnosis"[Mesh] OR "Quadriplegia/nursing"[Mesh] OR "Quadriplegia/rehabilitation"[Mesh] OR "Quadriplegia/therapy"[Mesh])) AND full text[sb] AND "last 10 years"[PDat]))OR (((nursing care AND full text[sb] AND "last 10 years"[PDat])) AND (("locked-in syndrome"[tiab] OR "locked in syndrome" [tiab]) AND full text[sb] AND "last 10 years"[PDat]))	12	Últimos 10 años Texto completo

DIALNET	Locked in syndrome Sindrome de cautiverio Combinado:	<u>3</u> <u>7</u> <u>10</u>	
SCOPUS	Locked in syndrome	<u>5</u> (9)	Textoespañol completo
IBECS	Sindrome de cautiverio	<u>2</u> (41)	
CSIC(sum. IME)	Sindrome de cautiverio	<u>10</u> (16)	
Catálogo UDC	Sindrome de cautiverio (SERENDIPIA)	<u>0</u> (2)	
EBSCO(CINAHL)	locked in syndrome (título) AND locked in syndrome (resumen)	<u>3</u> (34)	
ProQuest (ASFA+ ERIC+PsycINFO)	locked in syndrome	<u>24</u> (50)	Desde 2009
CUIDEN	Sindrome de cautiverio	<u>2</u>	
Google Académico	“Sindrome de cautiverio” “Sindrome de cautiverio” AND “plan de cuidados”	<u>3</u> (62) <u>3</u> (4)	Últimos 5 años
Búsqueda informal	Sindrome de cautiverio Locked in syndrome y Locked-in syndrome	<u>3</u> (317.000)	10 primeras páginas
REFWORKS	Combinando todas las referencias	<u>100</u>	
REFWORKS	Eliminando duplicados, casi duplicados, redundantes y documentos de menor interés según la evolución del TFG.	<u>20</u>	

10.- Bibliografía

- (1) Collado Vázquez S, Carrillo JM. El síndrome de cautiverio en la literatura, el cine y la televisión. *Revista de neurología* 2012;54(9):564-570.
- (2) González M. Anatomía implicada en el síndrome de cautiverio. *CICS* 2011 22/11/2011;III(3):1-2-9.
- (3) Bauby J. *La escafandra y la mariposa*. Tapa blanda ed. Barcelona: Bronce; 2008.
- (4) Carballo Clavero JC. *El síndrome de cautiverio en zapatillas*. 1st ed.: Burgos : Rico Adrados, 2005; 2005.
- (5) Daza J, Charris L. Isquemia vertebrobasilar y síndrome de Locked-in. *Salud Uninorte* 2004 12/2004;19:41-42-50.
- (6) León-Carrión J, Dominguez-Roldán J, Dominguez-Morales M. Coma y Estado Vegetativo: Aspectos médico-legales. *Revista Española de Neuropsicología* 2001;1(1-2):63-64-76.
- (7) J. Cervera. Principales cuidados de enfermería en el manejo del síndrome de cautiverio. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. Facultad de Ciencias de la Salud; 2013.
- (8) Palmieri RL. Descifrar los secretos del síndrome de cautiverio. *Nursing* 2010;28(2):8-15.
- (9) Riquelme V, Errázuriz J, González J. Síndrome de Enclaustramiento: Caso clínico y revisión de literatura. *Revista Memoriza con* 2011;8:1-2-9.
- (10) Sandoval P, Mellado P. S. Locked in. *Cuadernos de Neurología* 2000 2000;XXIV(1):1-2-6.
- (11) Arroyo Aljaro R, González Viejo MA, Rovira A. Síndrome de locked-in. Una mirada a su tratamiento y pronóstico. *Rehabilitación: Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física* 2008;42(2):92-95.
- (12) Luján V, Monterrosa E, Polo L. SÍNDROME DE ENCLAUSTRAMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO. *Revcienciomed* 2011 15/03/2011;2(1):116-117-120.
- (13) Guimaraens-Martínez L. Disección vertebral como causa del síndrome de enclaustramiento y opciones terapéuticas con fibrinólisis

intraarterial durante la fase aguda⁴Es. Revneurol (Ed impr) 2004;38(12):1139-1141.

