

Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria



Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

2006

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat

© de la presente edición: Generalitat Valenciana, 2006.

© de los textos: los autores.

Coordinación: Josep Adolf Guirao Goris; Juan Gallud

Servici de protol-litzacio i integració assistencial . D.G. d'Assistència Sanitària.

Agència Valenciana de la Salut.

ISBN: 84-482-514-8

Depósito legal: V-4963-2006

Imprime: Gráficas Marí Montañana, S.L. – Santo Cáliz, 7 – Tel. 96 391 23 04* - VALENCIA

Sugerencia de cita bibliográfica: Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006

Profesionales que han participado en el consenso.

Miembro	Profesión	GEM - Area Trabajo	Centro
Juan Antonio Avellana	Geriatra	GEM de consenso de instrumentos de valoración multidimensional	Hospital La Ribera Departamento 11
J. Javier Blanquer	Médico	GEM de consenso de instrumentos de valoración multidimensional	Unidad de Calidad y Formación Alicante Departamento 19
Fermin Garcia	Médico	GEM de consenso de instrumentos de valoración multidimensional	Residencias Ballesol Director Médico Valencia
José Manuel Irazo	Médico	GEM de consenso de instrumentos de valoración multidimensional	Hospital Gral Universitario Valencia Director Departamento 9
Lorenzo Pascual	Médico	GEM de consenso de instrumentos de valoración multidimensional	CS Manises Departamento 7

Lola Rosales	Geriatra	GEM de consenso de instrumentos de valoración multidimensional	UHD La Fe Valencia Departamento 7
Eduardo Zafra	Médico	GEM de consenso de instrumentos de valoración multidimensional	Conselleria de Sanitat J.S. Asistencia Sociosanitaria Servicios Centrales
Emelia Carrasco	Psicóloga	GEM Cuidador	Conselleria de Sanitat Sv. Asistencia Sociosanitaria Servicios Centrales
Rosana Mayor	Enfermera	GEM Cuidador	UHD Arnau de Vilanova Departamento 6
Amparo Coscollá	Enfermera	GEM Cuidador	CS Nazaret Departamento 5
Asunción Bayo	Médico	GEM Cuidador	CS Moncada Departamento 6
Adela Alonso	Enfermera	GEM Metodología de Enfermería en AD	CS. Florida Departamento 19

Mª José Dasí	Enfermera	GEM Metodología de Enfermería en AD	Escuela Universitaria de Enfermería La Fe
Pepa Soler	Enfermera	GEM Metodología de Enfermería en AD	CS. Lliria Departamento 6
Mª Ángeles Perpiñá	Enfermera	GEM Metodología de Enfermería en AD	UHD Clinico Valencia Departamento 5
J. Vicente Cardona	Enfermero	GEM Metodología de Enfermería en AD	C.S. Pobla Vallbona Departamento 6
Francisco Mas-Magro	Geriatra	GEM Geriatria	C.S. San Blas Alicante Departamento 19
Victoriano Borreguero	Geriatra	GEM Geriatria	C.S. Hospital Alicante Departamento 17
Carmina Wanden-Berghe	Geriatra	GEM Geriatria	UHD Alcoi Departamento 15
Silvia Forcano	Geriatra	GEM Geriatria	UHD Clinico Valencia Departamento 5

Antonio Muñoz	Médico	GEM Paliativos	UHD General Alicante Departamento 19
Victoria De Zárate	Médica	GEM Paliativos	C.S. San Blas Alicante Departamento 19
Vicente Gimeno	Médico	GEM Paliativos	UHD Clínico Valencia Departamento 5
Amparo Gisbert	Médica	GEM Paliativos	UHD Clínico Valencia Departamento 5
Fernando Megías	Psiquiatra	GEM Salud Mental	U. Salud Mental Puzol Coordinador Salud Mental Departamento 4
Adolf Guirao	Enfermero	Coordinador de Enfermería del PMAD	Conselleria de Sanitat Sv Protocolización Servicios Centrales
Juan Gallud	Médico	Coordinador del PMAD	Conselleria de Sanitat Sv Protocolización Servicios Centrales

GEM: Grupo de Elaboración de Mejoras

PMAD: Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria en la Comunidad Valenciana 2004-2007

PRESENTACION

Con el desarrollo de las ciencias de la salud y la proliferación de disciplinas y especialidades, se han ido generando multitud de instrumentos de medición de diferentes aspectos de la salud, constituyéndose de facto en un extenso conjunto de herramientas a disposición de los profesionales.

Por otra parte, las medidas biológicas y fisiológicas y demás exploraciones diagnósticas aunque proporcionan datos esenciales para los clínicos en un entorno de patología aguda y con objetivos curativos, necesitan ser complementadas con mediciones del impacto de la enfermedad en los pacientes y en el contexto sociofamiliar, cuando se trata enfermedades crónicas y en fase terminal, y los objetivos pasan a ser la rehabilitación y la paliación respectivamente. Y éste es precisamente el caso de la atención domiciliaria, donde buena parte de los pacientes presentan enfermedades crónicas y/o en fase terminal.

El ámbito concreto de la atención domiciliaria se ha hecho cada vez más complejo por la multiplicación de actores (sanitarios, sociales y comunitarios) que intervienen en el escenario domiciliar para poder atender las necesidades sanitarias y sociales de muy diversa índole que presentan tanto los pacientes como sus cuidadores.

En los estudios previos a la redacción del Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria 2004-2007, ya se había detectado que la multiplicación de actores utilizando con frecuencia instrumentos diferentes para medir los mismos aspectos en los mismos pacientes, dificultaba enormemente la comunicación entre ellos, contribuyendo a crear una especie de "Torre de Babel" profesional.

El propio Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria 2004-2007 resaltaba la importancia de disponer de instrumentos normalizados y homogéneos para poder valorar a los pacientes con mayor rigor metodológico, para poder medir con precisión los cambios en la salud a lo largo del tiempo y para poder disponer de un lenguaje común entre los profesionales involucrados en la atención domiciliaria y para contribuir así a evitar ese efecto "Torre de Babel".

Por lo tanto, con la presentación de este manual se alcanza uno de los objetivos dicho Plan.

Esperamos que esta publicación permita un mayor rigor metodológico en la valoración de los pacientes, facilite la continuidad informativa y asistencial y en definitiva, contribuya a la mejora de la calidad de la atención que prestamos a los pacientes en sus domicilios y a sus cuidadores.

Rafael Blasco Castany
Conseller de Sanitat

PROLOGO

La Agencia Valenciana de Salud pone a disposición de todos los profesionales que realizan atención domiciliaria en la Comunidad Valenciana este manual de escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria.

Disponer de un documento que recopile estos instrumentos es necesario para conocer con mayor rigor metodológico la situación de cada persona valorada, pero con él también se persigue el objetivo de utilizar dentro del sistema sanitario instrumentos homogéneos que permitan una comunicación eficaz entre profesionales sanitarios y entre niveles asistenciales.

Los instrumentos aquí recopilados son interdisciplinarios, es decir, de uso compartido por los diferentes profesionales que realizan atención domiciliaria. Son herramientas normalizadas y puestas a disposición de los profesionales para su aplicación e interpretación en los diferentes niveles asistenciales, tanto en atención primaria como en atención especializada, con lo que se facilita la continuidad informativa y asistencial.

Por otra parte, independientemente de los criterios de calidad empleados, la selección de instrumentos ha sido voluntariamente restrictiva, ya que el principal objetivo es que sean útiles, por lo que hemos renunciado explícitamente a la exhaustividad.

Con la elaboración de este manual se alcanza uno de los objetivos que planteaba el Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria 2004-2007: normalizar las escalas de medida y los instrumentos de valoración integral de pacientes y cuidadores en atención domiciliaria.

El esfuerzo de consenso realizado por parte de la Dirección General de Asistencia Sanitaria convocando a la participación a destacados profesionales de nuestro sistema de salud se verá sin duda recompensado con una mejora de la calidad de atención sanitaria que brindamos a nuestros pacientes y sus cuidadores en el domicilio.

Para futuras ediciones, esperamos contar con la participación de todos aquellos profesionales que las utilicen.

Manuel Cervera Taulet

Director Gerente de la Agencia Valenciana de Salud

Alfonso Bataller Vicent

Director General de Asistencia Sanitaria

INTRODUCCIÓN

El presente documento es resultado de varios grupos de consenso auspiciados desde el Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria 2004 -2007.

En 2004 se publicó una primera edición de este manual. Aquella edición fue resultado de la selección realizada por parte del grupo de consenso de instrumentos de valoración multidimensional. Los beneficios de la valoración multidimensional han sido demostrados en varios metanálisis^{i,ii} y revisados por distintos expertos en la literatura médica^{iii,iv,v} y en el ámbito nacional por las Sociedades Españolas de Medicina Geriátrica^{vi,vii,viii,ix} y de Medicina Familiar y Comunitaria^x, entre otras. Dichos resultados positivos se han obtenido en estudios realizados en distintos niveles asistenciales (unidades de agudos hospitalarias, unidades de recuperación funcional geriátrica o de media estancia, unidades de larga estancia, unidades de hospitalización a domicilio, residencias

asistidas y atención primaria) y además se ha demostrado en parte de ellos su permanencia en el tiempo.

La primera edición de este manual ha sido utilizado en los centros de atención primaria y UHD de los departamentos 5, 7 y 19 en los que se ha pilotado la Iniciativa para la Mejora de la Atención Domiciliaria. La presente actualización incorpora las sugerencias de los profesionales de dichos centros y las aportaciones realizadas por el Grupo de Elaboración de Mejoras (GEM) del Cuidador, el GEM de Metodología de Cuidados de Enfermería en Atención Domiciliaria y el Área de Salud Mental del Hospital a Domicilio.

Para la redacción de este manual se ha realizado una búsqueda de bibliografía relevante sobre las escalas seleccionadas en las bases de datos Medline, CINAHL, IME y CUIDEN. También se consultaron documentos bibliográficos referentes en esta materia^{xi, xii, xiii}. Para ello se utilizaron en inglés o castellano los términos de búsqueda: validez, fiabilidad y la denominación de cada escala. En la descripción de cada escala se incorporó la codificación del proceso atendiendo a la

clasificación CIPE-ICNP- α , NANDA o CIE9-MC. Para asegurar la mayor calidad posible este manual fue enviado para su revisión al Instituto Médico Valenciano que agrupa a la mayor parte de sociedades científicas médicas.

Las escalas se encuentran clasificadas por áreas de valoración y patrones funcionales de salud^{xiv} y al final del manual se dispone de un algoritmo de decisión que ayuda a integrar el uso de las escalas en la valoración por patrones funcionales de salud. Respecto a los indicadores de seguimiento serán los del programa marco de atención domiciliaria de la Comunitat Valenciana.

¹ Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assesment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342:1032-6.

² Evans RI, Connins RT, Hendricks RD, Haselkorn JK . Multidisciplinary rehabilitation versus medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med.* 1995 Jun;40(12):1699-706

³ Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assesment of older patiens. *N Engl J Med* 1990; 322: 1207-1214.

⁴ Kane RA, Kane RL. Evaluación de las necesidades de los ancianos: guía práctica sobre los instrumentos de medición. SG editores SA. Madrid. 1990.

⁵ Rubenstein LZ. Hospital geriatric assesment and management units. En: *Geriatric Assesment technology*. Eds.: Rubenstein LZ, Wiwland D, Bernabei R, Editrici Kurtis s.r.l. Milan. 1995: 195-209.

-
- ⁶ Baztán JJ. Análisis de servicios de salud para los ancianos: revisión de la evidencia científica. En: Bases de la atención sanitaria al anciano (1ªEd.). Eds: Rodríguez Mañas L, Solano JJ. SEMEG. Madrid 2001: 57-82.
- ⁷ Pérez Martín A, Avellana JA. Atención sanitaria al anciano con enfermedad aguda en riesgo de incapacidad. En: Bases de la atención sanitaria al anciano (1ªEd.). Eds: Rodríguez Mañas L, Solano JJ. SEMEG. Madrid 2001: 125-144.
- ⁸ Echevarría I. La atención sanitaria al anciano con incapacidad establecida potencialmente reversible. En: Bases de la atención sanitaria al anciano (1ªEd.). Eds: Rodríguez Mañas L, Solano JJ. SEMEG. Madrid 2001: 145-182.
- ⁹ Jaramillo E. La atención sanitaria al anciano con incapacidad crónica no reversible. En: Bases de la atención sanitaria al anciano (1ªEd.). Eds: Rodríguez Mañas L, Solano JJ. SEMEG. Madrid 2001: 183-206.
- ¹⁰ De Alba C, Gorroño Goitia A, Litago A y cols. Actividades preventivas en los ancianos. Aten Primaria 2001; 28: 178-180.
- ¹¹ Badía X, Salameo M, Alonso J. La medida de la salud : guía de escalas de medición en español: Barcelona: Edimac, 1999.
- ¹² Duarte Climents G, Rodríguez Gómez, S. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente.(1º ed). Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2002.
- ¹³ López Alonso SR, Lacida Baró M, , Rodríguez Gómez, S. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente.(2ª ed). Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2004.
- ¹⁴ Gordon, M. Diagnóstico Enfermero. Mosby/Doyma Libros. 3ª Ed. Madrid 1996.

I. Introducción.

II. Escalas para la valoración general.

Percepción y manejo de la salud

Tinetti- Evaluación de la marcha y el equilibrio 23

Nutricional metabólico

NSI- Conozca Su Salud Nutricional 29

Braden -Bergstrom – Valoración del riesgo de úlceras por presión..... 31

Actividad – ejercicio

Barthel – Escala de actividades básicas de la vida diaria..... 39

Lawton – Escala de actividades instrumentales de la vida diaria 43

EVAA – Escala de Valoración de la Autonomía para el Autocuidado..... 47

Escala de Discapacidad de Oxford (Rankin modificada) 57

Cognitivo-Perceptivo

SPSMQ -Pfeiffer – Valoración mental del área cognitiva..... 59

TIN corto – Test del informador..... 61

VAS — Escala Visual Analógica de dolor	65
Rol relaciones	
Apgar familiar – Funcionamiento familiar	67
Test de Zarit – Escala de sobrecarga del cuidador	69
Índice de esfuerzo del cuidador	73
Duke- UNK – Cuestionario de apoyo social funcional	77
Riesgo social - Gijón	81
Auto percepción autoconcepto	
Escala de Ansiedad – depresión Goldberg	85
Escala de Autoestima de Rosemberg	89
III. Valoración específica geriátrica y de salud mental	
MNA – Evaluación del estado nutricional.....	95
Minimental State Examination.....	99
GDS – Global Deterioration Scale.....	103

Criterios diagnósticos DSM-IV de depresión mayor	109
Escala de riesgo suicida de Plutchik	113
Escala de riesgo de violencia de Plutchik	117
Inventario de Discapacidad de Sheehan.....	121
Impresión Clínica Global	125

IV. Valoración específica del paciente paliativo

Escala de sedación de RAMSAY – RAMSAY Sedation Score	135
STAS – Support Team Assessment Schedule.....	137
Clasificación de Edmonton para el dolor	145

V. Algoritmo de uso de escalas en la valoración por patrones funcionales de salud

Algoritmos	153
------------------	-----

I.- INSTRUMENTOS Y ESCALAS PARA LA VALORACIÓN GENERAL

TINETTI - Escala de Marcha y Equilibrio.

Indicación: Detección del riesgo de caídas en ancianos a un año vista.

Codificación proceso: 0155 Riesgo de Caídas (NANDA).

Administración:

Realizar un rastreo previo realizando la pregunta ¿Teme usted caerse? se ha visto que el valor predictivo positivo de la respuesta afirmativa es alrededor del 63% y aumenta al 87% en ancianos frágiles.

Escala heteroadministrada, se cumplimenta entre 8 y 10 minutos. El evaluador deber revisar el cuestionario previamente a la administración. Caminando el entrevistador detrás del anciano, se le solicita que responda a las preguntas de la subescala de marcha. Para contestar la subescala de equilibrio el entrevistador permanece de pie junto al anciano (enfrente y a la derecha). La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado.

Interpretación y reevaluación:

A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación para la subescala de marcha es 12, para la de equilibrio 16. La suma de ambas puntuaciones da la puntuación para el riesgo de caídas.

A mayor puntuación >> menor riesgo.

<19 : Riesgo alto de caídas.

19-24: Riesgo de caídas.

Propiedades psicométricas: No validada en español y en nuestro medio.

TINETTI- EVALUACIÓN DE LA MARCHA		Ptos	
El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o habitación (unos 8 metros) a paso normal.			
Iniciación de la marcha	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar. ▪ No vacila. 	0	
		1	
Longitud y altura de paso	Movimiento pie dcho	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No sobrepasa al pie izdo. con el paso. ▪ Sobrepasa al pie izdo. 	0
			1
	Movimiento pie izdo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El pie dcho., no se separa completamente del suelo con el paso. ▪ El pie dcho. se separa completamente del suelo. 	0
			1
	Movimiento pie izdo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No sobrepasa al pie dcho. con el paso. ▪ Sobrepasa al pie dcho. 	0
			1
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ El pie izdo. no se separa completamente del suelo con el paso. ▪ El pie izdo. se separa completamente del suelo. 	0
			1
Simetría del paso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La longitud de los pasos con los pies izdo. y dcho., no es igual. ▪ La longitud parece igual. 	0	
		1	
Fluidez del paso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paradas entre los pasos. ▪ Los pasos parecen continuos. 	0	

			1
Trayectoria	(observar el trazado que realiza uno de los pies durante tres metros)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desviación grave de la trayectoria. ▪ Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria. ▪ Sin desviación o uso de ayudas. 	0
			1
			2
Tronco		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Balanceo marcado o uso de ayudas. ▪ No se balancea al caminar pero flexiona las rodillas o la espalda, o separa los brazos al caminar. ▪ No se balancea ni flexiona ni usa otras ayudas al caminar. 	0
			1
			2
Postura al caminar		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Talones separados. ▪ Talones casi juntos al caminar. 	0
			1
TOTAL MARCHA(12)			

TINETTI- EVALUACIÓN DEL EQUILIBRIO		Ptos
El paciente permanece sentado en una silla rígida sin apoya brazos. Se realizan las siguientes maniobras.		
Equilibrio sentado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se inclina o desliza en la silla. ▪ Se mantiene seguro. 	0
		1
Levantarse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapaz sin ayuda. ▪ Capaz pero usa los brazos para ayudarse. ▪ Capaz sin usar los brazos. 	0
		1
		2
Intentos para levantarse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapaz sin ayuda. ▪ Capaz pero necesita más de un intento. ▪ Capaz de levantarse en un intento. 	0
		1
		2
		1
Equilibrio en bipedestación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inestable. ▪ Estable con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) y usa bastón u otros apoyos. ▪ Estable sin andador u otros apoyos. 	0
		1
		2

Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.		0
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empieza a caerse ▪ Se tambalea, se agarra, pero se mantiene ▪ Estable 		1
		2
Ojos cerrados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inestable ▪ Estable 	0
		1
Vuelta de 360°	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasos discontinuos ▪ Continuos 	0
		1
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inestable (se tambalea, o agarra) ▪ Estable 	0
		1
Sentarse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla ▪ Usa los brazos o el movimiento es brusco ▪ Seguro, movimiento suave 	0
		1
		2
TOTAL EQUILIBRIO (16)		

TOTAL MARCHA + TOTAL EQUILIBRIO (28)

NUTRITIONAL SCREENING INITIATIVE - "CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL"

Indicación: Personas mayores de 65 años. Detección del riesgo de malnutrición.

Codificación proceso: 1.1.1.1.4.1 Deficiencia nutricional (CIPE- α).

Administración: autoadministrado.

Interpretación y reevaluación:

0 a 2 : Bueno >> Reevaluar la puntuación nutricional en 6 meses.

3 a 5: Riesgo nutricional moderado >> Tomar medidas para mejorar los hábitos alimentarios y el estilo de vida. Reevaluar en 3 meses.

6 o más: Riesgo nutricional alto >> Lleve el cuestionario a su médico y pida ayuda para mejorar su estado nutricional.

Propiedades psicométricas: Se trata de un instrumento de cribaje muy sensible pero no específico (Mitchell, 2002).

NUTRITIONAL SCREENING INITIATIVE	Si	No	
1.- ¿ Tiene una enfermedad o malestar que le haya hecho cambiar el tipo o cantidad de alimento que come?	2	0	
2.- ¿ Realiza menos de 2 comidas al día?	3	0	
3.- ¿ Come pocas frutas, verduras o productos lácteos?	2	0	
4.- ¿ Toma 3 vasos o más de vino, cerveza o licor al día?	2	0	
5.- ¿ Tiene problemas en la boca o dentadura que le causen dificultad al comer?	2	0	
6.- ¿ En ocasiones le falta dinero para comprar la comida que necesita?	4	0	
7.- ¿ Come solo la mayor parte del tiempo?	1	0	
8.- ¿ Toma 3 o más fármacos prescritos al día?	1	0	
9.- Sin pretenderlo ¿ ha perdido o ganado 5 kg en los últimos 6 meses?	2	0	TOTAL
10.- En ocasiones ¿ es incapaz físicamente de comprar, cocinar o alimentarse a sí mismo?	2	0	

ESCALA BRADEN-BERGSTROM – VALORACIÓN DEL RIESGO DE UPP

Indicación: Valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea por la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (UPP).

Codificación proceso: 1.1.1.1.1.9.2.5.1 Úlcera por presión (CIPE- α).

00046 Deterioro de la integridad cutánea (NANDA).

Administración: Consta de 6 ítems. Heteroadministrado. Cada ítem se puntúa de 1(menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem “fricción y rozamiento” que se puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23.

Interpretación y reevaluación:

Riesgo Alto : puntuación <13

Riesgo Moderado: puntuación entre 13 y 14

Riesgo Bajo: si <75 años, puntuación 15 -16

si > 75 años, puntuación 15 -18

Reevaluar anualmente o cuando la situación del paciente cambie.