(14) Martín González L. Desarrollo de un sistema BrainComputer Interface basado en potenciales evocados P300 para el control de dispositivos domóticos. 2012.

(15) Santana Vargas ÁD, Pérez ML, Ostrosky Solís F. Comunicación basada en el componente P300 de los potenciales relacionados con eventos: propuesta de una matriz con imágenes. Revista de neurología 2006;43(11):653-658.

(16) Santana R, Ostrosky-Solís. Novedades en tecnología de la rehabilitación: una revisión acerca de la interfaz cerebro-computadora. REV NEUROL 2004 01/09/2004;39(5):446-447.

(17) Arias Vázquez JM, ServizoGalego de Saúde. Estandarización de cuidadosdeenfermería nopaciente inmobilizado no domicilio=Estandarización de cuidados de enfermería al paciente inmpbilizado en el domicilio. Edición bilingue ed. Santiago de Compostela: ServizoGalego de Saúde, División de Asistencia Sanitaria; 2005.

(18) Herdman TH, North American Nursing Diagnosis Association. </p. NANDA Internacional:diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación: 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.

(19) Lendínez Cobo JF, Bellido Vallejo JC. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería; 2010.

(20) Notario-Leal MJ, Arauz-Carmona LM, Granados-Matute AE, Rodríguez-Pappalardo F, Mármol-Navarro P. Plan de cuidados en el síndrome de cautiverio. Enfermería Clínica 2011;21(2):104-109.

11.- Anexos

11.1.- Anexo I: Ficha de “El Síndrome de cautiverio en zapatillas”.

Jose Carlos Carballo Clavero (Valladolid 1966), afectado por el Síndrome de Cautiverio desde los 33 años, escribe este libro en primera persona para contarle al mundo sus experiencias vitales. Para que la gente en general y los profesionales de la salud en particular, aprendan algo de sus vivencias y puedan entender mejor a los posibles afectados que se encuentren.

Nos habla de su paso por el hospital, la toma de conciencia de su estado, el personal bueno y malo que lo trató, su familia, sus amigos y como vivieron todos ellos su nueva enfermedad. Describe su experiencia de vuelta a su casa, su difícil adaptación y como finalmente termina en un centro residencial.

Durante todo este periplo surgen diversos y muy distintos problemas con la silla (El montón de hierros), la morfina, el ordenador, el coche, las ortopedias, etc. Diversos problemas prácticos y de aptitud/actitud del personal especializado y de los cuidadores informales que fueron pasando por su vida. Unas veces las personas que se encuentran marcan la diferencia en positivo y otras según su criterio solo le aportaron sufrimiento y dificultaron sus “progresos”.

A lo largo de todo el libro se plantean los problemas afectivos y de relación y no puede evitar un poso de resentimiento hacia una situación impuesta por el destino que le impide relacionarse con normalidad y lo condena a privarse de placeres cotidianos como su casa, el cine o simplemente pasear. No comprende como su mujer sigue atada a un enfermo que anula cualquier posibilidad de disfrutar de la vida.

Al final del relato, parece quitar hierro a todo el duro relato, tratando de hacer ver que todo lo escrito es ficción, aunque la verdad es que cada una de sus palabras transmite sensaciones de una realidad muy dura.

11.2.- Anexo II: Ficha de “La escafandra y la mariposa”.

Jean-Dominique Beauby, editor de la revista francesa “Elle” dicta este libro en primera persona, utilizando los párpadeos voluntarios de su ojo izquierdo, única parte de su cuerpo que todavía responde a su voluntad y que lentamente su secretaria Claude va plasmando por escrito.

Jean-Dominique nos habla de su enfermedad, su periplo vital en el sistema francés de salud. Experiencias terribles y otras no tanto, en las que se encuentra con profesionales muy diferentes y con aptitudes y actitudes también muy distintas. Encarcelado en su “escafandra”, nos describe sus vivencias con un punto de ironía y cinismo que utiliza como salvavidas para no ahogarse en un mar de desesperación.

Para escapar de esta “escafandra”, usa la mariposa de su imaginación y vuela hacia lugares, personas y experiencias conocidas o no, sintiéndose libre durante estos “viajes”.