Propiedades psicométricas: Fiabilidad test-retest : 0,88 (Bernal, 2001). Esta escala ha sido validada en numerosos estudios con una sensibilidad que oscila entre el 27% y el 100%; una especificidad con valores entre 26% y 92%; un Valor Predictivo Positivo con valores entre 8,1% y 77% y Valor Predictivo Negativo, con valores entre el 71% y el 100%. (Moreno Pina, 2006).

ESCALA BRADEN-BERGSTROM

	1	2	3	4	TOTAL
<p>Percepción sensorial Capacidad para responder significativamente al discomfor relacionado con la presión.</p>	<p>Completamente limitada: No responde(no se queja, no se defiende ni se agarra) ante estímulos dolorosos, por un nivel disminuido de conciencia o sedación o capacidad limitada para sentir dolor sobre la mayoría de la superficie corporal.</p>	<p>Muy limitada: Responde sólo a estímulos dolorosos. No puede comunicar el discomfor excepto por quejido o agitación o tiene deterioro sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o discomfor sobre la mitad del cuerpo.</p>	<p>Levemente limitada: Responde a órdenes verbales pero no siempre puede comunicar el discomfor o la necesidad de ser volteado o tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o discomfor en una o dos extremidades.</p>	<p>No alterada: Responde a órdenes verbales. No tiene déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifestar dolor o discomfor.</p>	

	1	2	3	4	TOTAL
Humedad Grado en el cual la piel está expuesta a la humedad.	Constantemente húmeda: La piel permanece húmeda casi constantemente por sudoración, orina o líquidos corporales. Cada vez que es movilizado o girado se encuentra mojado.	Muy húmeda: La piel está frecuentemente húmeda, las sábanas deben cambiarse por los menos una vez cada ocho horas.	Ocasionalmente húmeda: La piel está ocasionalmente húmeda, requiere un cambio cada 12 horas.	Rara vez húmeda: La piel está usualmente seca, las sábanas requieren cambio con intervalos de rutina.	
Actividad Grado de actividad física.	En cama: Confinado en cama.	En silla: Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso o debe ser asistido en la silla común o de ruedas.	Camina ocasionalmente: Camina ocasionalmente durante el día pero muy cortas distancias con o sin asistencia. Pasa la mayor parte del turno(8 horas) en la silla o en cama.	Camina con frecuencia: Camina fuera del cuarto por lo menos dos veces al día y dentro de él por lo menos una vez cada dos horas.	

	1	2	3	4	TOTAL
Nutrición Patrón usual del consumo alimentario.	Muy pobre: Nunca come una comida completa. Rara vez come más de un tercio de cualquier comida ofrecida. Come dos porciones o menos de proteínas por día. Toma poco líquido. No toma suplemento alimenticio líquido o está sin vía oral o con dieta líquida clara o intravenosa por más de cinco días.	Probablemente inadecuada. Rara vez come una comida completa y generalmente come solo la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye solamente tres porciones de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento alimenticio o recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida o alimentación por sonda.	Adecuada. Come más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come el total de cuatro porciones de proteína por día. Ocasionalmente rechaza una comida pero usualmente toma un suplemento alimenticio si se la ofrece o está siendo alimentado por sonda o nutrición parenteral.	Excelente. Come la mayoría de todas las comidas, nunca rechaza una comida, usualmente come un total de cuatro o más porciones de carne y productos lácteos, ocasionalmente come entre comidas. No requiere suplemento alimenticio.	

Fricción y deslizamiento	1	2	3	
	<p>Es un problema: Requiere asistencia de moderada a máxima al movilizarlo. Levantarlo completamente sin deslizarlo sobre las sábanas es imposible. Frecuentemente se desliza en la cama o en la silla y requiere constantes cambios de posición con un máximo de asistencia. La espasticidad y contracturas llevan a a fricción casi constante.</p>	<p>Es un problema potencial. Se mueve torpemente o requiere mínima asistencia. Durante un movimiento, la piel probablemente se desliza en algún grado contra las sábanas, la silla o los objetos de restricción. Mantiene relativamente buena posición en la silla o en la cama la mayoría del tiempo, pero ocasionalmente se desliza hacia abajo.</p>	<p>Sin problema aparente. Se mueve en la cama o en la silla y tiene suficiente fuerza muscular para sostenerse completamente durante el movimiento. Mantiene buena posición en la cama o en la silla en todo momento.</p>	

	1	2	3	4	TOTAL
Movilidad Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.	Completamente inmóvil: No realiza ni ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin asistencia	Muy limitada: Realiza cambios mínimos y ocasionales de la posición del cuerpo o las extremidades, pero es incapaz de realizar de forma independiente, cambios frecuentes y significativos.	Ligeramente limitada: Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente.	Sin limitaciones: Realiza cambios mayores y frecuentes en la posición sin asistencia.	
	SUMA TOTAL				

Riesgo Alto : puntuación <13

Riesgo Moderado: puntuación entre 13 y 14

Riesgo Bajo: si <75 años, puntuación 15 -16

si > 75 años, puntuación 15 -18

ÍNDICE DE BARTHEL- Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria

Indicación: Valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Codificación proceso: 1.1.1.2.2.1.2.1. Actividad de la vida diaria (CIPE- α)

Administración: Las preguntas se realizan agrupando las actividades en tres grupos. Primero las actividades de movilidad: ¿es capaz de subir escaleras, caminar de forma independiente y trasladarse de la silla a la cama sin ayuda?, ¿se le escapa la orina o las heces?, ¿se baña, viste, asea, va al retrete o come sin ayuda?. Si en alguna actividad contesta que es incapaz entonces se profundiza sobre ella. Posteriormente se calcula los puntos que no realiza y se resta de 100.

Interpretación:

Máxima puntuación: 100 puntos (90 en el caso de ir con silla de ruedas)

Dependencia Total: <20 **Dependiente Grave:** 20 – 35

Dependiente Moderado: 40 - 55 **Dependiente Leve:** >60

Reevaluación: Valoración con carácter anual o cuando las condiciones del paciente cambien.

Propiedades psicométricas: Validado en español. Fiabilidad interobservador: 0,84 – 0,97 ;
Consistencia interna: 0.86 – 0.92.

Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria		Ptos
Lavarse Baño	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Independiente. Entra y sale solo al baño ▪ Dependiente 	5
		0
Arreglarse Aseo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc. ▪ Dependiente 	5
		0
Vestirse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Independiente. Se pone y quita la ropa. Se ata los zapatos. Se abotona. ▪ Necesita ayuda ▪ Dependiente 	10
		5
		0
Comer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Totalmente independiente ▪ Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc. ▪ Dependiente 	10
		5
		0
Usar el retrete	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa ▪ Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo ▪ Dependiente 	10
		5
		0
Trasladarse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Independiente para ir del sillón a la cama ▪ Mínima ayuda física o supervisión ▪ Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda ▪ Dependiente 	15
		10
		5
		0

Deambular	▪ Independiente, camina solo 50 m.	15
	▪ Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m.	10
	▪ Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	▪ Dependiente	0
Escalones	▪ Independiente para subir y bajar escaleras	10
	▪ Necesita ayuda física o supervisión	5
	▪ Dependiente	0
Micción	▪ Continente o es capaz de cuidarse de la sonda	10
	▪ Ocasionalmente, tiene un episodio de incontinencia cada 24 horas como máx., o precisa ayuda para la sonda	5
	▪ Incontinente	0
Deposiciones	▪ Continente	10
	▪ Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o precisa de ayuda para lavativas	5
	▪ Incontinente	0
TOTAL		

INDICE DE LAWTON - Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Indicación: Valoración de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Cuando el índice de Barthel puntúe 100 o sólo haya dependencia en continencia urinaria y fecal.

Codificación proceso: 1.1.1.2.2.1.1.9.. Actividad coadyuvante de la vida diaria (CIPE- α).

Administración: Heteroadministrada

Interpretación:

Mujeres

Dependencia 0-1 **Total** 2-3 **Grave** 4-5 **Moderada** 6-7 **Leve** 8 **Autónoma**

Hombres

Dependencia 0 **Total** 1 **Grave** 2-3 **Moderada** 4 **Leve** 5 **Autónomo**

Dependencia en alguna de las actividades instrumentales nos indica riesgo de deterioro No resulta adecuada para evaluar respuesta al tratamiento o cambios funcionales a lo largo del tiempo.

Reevaluación: con carácter anual cuando el índice de Barthel puntúe 100 o sólo haya dependencia en continencia urinaria y fecal.

Propiedades psicométricas: No validada en español y en nuestro medio.

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INSTRUMENTALES - LAWTON		Varón	Mujer
Capacidad para usar el teléfono	- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	1
	- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
	- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	1
	- No utiliza el teléfono	0	0
Compras	- Realiza independientemente las compras necesarias	1	1
	- Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
	- Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
	- Totalmente incapaz de comprar	0	0
Preparación de la comida	- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente		1
	- Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes		0
	- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada		0
	- Necesita que le preparen y sirvan las comidas		0
Cuidado de la casa	- Mantiene solo la casa o con ayuda ocasional para trabajos pesados		1
	- Realiza tareas ligeras, como lavar platos o hacer las camas		1
	- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza		1
	- Necesita ayuda en todas las labores de la casa		1
	- No participa en ninguna labor de la casa		0

Lavado de ropa	- Lava por sí solo toda su ropa	1	
	- Lava por sí solo prendas pequeñas	1	
	- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0	
Uso de medios de transporte	- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
	- Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
	- Viaja en transporte público, cuando va acompañado de otra persona	1	1
	- Utiliza el taxi o el automóvil, pero solo con ayuda de otros	0	0
	- No viaja en absoluto	0	0
Responsabilidad respecto a su medicación	- Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1	1
	- Toma su medicación si la dosis está previamente preparada	0	0
	- No es capaz de administrarse su medicación	0	0
Manejo de asuntos económicos	- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1	1
	- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos	1	1
	- Incapaz de manejar dinero	0	0
TOTAL			

EVA - Escala de Valoración de la Autonomía para el Autocuidado

Indicación: Valoración de la Autonomía para el Autocuidado. Valora necesidades funcionales básicas y funciones mentales. El grado de autonomía se obtiene de la combinación de ambas funciones.

Codificación proceso: 1.1.1.2.2.1.2. Autocuidado (CIPE- α).

Administración: Heteroadministrada.

Interpretación:

Los grados de autonomía oscilan entre 1 y 10. A mayor puntuación, menor grado de autonomía.

Propiedades psicométricas: Consistencia interna. $\alpha = 0,92$. Fiabilidad interobservadores, La fiabilidad es de 0,82 para las funciones básicas y 0,64 para las funciones mentales.

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA AUTONOMIA PARA EL AUTOCUIDADO.

Necesidades funcionales básicas		AUTONOMÍA COMPLETA	ESTÍMULO / SUPERVISIÓN	AYUDA	DEPENDENCIA TOTAL
Nutrición	Alimentación	0	1	2	3
	Hidratación	0	1	2	3
Cumplimiento	Uso de medicamentos	0	1	2	3
Sintomatología	Síntomas	0	1	2	3
Actividad descanso	Tareas cotidianas	0	1	2	3
	Deambulación	0	1	2	3
	Descanso-sueño	0	1	2	3
Higiene	Aseo-higiene	0	1	2	3

Eliminación
Intestinal
Vesical
Ocio- Tiempo libre
Ocupación tiempo libre
Uso de recursos
Uso de recursos

0	1	2	3
0	1	2	3

0	1	2	3
---	---	---	---

0	1	2	3
---	---	---	---

Funciones mentales

Sentidos
Memoria
Comprensión
Orientación
Comportamiento

AUTONOMÍA COMPLETA	ESTÍMULO / SUPERVISIÓN	AYUDA	DEPENDENCIA TOTAL
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

TOTAL AUTONOMÍA

TOTAL F. MENTALES

GRADO DE AUTONOMÍA

Determinación del grado

CRITERIOS DE GRADO		
Necesidades funcionales	Funciones mentales	GRADO DE AUTONOMIA FUNCIONAL
0-5	0-7	1
	8-15	2
6-14	0-7	3
	8-15	4
15-24	0-7	5
	8-15	6
25-30	0-7	7
	8-15	8
31-36	0-7	9
	8-15	10

Descripción de los ítems

1. ALIMENTACIÓN:

0. Come solo.

1. Come solo, pero necesita estímulos o vigilancia o hay que prepararle la comida.

2. Necesita alguna ayuda para comer o que alguien le sirva los platos uno a uno.

3. Le da de comer otra persona o tiene tubo nasogástrico o gastrostomía o alimentación parenteral.

2. HIDRATACIÓN:

0. Bebe solo.

1. Bebe solo, pero necesita estímulos o vigilancia.

2. Necesita alguna ayuda para beber o que alguien le sirva los líquidos.

3. Le da de beber otra persona o tiene sueroterapia endovenosa.

3. USO DE MEDICAMENTOS:

0.- No toma, o los toma según las instrucciones.

1.- Requiere supervisión o recuerdo para asegurar el uso correcto de los medicamentos.

2.- Toma los medicamentos si se los preparan.

3.- Hay que administrarle los medicamentos según las instrucciones.

4. SINTOMAS:

0.- No padece síntomas que influyan en su nivel de autonomía, o estos no afectan a dicho nivel

1. - Los síntomas afectan a la autonomía de tal forma que, solo con una supervisión adecuada se compensa.

2.- Necesita ayuda para compensar el nivel de autonomía.

3.- Se suple totalmente la actividad compensadora por otra persona.

5. TAREAS DOMESTICAS:

0.- Realiza solo la preparación de comidas, planifica y realiza la compra solo, las labores del hogar, lavado de ropa.

1.- Realiza solo pero necesita supervisión para la preparación de las comidas, la planificación de la compra, las labores del hogar y el lavado de ropa.

2.- Necesita ayuda para realizar la preparación de las comidas, la planificación de la compra, las labores del hogar y el lavado de ropa.

3.- No puede realizar por si mismo la preparación de las comidas, ni la planificación de la compra, las labores del hogar y el lavado de ropa.

8. DESPLAZAMIENTO, DEAMBULACION:

0. - Realiza solo los desplazamientos: - Andar (con o sin bastón) - No necesita silla de ruedas - Sube/baja escaleras solo. - Entra y sale de la cama.

- 1.- Realiza sólo pero necesita supervisión para: Andar (con o sin bastón) –usar la silla de ruedas - Subir/bajar escaleras solo. - Entrar y salir de la cama.
- 2.- Necesita ayuda para realizar: Andar (con o sin bastón) –usar la silla de ruedas - subir/bajar escaleras solo. - entrar y salir de la cama.
- 3.- Dependiente para: Usar la silla de ruedas; subir/bajar escaleras; entrar y salir de la cama. No anda (con o sin bastón).

7. DESCANSO SUENO:

0. - Hasta 6 horas de sueño diarias, o sensación de sueño reparador.
- 1.- Con hipnóticos esporádicos u otras medidas (leche, baños), logra mantener un patrón normal.
- 2.- Incluso tomando hipnóticos no mantiene patrón normal.
- 3.- Incluso tomando hipnóticos no mantiene patrón normal.

8. ASEO-HIGIENE:

- 0.- Realiza solo el aseo personal, vestirse y arreglarse.
- 1.- Realiza solo, pero necesita supervisión para aseo personal, vestirse y arreglarse.
- 2.- Necesita ayuda para realizar aseo personal, vestirse y arreglarse.
- 3.- No puede realizar por si mismo aseo personal, vestirse y arreglarse.

9. ELIMINACION INTESTINAL:

0. - Continente.

1. - Incontinente ocasional u ostomía de la que puede cuidar solo o necesita periódicamente un enema.
2. - Incontinencia frecuente o necesita cuidados diarios de ostomía.
- 3.- Siempre incontinente o lleva compresas y le hacen los cuidados completos.

10. ELIMINACION VESICAL:

0. - Continente.

1.- Incontinencia ocasional o gotas, sonda permanente de la que se ocupa solo, o necesita que se le recuerde para evitar incontinencias.

2. - Incontinencia frecuente o necesita ayuda para cuidar de una sonda permanente.

3.- Siempre incontinente o lleva compresas y necesita que hagan los cuidados completos.

11. OCUPACION DEL TIEMPO LIBRE:

0.- Realiza con normalidad actividades de tiempo libre y ocio.

1.- Realiza bajo supervisión actividades de tiempo libre.

2.- Necesita ayuda para realizar actividades de tiempo libre.

3.- No realiza actividades de tiempo libre-ocio.

12. USO DE LOS RECURSOS:

0.- Utiliza los recursos, controla su economía personal, utiliza el teléfono y algún medio de transporte.

- 1.- Necesita supervisión para: utilizar los recursos, controlar su economía personal, utilizar el teléfono y algún medio de transporte.
- 2.- Necesita ayuda para: Utilización de los recursos comunitarios, o Controlar su propia economía, o para utilizar el teléfono o, para utilizar algún medio de transporte.
- 3.- No puede utilizar los recursos de la comunidad.

Funciones Mentales

1.- SENTIDOS:

0.- Ve, oye y habla sin problemas.

1. -Sentidos disminuidos Pero puede abordar la realización de las actividades de la vida cotidiana
2. -El déficit de 1 sus sentidos influyen en las actividades de la vida cotidiana..
- 3.- Incapaz para abordar las actividades de la vida cotidiana

2.- MEMORIA:

0- Normal.

- 1.. Olvida los hechos recientes pero recuerda los importantes.
- 2.- Se olvida de cosas de la vida cotidiana (apagar la cocina, tomar medicamentos, guardar las cosas...
- 3.-Amnesia casi total.

3.- COMPRENSION:

0. Comprende todo lo que se te explica y pregunta.

1.- Es lento para comprender explicaciones y peticiones.

2.- Comprende parcialmente incluso después de repetidas explicaciones.

3.- No se da cuenta de lo que ocurre a su alrededor.

4.- ORIENTACION:

0.- Bien orientado en el tiempo y en el espacio

1.- A veces se desorienta temporal y espacialmente.

2.- Se orienta únicamente en tiempos cortos, en el lugar que habita y con las personas que conoce.,

3.- Desorientación completa.

5.- COMPORTAMIENTO:

0.- Correcto.

1.- Trastornos de comportamiento menor lo que requieren vigilancia ocasional.

2.- Trastornos que requieren vigilancia constante.

3.- Peligroso y necesita medidas para retenerle. Conductas suicidas

Escala de Rakin modificada- Escala de Discapacidad de Oxford

Indicación: Medición del grado de dependencia funcional en pacientes con ICTUS.

Codificación proceso: 1.1.1.2.2.1.2.1.1. Autocuidado:movilizarse (CIPE- α).

Administración: Heteroadministrada.

Interpretación: Identifica el grado de dependencia funcional en una escala de seis grados.

0. Sin síntomas.
1. Sin incapacidad importante.
2. Incapacidad leve.
3. Incapacidad moderada.
4. Incapacidad moderadamente severa.
5. Incapacidad severa.

Propiedades psicométricas: No validada en español. En el estudio original la fiabilidad interobservador es 0.91.

Escala de Rakin modificada- Escala de Discapacidad de Oxford

Grado	Discapacidad	Descripción
0	Sin síntomas.	Sin síntomas de ningún tipo.
1	Sin incapacidad importante.	Capaz de realizar sus actividades y obligaciones habituales.
2	Incapacidad leve.	Incapaz de realizar algunas de sus actividades previas, pero capaz de velar por sus intereses y asuntos sin ayuda.
3	Incapacidad moderada.	Requiere algo de ayuda, pero es capaz de caminar sin ayuda.
4	Incapacidad moderadamente severa.	Incapaz de caminar y de atender sus necesidades corporales sin asistencia.
5	Incapacidad severa.	Encamado, incontinente y requiere cuidados de enfermería y atención continua.

PFFEIFER - SPMSQ – Valoración Mental Área Cognitiva

Indicación: Cuestionario de rastreo validado para la detección del deterioro cognitivo en los pacientes ancianos.

Codificación proceso: 438.0 Deterioro cognitivo.

Administración: Consta de 10 ítems, que puntúan cuatro parámetros: la memoria a corto plazo, la memoria a largo plazo, la orientación, la información para hechos cotidianos, y la capacidad de cálculo. Se permite un error de más si el entrevistado no tiene educación primaria, y un error de menos, si el entrevistado tiene estudios superiores. Se puntúan los errores. Heteroadministrada.

Interpretación:

Punto de corte: 5 o más errores.

- * 0-3 errores: Funcionamiento intelectual normal.
- * 4-7 errores: Funcionamiento intelectual deficitario. Sospecha de deterioro.
- * 8-10 errores: Déficit intelectual severo.

En los individuos con nivel de estudios primarios se permite un error más; si el nivel es superior un error menos.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano, obteniendo una sensibilidad que varía según los autores, desde el 100% de unos, hasta el 68 % de otros. Su especificidad, sin embargo, coincide en todos ellos, siendo de un 90 a un 96%, para un punto de corte de 5.

SPMSQ – Valoración Mental Área Cognitiva	Error
• ¿Qué día es hoy? (día, mes y año)	
• ¿Qué día de la semana es hoy?	
• ¿Cuál es el nombre de este lugar?	
• ¿Cuál es su número de teléfono?(si no tfno, preguntar dirección)	
• ¿Qué edad tiene?	
• ¿Cuándo nació?	
• ¿Quién es ahora el Presidente del Gobierno?	
• ¿Quién fue el Presidente anterior?	
• ¿Cuál es el primer apellido de su madre?	
• Reste de 3 en 3 a partir de 20.	
TOTAL	

Punto de corte: 5 o más errores.

* 0-3 errores: Funcionamiento intelectual normal

* 4-7 errores: Funcionamiento intelectual deficitario. Sospecha de deterioro

* 8-10 errores: Déficit intelectual severo

En los individuos con nivel de estudios primarios se permite un error más; si el nivel es superior un error menos.

TIN – TEST DEL INFORMADOR

Indicación: Cuestionario de rastreo validado para la detección del deterioro cognitivo en los pacientes ancianos a través del cuidador principal.

Codificación proceso: 438.0 Deterioro cognitivo (CIE9-MC).