La descripción de su viaje al síndrome de cautiverio, nos muestra los lugares y personajes que le acompañan en su camino dentro y fuera de la escafandra. La ironía y la imaginación le mantienen cuerdo, aunque por momentos las relaciones personales con amigos y familia dinamitan sus diques emocionales y hacen que se derrumbe.

Desde el punto de vista del cuidado de esta patología, aparecen personajes que dan una visión interesante como son Celeste y Theophile, sus hijos, que como niños que son lo tratan con menos prejuicios que el resto de las personas. En el otro extremo podría estar el cirujano que le cosió el párpado del ojo derecho sin comunicárselo previamente ni dirigirle la palabra. Otro personaje positivo es la logopeda Sandrine que le proporciona un método que le permite comunicarse con el mundo exterior y dictar este libro a su secretaria.

11.3.- Anexo III: Resumen de baterías de test realizados al caso.

Nombre del Test	Tipo de valoración	Resultado	Valoración	Observaciones
Barthel	Dependencia en ABVD	0 puntos	Dependencia Total	
Barthel modificado	Dependencia en ABVD	0 puntos	Dependencia Total	
Katz	Dependencia en AVD	"G" Dependiente en las funciones 6	Gran Dependiente	
Lawton y Brody	Dependencia AIVD	0 puntos	Dependencia Total	
Morse	Riesgo de caídas	15 puntos	Riesgo Bajo	Solo precisa actividades de enfermería
Braden	Riesgo de UPP	13 puntos	Mayor riesgo de UPP	
Zarit	Sobrecarga cuidador	52 puntos	Sobrecarga leve	
Robinson	Esfuerzo del cuidador	5 puntos	Sin esfuerzo elevado del cuidador	
Yesavage	Presencia depresión	V5 = 1 error V15 = 3 errores	No existe depresión	
Glasgow	Nivel de conciencia	10ptos	Glasgow moderado	Respuesta verbal por parpadeo.
Conozca su salud nutricional	Estado nutricional	8 puntos	Riesgo nutricional alto	
Mini Nutritional Assessment (MNA)	Valoración nutricional en población geriátrica	Cribaje= 6 Evaluación = 5,5 Total= 11,5 pts	Malnutrición	
ISI (Indice Gravedad Insomnio)	Valoración del Insomnio	4 puntos	Ausencia de Insomnio Clínico	

11.4.- Anexo V: Autorización firmada por el tutor legal del caso.



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE TRABALLO
E BENESTAR

D. [REDACTED], mayor de edad, con NIF: [REDACTED], como familiar y/o representante legal de D. [REDACTED], residente en la Residencia [REDACTED].

Por el presente documento y actuando libremente en nombre de D. [REDACTED] (en adelante PACIENTE), que por razones de salud, se encuentra incapacitado para prestar consentimiento válido por sí mismo; AUTORIZO, a D. Fernando José Martínez Quindimil (NIF:3276892H), Diplomado Universitario de Enfermería, para hacer uso de los datos que constan en la Historia Clínica del PACIENTE, única y exclusivamente con fines de "Estudio de un caso clínico" para realizar un Trabajo de Fin de Grado de Enfermería, con las siguientes condiciones:

- a) En ninguna parte del Trabajo de Fin de Grado resultante, podrán aparecer datos que pudieran servir para identificar al PACIENTE, es decir, EN NINGÚN CASO SE UTILIZARÁN:
 - Nombre y apellidos.
 - Dirección actual o previa.
 - Localidad de origen.
 - NIF o DNI.
 - Cualquier otro número o dato que pueda servir para identificarlo, bien sea número de historia clínica, CIP o cualquier otro.
 - Cualquier dato personal, bien del PACIENTE, bien de sus familiares que pudiera llevar a una identificación del mismo.
- b) D. Fernando José Martínez Quindimil, consultará la historia clínica (informes, valoraciones facultativas, informes de enfermería, hojas de tratamiento, pruebas diagnósticas o cualquier otro documento que conste en su historia...) únicamente con la finalidad de entender mejor el proceso patológico que le afecta y desarrollar las investigaciones necesarias para llevar a cabo el TRABAJO DE FIN DE GRADO, sobre el "Síndrome de Cautiverio", que desea realizar el solicitante de la autorización.

En A Coruña, a 16 de diciembre de 2014.

Fdo: D. [REDACTED]