Administración: En este cuestionario se valoran, la memoria, la funcionalidad y la capacidad ejecutiva y de juicio. Consta de 17 ítems, con escala de 1 a 5 puntos, con una máxima puntuación de 85 puntos. Se administra a un informador fidedigno, que conoce al paciente y puede valorar el cambio sucedido en los últimos 5 a 10 años. Heteroadministrada.

Interpretación:

A partir de 57, es indicativo de deterioro cognitivo.

Reevaluación: Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de deterioro cognitivo.

Propiedades psicométricas La sensibilidad, en los casos de demencia leve, es del 86%, con una especificidad del 91%.

TEST DEL INFORMADOR (TIN) CORTO	
Capacidad para recordar los nombres de las personas más allegadas (parientes, amigos).	
Recordar cosas que han sucedido recientemente, en los últimos 2 ó 3 meses (noticias, cosas propias o de sus familiares).	
Recordar lo que se habló en una conversación mantenida unos días atrás.	
Olvidar lo que se ha dicho unos minutos antes, pararse en la mitad de la frase y o saber lo que iba a decir, repetir lo que ha dicho hace un rato.	
Recordar la fecha en que vive.	
Conocer el lugar exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas.	
Saber dónde se coloca una cosa que se ha encontrado descolocada.	
Capacidad para aprender a hacer funcionar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, radio...).	
Recordar las cosas que han sucedido recientemente (en general).	
Aprender cosas nuevas (en general).	
Comprender el significado de palabras poco usuales (del periódico, televisión, conversaciones).	

Entender artículos de los periódicos o revistas en los que está interesado.	
Seguir una historia en un libro, la prensa, el cine, la radio o la televisión.	
Tomar decisiones en cuestiones cotidianas (qué traje ponerse, qué comida preparar) y en asuntos a más largo plazo (dónde ir de vacaciones o invertir el dinero).	
Manejar los asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar los impuestos, tratar con el banco).	
Manejar otros problemas aritméticos cotidianos (tiempo entre visitas de los familiares, cuánta comida comprar y preparar especialmente si hay invitados).	
¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado durante los últimos 10 años?	
TOTAL	

- OPCIONES:
- 1= Ha mejorado mucho
 - 2= Ha mejorado un poco
 - 3= Casi sin cambios
 - 4= Ha empeorado un poco
 - 5= Ha empeorado mucho

PUNTUACIÓN: Puntuación total 85 puntos. A partir de 57 puntos, probable deterioro cognitivo.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA GRADUADA NUMÉRICAMENTE PARA VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR

Indicación: Valoración de la intensidad del dolor. El dolor es siempre subjetivo. La escala analógica visual permite una determinación consistente en esa subjetividad, pero no comparar las subjetividades de distintas personas. Fue desarrollada por Hiskisson en 1974.

Codificación proceso: 1.1.1.1.2.1.1 Dolor (CIPE- α).

Administración: Autoadministrada –heteroadministrada. La escala visual analógica es una línea de 100 mm que mide la intensidad del dolor. El extremo izquierdo de la raya representa la ausencia de dolor mientras que el extremo derecho de la raya representa el peor dolor imaginable. La escala de graduación numérica de intensidad de dolor (NRS) añade una graduación numérica donde 1 es el valor no dolor y 10 es el peor dolor imaginable.

Interpretación:

Permite comparar las puntuaciones del dolor en el mismo sujeto en diferentes secuencias temporales.

Propiedades psicométricas Fiabilidad test-retest $r = 0,947$. CCI = 0,97. Ha mostrado buena sensibilidad al cambio en dolor postoperatorio (Lázaro, 2003) y en pacientes tratado con TENS (Paice, 1997).

ESCALA VISUAL ANALÓGICA GRADUADA NUMÉRICAMENTE PARA VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR

Este cuestionario es muy simple. Se refiere a la intensidad del dolor que está usted padeciendo hoy. El extremo izquierdo de la raya representa la ausencia de dolor, es decir, aquella situación en la que no le duele absolutamente nada. El extremo derecho de la raya representa el peor dolor imaginable. Debe indicar la intensidad del dolor que está padeciendo hoy realizando una marca en la línea.

No dolor

Insoportable

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APGAR FAMILIAR – FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Indicación: Cuestionario para explorar el impacto de la función familiar en la salud de sus miembros y para conocer hasta qué punto la familia y su comportamiento como tal frente a la salud y a la atención sanitaria puede considerarse un recurso para sus integrantes, o si por el contrario influye empeorando la situación.

Codificación proceso: 1.1.2.1.1.2. Relaciones familiares (CIPE- α).

Administración: Consta de 5 preguntas que se corresponden con un área diferente de la función familiar: Adaptabilidad, Cooperación, Desarrollo, Afectividad y Capacidad resolutive. Autoadministrado o administrado mediante entrevista.

Interpretación:

- normofuncionales de 7 - 10 puntos
- disfunción leve de 4 - 6 puntos
- disfunción grave de 0 - 3 puntos

Reevaluación: Cuando la situación familiar cambie o se sospeche disfunción familiar.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano, se ha estudiado la validez de constructo, la validez factorial. La consistencia interna de la escalas es de 0,81 y la fiabilidad test –retest es de 0,81.

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
TOTAL			

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR - TEST DE ZARIT

Indicación: Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectados de trastornos mentales.

Codificación proceso: 00061 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador (NANDA).

Administración: consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Autoadministrada.

Interpretación:

- <47: No sobrecarga
- 47 a 55: Sobrecarga leve
- >55: Sobrecarga intensa

Reevaluación: Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

Propiedades psicométricas Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86.

TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	

¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
¿Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

OPCIONES

1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4=Bastantes veces 5=Casi siempre

ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

Indicación: Medir el grado de sobreesfuerzo de las personas cuidadoras de personas dependientes. En la atención domiciliaria de la Comunitat Valenciana se indica su utilización cuando la persona cuidadora no puede autocumplimentar el test de Zarit.

Codificación proceso: 00061 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador (NANDA).

Administración: Se trata de una entrevista semiestructurada que consta de 13 ítems con respuesta dicotómica verdadero –falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1.

Interpretación:

Puntuación ≥ 7 sugiere un nivel elevado de sobreesfuerzo.

Reevaluación: Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual en los casos que la persona cuidadora no pueda autocumplimentar el test de Zarit .

Propiedades psicométricas Se ha estudiado la validez de criterio y concurrente con el apoyo social (DUKE), dependencia en la actividades de la vida diaria (Barthel) y la Ansiedad-depresión (Goldberg). La consistencia interna de la escala es de 0,81. (López Alonso, 2005)

ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

Instrucciones para el profesional. Voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a pacientes que han regresado a casa tras un alta hospitalaria ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso?

	SI	NO
1. Tiene trastornos de sueño (p. ej., porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche)		
2. Es un inconveniente (p. ej., porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar)		
3. Representa un esfuerzo físico (p. ej., hay que sentarlo, levantarlo de una silla)		
4. Supone una restricción (p. ej., porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas)		
5. Ha habido modificaciones en la familia (p. ej., porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)		
6. Ha habido cambios en los planes personales (p. ej., se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)		

7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (p. ej., por parte de otros miembros de la familia)		
8. Ha habido cambios emocionales (p. ej., causa de fuertes discusiones)		
9. Algunos comportamientos son molestos (p. ej., la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas)		
10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (p. ej., es una persona diferente de antes)		
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (p. ej., a causa de la necesidad de reservar tiempo para la ayuda)		
12. Es una carga económica		
13. Nos ha desbordado totalmente (p. ej., por la preocupación acerca de. o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento)		
≥ 7 nivel elevado de sobreesfuerzo	Total respuestas afirmativas	

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL DUKE-UNK

Indicación: Evaluación cuantitativa del apoyo social percibido en relación a dos aspectos: personas a las que se puede comunicar sentimientos íntimos y persona que expresan sentimientos positivos de empatía. Esta indicada en el cuidador si no existe ningún apoyo en la red sociofamiliar.

Codificación proceso: 1.1.1.2.2.2.4.1. Apoyo social (CIPE- α).

Administración: Autoadministrada.

Interpretación: Recoge valores referidos al Apoyo Confidencial (ítems, 1, 4, 6, 7, 8 y 10) y referidos al Apoyo Afectivo (ítems, 2,3, 5, 9 y 11). Cada aspecto se evalúa mediante una escala Likert con 5 opciones.

Apoyo total percibido	≤ 32 puntos – Escaso apoyo; ≥ 33 Apoyo normal
Apoyo Afectivo	≤ 15 Escaso apoyo
Apoyo confidencial	≤ 18 Escaso apoyo

Reevaluación: En el cuidador cuando la situación sociofamiliar cambie.

Propiedades psicométricas Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna se ha estudiado obteniéndose un valor alfa de 0,90 para el total de la escala y de 0,88 y 0,79 para las escalas de apoyo confidencial y afectivo, respectivamente

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL DUKE-UNK

	5. Tanto como deseo				1. Mucho menos de lo que deseo
1c. Recibo visitas de mis amigos y familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3a. Recibo elogios o reconocimiento cuando hago bien mi trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4c. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5a. Recibo amor y afecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6c. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	5. Tanto como deseo				1. Mucho menos de lo que deseo
7c. Tengo posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8c. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9a. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10c. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11a. Recibo ayuda cuando estoy enferma/o en la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOTAL c

TOTAL a

TOTAL

ESCALA “GIJÓN” DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR EN EL ANCIANO

Indicación: valoración inicial sociofamiliar en el anciano para la detección de riesgo social.

Administración: Heteroadministrada.

Codificación proceso: 1.1.1.2.2.4.1.1. Red de solidaridad social (CIPE- α)

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

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

Reevaluación: Cuando las condiciones sociales cambien o se sospeche riesgo social.

Propiedades psicométricas Se ha estudiado la validez de criterio, utilizando como criterio el juicio experto de un profesional experto. No se ha estudiado ni la validez de contenido ni la validez de constructo. La fiabilidad interobservador es muy elevada (índice de kappa de 0,957). La consistencia interna es muy baja(alfa de Crombach 0,142).

ESCALA “GIJÓN” DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR EN EL ANCIANO

A- SITUACIÓN FAMILIAR <ol style="list-style-type: none">1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica.2. Vive con cónyuge de similar edad.3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia.4. Vive solo y tiene hijos próximos.5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados.	
B- SITUACION ECONOMICA¹: <ol style="list-style-type: none">1. Más de 1,5 veces el salario mínimo.2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive.3. Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva.4. L.I.S.M.I. – F.A.S. – Pensión no contributiva.5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior.	
C- VIVIENDA: <ol style="list-style-type: none">1. Adecuada a necesidades.2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas, estrechas, baños..)3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua caliente, calefacción).4. Ausencia ascensor, teléfono.5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).	

<p>D - RELACIONES SOCIALES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relaciones sociales. 2. Relación social sólo con familia y vecinos 3. Relación social sólo con familia o vecinos. 4. No sale del domicilio, recibe visitas. 5. No sale y no recibe visitas. 	
<p>E- APOYOS DE LA RED SOCIAL:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con apoyo familiar o vecinal. 2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria. 3. No tiene apoyo. 4. Pendiente de ingreso en Residencia Geriátrica. 5. Tiene cuidados permanentes. 	
TOTAL	

OBSERVACIONES:

DIAGNÓSTICO SOCIAL:

1.- El cálculo individual de los ingresos, en el caso de matrimonios se obtendrá de la suma de las pensiones de ambos más 1/3 del SMI. dividiendo el resultado entre 2

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (E.A.D.G)

Indicación: instrumento de cribaje para detectar la ansiedad y la depresión.

Codificación proceso: 300.00 Ansiedad, 311 Depresión (CIE9-MC).

Administración: Su aplicación es hetero-administrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas alguno de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad.

Interpretación: Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son ≥ 4 para la subescala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. el instrumento está diseñado para detectar "probables casos", no para diagnosticarlos

Propiedades psicométricas La escala global tiene una sensibilidad del 83 % y una especificidad del 82 %. La subescala de depresión muestra una alta sensibilidad para captar los pacientes diagnosticados de trastornos depresivos (85,7 %), con una capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad algo baja (captó el 66 % de los pacientes con trastornos de ansiedad). La de ansiedad tiene una sensibilidad algo menor (72 %), pero mayor capacidad discriminante (sólo detecta un 42 % de los trastornos depresivos).

Escala de EADG – (Escala de ansiedad - depresión)	Si/No
Subescala de ansiedad	
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?	
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando Subtotal	
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	
TOTAL ANSIEDAD	

≥ 4 : Ansiedad probable

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de si misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				

	A	B	C	D
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

III.- INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE GERIÁTRICO Y DE SALUD MENTAL

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT – EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

Indicación: Personas mayores de 80 años. Detección de malnutrición. En residencias de ancianos. Cuando el NSI sea positivo.

Codificación proceso: 236.9 Desnutrición (CIE9-MC).

Administración: Heteroadministrado.

Interpretación:

≥ 24 puntos :	Estado nutricional satisfactorio.
De 17 a 23,5 puntos:	Riesgo de malnutrición.
< 17 puntos:	Mal estado nutricional.

Reevaluación: Con carácter anual en los casos con riesgo nutricional obtenido en cuestionario NSI. Excepción: cuando esté identificado como problema el mal estado nutricional.

Propiedades psicométricas: El MNA se correlaciona fuertemente con las valoraciones clínicas e indicadores objetivos del nivel nutricional(Nivel de albúmina, IMC, Ingesta de energía, y estado vitamínico. Consistencia interna: 0,83. Fiabilidad test-retest medida con el coeficiente de correlación intraclase : 0,89. (Bleda, 2002). En caso de riesgo de malnutrición el riesgo de mortalidad es de un 24%. Si existe Mal estado nutricional el riesgo de mortalidad es de un 48%.

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL – MNA®

CRIBAJE	<p>A.- ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o alimentación en los últimos tres meses?</p> <p>Si responde 2 veces Sí, 0 = Anorexia severa Si responde 1 vez Sí, 1 = Anorexia moderada Si responde 0 veces Sí, 2 = Sin anorexia</p>	
	<p>B.- Pérdida reciente de peso (< 3 meses)</p> <p>0 = Pérdida de peso > a 3 kg 1 = No lo sabe 2 = Pérdida de peso entre 1 y 3 Kg 3 = No ha habido pérdida de peso</p>	
	<p>C.- Movilidad</p> <p>0 = De la cama al sillón 1 = Autonomía en el interior 2 = Sale del domicilio</p>	
	<p>D.- ¿Ha habido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?</p> <p style="text-align: right;">0 = Sí 1 = No</p>	
	<p>E.- Problemas neuropsicológicos</p> <p>0 = Demencia o depresión severa 1 = Demencia o depresión moderada 2 = Sin problemas psicológicos</p>	
	<p>F. Índice de Masa Corporal - [IMC=p(Kg)/l²(cm)]</p> <p style="text-align: right;">0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23</p>	
	<p>EVALUACIÓN DEL CRIBAJE (Subtotal max. 14 puntos)</p> <p>≥ 12 normal (no necesita continuar test) ≤ 11 posible malnutrición (continuar test)</p>	

EVALUACIÓN	G.- ¿El paciente vive en su domicilio?	0 = Sí	1 = No		
	H.- ¿Toma más de 3 medicamentos al día?	0 = Sí	1 = No		
	I.- ¿Úlceras o lesiones cutáneas?	0 = Sí	1 = No		
	J. ¿Cuántas comidas completas realiza al día? (Equivalentes a dos platos y postre)	0 = 1 comida	1 = 2 comidas	2 = 3 comidas	
	K.- ¿El paciente consume? ¿Productos lácteos al menos una vez al día? ¿Huevos o legumbres 1 ó 2 veces por semana? ¿Carne, pescado o aves diariamente?	0,0 = Si responde 0-1 veces Sí	0,5 = Si responde 2 veces Sí	1,0 = Si responde 3 veces Sí	
	L. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?	0 = Sí	1 = No		
	M.- ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza, ...)	0,0 = Menos de 3 vasos	0,5 = De 3 a 5 vasos	1,0 = Más de 5 vasos	
	N.- Forma de alimentarse	0 = Necesita ayuda	1 = Se alimenta solo con dificultad	2 = Se alimenta solo sin dificultad	
	O.- ¿El paciente se considera a sí mismo bien nutrido? (Problemas nutricionales)	0 = Malnutrición severa	1 = No lo sabe o malnutrición moderada	2 = Sin problemas de nutrición	
	P.- En comparación con las personas de su edad, ¿Cómo encuentra el paciente su estado nutricional?	0 = Peor	0.5 = No lo sabe	1 = Igual	2 = Mejor
	Q.- Circunferencia Braquial (CB en cm)	0,0 = CB < 21	0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22	1 = CB > 22	
	R.- Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)	0 = CP < 31	1 = CP ≥ 31		
	TOTAL (CRIBAJE + EVALUACIÓN max 30 puntos)			EVALUACIÓN (max. 16 puntos)	

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Indicación: Valoración del estado cognitivo.

Codificación proceso: 438.0 Deterioro cognitivo (CIE9-MC).

Administración: Heteroadministrado. No se debe influir en el entrevistado ni corregirle ni ayudarlo, simplemente valorar. El test debe repetirse en tres ocasiones diferentes y valorar la media, para descartar factores externos que puedan influir, además debe contarse con un familiar y/o cuidador para valorar la veracidad de los datos.

Interpretación: El punto de corte es 24. En ancianos y en función del grado de escolaridad el punto de corte se ajusta a 19 puntos para los sujetos de 0-4 años de escolaridad , 23 para los que tengan entre 5-8 años de escolaridad , 27 entre los 9-12 años y < de 29 para los que tengan estudios universitarios.

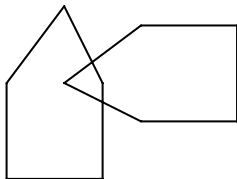
Deterioro cognitivo: 19-23 leve; 14-18 moderado; < 14 severo.

Propiedades psicométricas: Sensibilidad (87%) y especificidad (92%) para puntuaciones inferiores a 24. Posee un valor predictivo positivo de 69% en mayores de 74 años.

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

ORIENTACIÓN		
• Dígame el día.....fecha.....mes.....estación.....año.....	5	
• Dígame el Hospital.....planta.....ciudad..... provincia..... nación.....	5	
MEMORIA DE FIJACIÓN		
• Repita estas tres palabras: peseta-caballo-manzana (repetir hasta que las aprenda)	3	
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO		
• Si tiene 30 pesetas, y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? (anote 1 punto cada vez que la diferencia de 3 sea correcta, hasta un máximo de 5 puntos)	5	
• Repita estas tres cifras: "5-9-2" Ahora repítalas hacia atrás (anotar 1 punto por cada cifra en orden correcta)	3	
MEMORIA (REPETICIÓN)		
• ¿Recuerda las tres palabras que le dije antes?	3	
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN		
• Mostrar un bolígrafo: "¿Qué es esto?". Repetir con un reloj	2	
• Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros"	1	
• Una manzana y una pera son frutas, "¿verdad?"		
"¿Qué son el rojo y el verde? y ¿un perro y un gato?"	2	

• "Coja un papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo" (anote un punto por movimiento correcto)	3	
• Lea esto y haga lo que dice: "CIERRE LOS OJOS"	1	
• Escriba una frase completa cualquiera (la frase debe tener sujeto, real o implícito, y verbo)	1	
• "Copie este dibujo" (cada pentágono debe tener cinco lados y cinco vértices, y la intersección formar un diamante)	1	
TOTAL		



Punto de corte 23-24

Deterioro cognitivo: 19-23 leve; 14-18 moderado; < 14 severo

GLOBAL DETERIORATION SCALE

Indicación: Es útil para seguir de una forma global la evolución de la Demencia del anciano y para definir sus etapas, suave, moderada y demencia severa incluyendo los límites entre la demencia propiamente dicha y el deterioro fisiológico senil

Codificación proceso: 438.0 Deterioro cognitivo (CIE9-MC).

Administración: Se aplica mediante entrevista, a partir de datos observacionales, de cuestiones planteadas al propio enfermo, a sus cuidadores o a las personas que estén en contacto con él.

Interpretación: A partir de datos observacionales durante la entrevista o en base a cuestiones planteadas al propio enfermo y, según la gravedad al cuidador, se establece siete estadios posibles, que van desde la normalidad (GDS-1) hasta deterioro cognitivo muy grave (GDS-7).

Propiedades psicométricas: La GDS se ha comunicado un coeficiente kappa de 1,0 en pacientes psiquiátricamente sanos, un coeficiente kappa de 0,88 para pacientes con demencia, un coeficiente de correlación intraclase de 0,82 para pacientes con enfermedad de Alzheimer y un coeficiente de correlación de Pearson de 0,92 para pacientes con Alzheimer y pacientes con Parkinson.

GLOBAL DETERIORATION SCALE

Estadio	Déficit cognitivo	Características clínicas
1	Inexistente	Normal
2	Muy leve	Olvidos subjetivos, pero con exploración normal
3	Leve	Dificultad en el trabajo, en la comunicación verbal o al recorrer lugares poco familiares; detectable por la familia; déficit sutil de memoria en la exploración
4	Moderado	Disminución de la capacidad para viajar, para contar o para recordar acontecimientos recientes
5	Moderadamente grave	Necesita ayuda para elegir la ropa; desorientación en tiempo o espacio; recuerda peor el nombre de sus nietos
6	Grave	Necesita supervisión para comer y asearse, posible incontinencia; desorientación en tiempo, espacio y posiblemente en identidad
7	Muy Grave	Pérdida importante de la capacidad verbal, incontinencia y rigidez motora

Descripción de cada estadio

GDS-1 (Ausencia de alteración cognitiva):

- Ausencia de quejas subjetivas y de trastornos evidentes de memoria.

GDS-2 (Disminución cognitiva muy leve):

- Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en:
 - a) Olvido de dónde ha colocado objetos familiares.
 - b) Olvido de nombres previamente bien conocidos.
- No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico.
- No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales.
- Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.

GDS-3 (Defecto cognitivo leve):

- Primeros defectos claros. Manifestaciones en una o más de estas áreas:
 - a) El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar.
 - b) Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre.
 - c) Personas más cercanas aprecian defectos en la evocación de palabras y nombres.
 - d) Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material.

- e) Capacidad muy disminuida en el recuerdo de conocidos nuevos.
- f) Perder o colocar en lugar erróneo un objeto de valor.
- g) Hacerse evidente un defecto de concentración en la exploración clínic.
- Un defecto objetivo de memoria sólo se observa con entrevista intensiva.
- Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes.
- Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta- moderada.

GDS-4 (Defecto cognitivo moderado):

- Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:
 - a) Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes.
 - b) El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal.
 - c) Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de sietes.
 - d) Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc.
- Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes:
 - a) Orientación en tiempo y persona.
 - b) Reconocimiento de personas y caras familiares.
 - c) Capacidad de desplazarse a lugares familiares.
- Incapacidad para realizar las tareas complejas.
- La negación es el mecanismo de defensa dominante.
- Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.

GDS-5 (Defecto cognitivo moderado-grave):

- El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia.
- No recuerda datos relevantes de su vida actual: dirección, teléfono, etc.
- Es frecuente cierta desorientación en tiempo: fecha, día, etc.
- Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2.
- Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros.
- Invariablemente sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos.
- No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados.

GDS-6 (Defecto cognitivo grave):

- Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa, de la que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir.
- Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.
- Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada pero muy fragmentario.
- Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.
- Puede ser incapaz de contar hasta diez hacia atrás y a veces hacia delante.
- Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas. Puede tener incontinencia o requerir.

ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares.

- El ritmo diurno está frecuentemente alterado.
- Casi siempre recuerda su nombre.
- Frecuentemente sigue siendo incapaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno.
- Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como:
 - a) Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa, o hablar con personas inexistentes o con su imagen en el espejo.
 - b) Síntomas obsesivos como actividades repetitivas de limpieza.
 - c) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta previamente inexistente.
 - d) Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo.

GDS-7 (Defecto cognitivo muy grave):

- Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas frases no hay lenguaje, únicamente gruñidos.
- Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación.
- Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas como la deambulación.
- El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que hay que hacer. Frecuentemente aparecen signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV DE DEPRESIÓN MAYOR

Basándose en los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), se definen 8 síntomas y criterios, junto a la sugerencia de algunas preguntas para los pacientes (Tabla 1). Dependiendo de las respuestas a las preguntas y de la duración de los síntomas, la depresión puede ser mayor o menor, o puede indicar simplemente una distimia (Melancolía, Tabla 2).

Codificación proceso: 311 Depresión (CIE9-MC).

TABLA 1: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV Y PREGUNTAS SUGERIDAS

Síntomas	Criterios diagnósticos DSM-IV	Preguntas sugeridas
Ánimo depresivo	Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días.	¿Cómo ha estado su ánimo últimamente?. ¿Con qué frecuencia ocurre esto?. ¿Cuánto dura?
Anhedonia	Marcado disminución del interés o placer en casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.	¿Ha perdido interés en sus actividades habituales? ¿Obtiene menos placer en cosas con las que solía disfrutar?
Alteraciones del sueño	Insomnio o hipersomnía casi todos los días.	¿Cómo ha estado durmiendo?. ¿Cómo lo compara con su sueño normal?
Cambios de peso o apetito	Cambios considerables en el apetito casi todos los días o pérdida no intencionada de peso o aumento de peso (>5% del peso corporal en un mes).	¿Ha tenido algún cambio en su apetito o peso?

Pérdida de energía	Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	Ha detectado una pérdida en su nivel de energía?
Aumento o descenso en la actividad psicomotora	Agitación o enlentecimiento psicomotriz casi cada día.	¿Se ha sentido inquieto o ha tenido problemas para sentarse tranquilo?. ¿Se siente enlentecido, como si se estuviera moviendo a cámara lenta o pesado?
Pérdida de concentración	Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día.	¿Ha tenido problemas para concentrarse?¿Le cuesta más tomar decisiones que antes?
Sentimientos de culpa o de inutilidad	Sentimientos de inutilidad o excesiva culpa casi cada día.	¿Se siente culpable o se culpabiliza por las cosas? ¿Cómo se describiría a sí mismo a alguien que nunca lo hubiera conocido antes?
Ideación suicida	Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.	¿Ha sentido que no merece la pena vivir o que estaría mejor muerto?. ¿Algunas veces cuando una persona se siente decaída o deprimida pueden pensar en morirse. ¿Ha tenido algún pensamiento como ese?

TABLA 2: CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS PARA LA DEPRESIÓN Y DISTIMIA (MELANCOLÍA) Y CRITERIOS PARA SU DIAGNÓSTICO

Categoría Diagnóstica	Criterios DSM-IV	Duración
Depresión Mayor	≥5 síntomas depresivos , incluyendo un estado de ánimo depresivo o anhedonia, que causan un deterioro significativo social, laboral o en otras áreas importantes de funcionamiento.	≥2 semanas
Depresión Menor	2 a 4 síntomas depresivos , incluyendo un estado de ánimo depresivo o anhedonia, que causan un deterioro significativo social, laboral o en otras importantes áreas de funcionamiento.	≥2 semanas
Distimia	3 ó 4 síntomas distímicos , incluyendo un estado de ánimo depresivo, que causa un deterioro significativo social, laboral o en otras importantes áreas de funcionamiento.	≥2 años

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK

Indicación:

Evaluación del riesgo suicida. En salud mental del hospital a domicilio se utiliza por parte del clínico que genera la propuesta de ingreso; se utiliza para evaluar la mejoría obtenida en dicho riesgo durante el ingreso.

Codificación proceso: 300.9 Riesgo de suicidio (CIE9-MC).
00150 Riesgo de suicidio (NANDA).

Administración:

Instrumento autoadministrado. Consta de 15 ítems, con respuestas SI, NO. Cada respuesta afirmativa suma un punto. La puntuación de la escala oscila entre 0 y 15.

Interpretación:

A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

Propiedades psicométricas:

Consistencia interna: $\alpha=0,90$; Fiabilidad test-retest: 0,89; Sensibilidad y especificidad del 88% para un punto de corte en 6.

ESCALA DE RS

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas trata sobre cosas que Ud ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SÍ" o "NO".

	SI	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		

8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Esta deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Ud separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

ESCALA DE RIESGO DE VIOLENCIA DE PLUTCHIK

Indicación: Escala diseñada para evaluar la existencia de sentimientos de agresividad y conductas violentas. En salud mental del hospital a domicilio se utiliza por parte del clínico que genera la propuesta de evaluación del riesgo de violencia por parte del clínico que generaba la propuesta de ingreso. A pesar de ser una escala validada para población española, su uso en hospital a domicilio ofrece dudas sobre su validez aparente y en la actualidad se está valorando la posibilidad de sustituirla.

Codificación proceso: 312.9 Riesgo de violencia (CIE9-MC).
00140 Riesgo de violencia autodirigida (NANDA).
00138 Riesgo de violencia dirigida a otros (NANDA).

Administración: Instrumento autoadministrado. Consta de 12 ítemes, de los cuales los nueve primeros hacen referencia a la presencia de conductas agresivas y se recoen en una escala qqe puntúa de 0 a 3. Los ítemes 10 y 11 se refieren a la existencia de antecedentes delictivosy el ítem 12 se refiere a la tenencia de armas, se puntúa 0-1(no o sí). La puntuación de la escala oscila entre 0 y 34.

Interpretación: A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 3.

Propiedades psicométricas: Consistencia interna: $\alpha=0,87$; Fiabilidad test-retest: 0,90; Sensibilidad del 74% y especificidad del 70% para un punto de corte en 3. Las puntuaciones de la escala disminuían en los grupos de edad avanzada.

ESCALA DE RV

INSTRUCCIONES: por favor, lea cada afirmación cuidadosamente e indique con qué frecuencia se siente de "esa manera, señalándolo en la columna indicada.

	Nunca	A Veces	A Menudo	Casi Siempre
1. ¿Se enfada con facilidad?				
2. ¿Se enfada continuamente con la gente?				
3. ¿Se enfurece sin motivo?				
4. Cuando se enfada,¿coge un arma?				
5. ¿Ha lastimado a alguien en alguna pelea?				

	Nunca	A Veces	A Menudo	Casi Siempre
6. ¿Ha lastimado o atacado alguna vez a algún familiar?				
7. ¿Ha pegado o atacado alguna vez a alguien que no sea familiar suyo?				
8. ¿Ha usado alguna vez un objeto para agredir a alguien?				
9. ¿Podría conseguir un arma con facilidad?				
10. ¿Cuántas veces ha sido Ud. detenido por delitos no violentos como irse de una tienda o falsificar documentos?				
11. ¿Cuántas veces ha sido Ud. detenido por delitos como robo a mano armada o agresión violenta?				
			SI	NO
12. ¿Guarda o colecciona armas en su casa y sabe cómo utilizarlos?				

SDI - INVENTARIO DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN

Indicación:

Evaluación de la discapacidad en pacientes de salud mental.

Codificación proceso: 1.1.1.2.2.1. Acciones de autodependencia (CIPE- α).

Administración:

Es una escala que puede ser autoadministrada o heteroadministrada. Los autores recomiendan usar la versión heteroadministrada en el caso de pacientes ingresados, analfabetos y en los que se sospeche que pueden falsear las puntuaciones.

Consta de 3 subescalas que se puntúan de forma independiente (discapacidad -3 ítems-, estrés percibido -1 ítem- y apoyo social percibido -1 ítem-).

Interpretación:

Proporciona 3 puntuaciones, una por cada escala. La puntuación de la escala de discapacidad se obtiene sumando las puntuaciones de todas ellas. Dado que cada ítem se puntúa con una escala tipo Likert de 0 a 10, la puntuación máxima de discapacidad global es de 50 puntos. No existen puntos de corte. A mayor puntuación, mayor discapacidad.

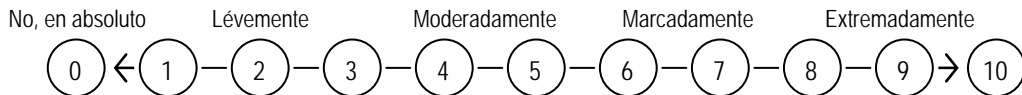
Propiedades psicométricas:

Consistencia interna: $\alpha=0,72$; Fiabilidad test-retest: en las diferentes subescalas $\geq 0,82$.

SDI - INVENTARIO DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN

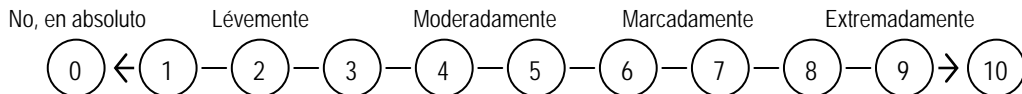
Trabajo

A causa de sus síntomas, su trabajo se ha visto perjudicado:



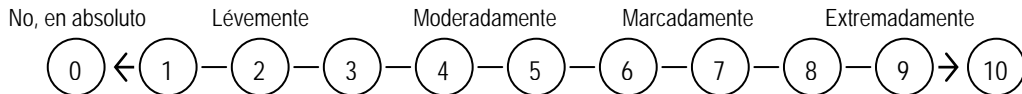
Vida social

A causa de sus síntomas, su vida social y sus actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas:



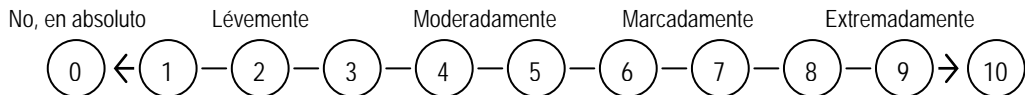
Vida familiar

A causa de sus síntomas, su vida familiar y sus responsabilidades domésticas se han visto perjudicadas:



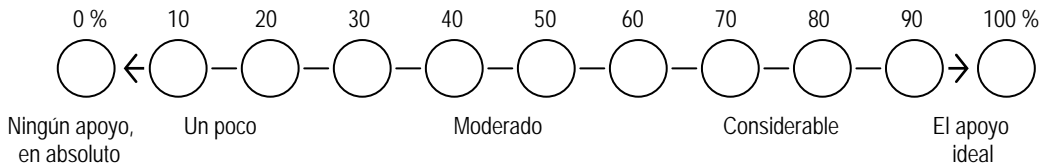
Estrés percibido

Durante la última semana ¿Cuánto le han dificultado la vida los eventos estresantes y los problemas personales como los problemas en el trabajo, en casa, de salud o económicos?



Apoyo social percibido

Durante la última semana ¿qué porcentaje de apoyo ha recibido de amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc., respecto al apoyo que ha necesitado?



ESCALA DE IMPRESIÓN CLINICA GLOBAL -CGI

Indicación:

En Salud Mental del Hospital a Domicilio se usa la versión heteroaplicada, tanto en la primera evaluación del paciente (ICG-GE) como al final del ingreso (ICG-MG) para describir el cambio experimentado por el paciente.

Administración:

Consta de dos subescalas que evalúan respectivamente, la gravedad del cuadro clínico y la mejoría del cuadro clínico debido a las intervenciones terapéuticas.

Interpretación:

Se trata de una escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre la gravedad del cuadro y sobre el cambio experimentado por el paciente con respecto al estado basal.

IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL (ICG)

IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL – GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD (ICG-GE)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. no evaluado
1. normal, no enfermo
2. dudosamente enfermo
3. levemente enfermo
4. moderadamente enfermo
5. marcadamente enfermo
6. gravemente enfermo
7. entre los pacientes más extremadamente enfermos

IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL – MEJORÍA GLOBAL (ICG-MG)

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos?
(Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento).

0. no evaluado
1. mucho mejor
2. moderadamente mejor
3. levemente mejor
4. sin cambios
5. levemente peor
6. moderadamente peor
7. mucho peor

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)

Indicación: Se utiliza en salud mental del hospital a domicilio, de forma semejante a la ICG a la cual complementa, tanto al inicio como al final del ingreso. Permite valorar la gravedad del paciente y su evolución dentro del programa. Resulta fácil de aplicar y supone una buena referencia dado su extenso uso en la Psiquiatría. Cabe recordar en este sentido que constituye el Eje V del diagnóstico multiaxial que propone la APA.

Administración: Instrumento heteroaplicado que evalúa el funcionamiento global de los pacientes a lo largo de un hipotético continuum de salud-enfermedad. Consta de un único ítem puntuado entre 1(expectativa manifiesta de su muerte) y 100 (actividad satisfactoria en una gama amplia de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas). García-Portilla y cols. (2006) señalan una importante crítica a esta escala ya que algunos de sus criterios operativos incorporan síntomas mezclándolos con la discapacidad. Estos autores proponen utilizar la escala de la Organización Mundial de la Salud que supera este inconveniente.

Interpretación:

Es una escala descriptiva que proporciona una puntuación única sobre al actividad del paciente. A mayor puntuación, mejor nivel de actividad.

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

100	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas.
91	Sin síntomas.
90	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
81	
80	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej. dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
71	
70	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
61	
60	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
51	
50	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier

41	alteración grave en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
31	
30	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
21	
20	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
11	
10	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
1	
0	Información inadecuada.

IV.- INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN COMPLEMENTARIA DEL PACIENTE TERMINAL

ESCALA DE RAMSAY (RAMSAY SEDATION SCORE)

Indicación: Valoración del estado de sedación del paciente.

Administración: Heteroadministrado.

Interpretación:

A través de 6 niveles evalúa el grado de sedación del paciente, sin embargo ofrece poca información a cerca de la calidad de la sedación (concepto que se fundamenta en el mantenimiento del paciente en el nivel de sedación considerado optimo durante todo el tiempo de tratamiento sedante).

Propiedades psicométricas: La escala Ramsay ha sido utilizada como patrón de oro para validar otros índices como el BIS (Bispectral Index Score). La escala de Ramsay nunca ha sido validada en si y los 6 niveles de sedación no son totalmente excluyentes. En niños la escala Ramsey se ha mostrado inadecuada para monitorizar la profundidad de sedación.

ESCALA DEL NIVEL DE SEDACION DE RAMSAY (RAMSAY SEDATION SCORE)

1. Ansioso y/o Agitado	
2. Colaborador, tranquilo y orientado	
3. Dormido, responde a ordenes verbales.	
4. Dormido, responde a ordenes enérgicas	
5. Dormido con respuesta sólo al dolor.	
6. Sin respuesta alguna	

SUPPORT TEAM ASSESSMENT SCHEDULE (STAS)

Indicación :

El STAS forma parte del sistema de monitorización y autoevaluación de la calidad asistencial prestada al paciente y su familia.. Se realiza al inicio del proceso que veremos a continuación, bien al final del proceso o al inicio del mismo y con periodicidad semanal hasta la muerte del enfermo. : Valoración del estado de sedación del paciente.

Administración: En el STAS son los propios profesionales implicados en la asistencia los que realizan una autoevaluación de 9 ítems, en la versión original consta de 7 ítems adicionales. Heteroadministrado. El problema y la necesidad de su mejora se puntúa sobre una escala de 5 puntos (0-4).

Se debe puntuar "9", si no es posible valorar un apartado, a fin de indicar la pérdida de esa valoración, por imposibilidad de puntuar. Se debe puntuar "8", si el apartado en cuestión no es apropiado. Indica que se trata de una situación diferente para ese caso y que no es posible adjudicar una puntuación. Ej. Puntuar la ansiedad de un familiar, cuando en realidad no hay familia. Puntuar "8" es diferente de puntuar "9", ya que no indica, la imposibilidad de puntuar, si no que la puntuación no es apropiada para ese apartado.

Revaloración: Con periodicidad semanal hasta la muerte del enfermo.

Interpretación:

Las puntuaciones altas sólo indican la existencia de muchos problemas, las puntuaciones bajas indican lo contrario.

Propiedades psicométricas: Los resultados de la validación se muestran como una medida válida de resultado desde la perspectiva del equipo de cuidados (Higginson, 1993). El instrumento se muestra más sensible a los cambios en las seis últimas semanas de vida que otras medidas de calidad de vida (Higginson,1994).El análisis de fiabilidad muestra una falta de consistencia en el uso entre los diferentes miembros del equipo; mientras que el análisis de validez muestra diferencias en las percepciones entre paciente, familia y el equipo de cuidados(Carson, 2000).

VALORACIÓN FINAL DEL EQUIPO (STAS)

	0	1	2	3	4
Control dolor					
Control otros síntomas					
Ansiedad del paciente					
Ansiedad de la familia					
Información del paciente					
Información de la familia					
Comunicación paciente - familia					
Comunicación entre profesionales					
Comunicación profesionales - paciente y familia					
TOTAL:					

Descripción de cada valor para cada ítem

CONTROL DEL DOLOR: Efecto del dolor sobre el paciente.

0 = Ninguno

1 = Molestia o dolor que aparece de forma ocasional. El paciente no está preocupado por el dolor.

2 = Malestar moderado, días malos de forma ocasional el dolor limita alguna actividad que es posible realizar dentro del contexto de la enfermedad.

3 = Dolor habitualmente presente. Las actividades y concentración están muy afectadas por el dolor.

4 = Dolor continuo, severo e insoportable. Imposibilidad de pensar en otras cosas.

CONTROL DE OTROS SÍNTOMAS: Efecto de otros síntomas sobre el paciente (excepto el dolor).

0 = Ninguno

1 = Molestia/s o síntoma/s que aparece/n de forma ocasional. El paciente desarrolla una actividad normal y el/los síntoma/s no le preocupan.

2 = Molestias moderadas, días malos de forma ocasional los síntomas limitan alguna actividad que es posible realizarla dentro del contexto de la enfermedad.

3 = Síntoma/s intensos habitualmente presente/s. Las actividades y concentración están muy afectadas por dichos síntoma/s.

4 = Síntoma/s continuo/s, severo/s e insoportable/s. Imposibilidad de pensar en otras cosas.

ANSIEDAD DEL PACIENTE :Efecto de la ansiedad sobre el paciente:

0= Ninguno

1= Preocupación por los cambios. No síntomas de ansiedad, ni físicos ni de comportamiento. La concentración no está afectada.

2= Estar a la espera de cambios o problemas: Preocupado, intranquilidad, imposibilidad de relajarse. Síntomas ocasionales de ansiedad, tanto físicos como de comportamiento.

3= Frecuentemente ansioso. Síntomas de ansiedad físicos y de comportamiento. Concentración, visiblemente afectada.

4= Completa y continuamente preocupado y ansioso. Imposibilidad de pensar en otras cosas.

ANSIEDAD DE LA FAMILIA: Efecto de la ansiedad sobre la familia:

0= Ninguno

1= Preocupación por los cambios. No síntomas de ansiedad, ni físicos ni de comportamiento. La concentración no está afectada.

2= Estar a la espera de cambios o problemas: preocupado, intranquilidad, imposibilidad de relajarse. Síntomas ocasionales de ansiedad, tanto físicos como de comportamiento.

3= Frecuentemente ansioso. Síntomas de ansiedad físicos y de comportamiento. Concentración visiblemente afectada.

4= Completa y continuamente preocupado y ansioso. Imposibilidad de pensar en otras cosas.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Conocimiento del paciente de su pronóstico:

0 = Completo conocimiento de su pronóstico.

1 = Pronóstico sobre o infla estimado, más de un 200%. Ej. : pensar que el pronóstico es de 6 meses cuando lo más posible es que sea de 2 ó 3.

2 = Larga supervivencia o duda sobre que no va a curarse. Ej. : Algunos mueren de esta enfermedad, espero que en mi caso esto no sea así.

3 = Irrealista. Ej. : Esperar volver al trabajo y a una actividad normal durante un año, cuando el pronóstico es sólo de 3 meses.

4 = Esperar curarse completamente.

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA Conocimiento del pronóstico por la familia:

0 = Completo conocimiento del pronóstico.

1 = Pronóstico sobre o infla estimado más de un 200%. Ej.: pensar que el pronóstico i meses cuando lo más posible es que sea de 2 ó 3.

2 = Larga supervivencia o duda sobre que no va a curarse. Ej.: Algunos mueren de esta enfermedad, espero que en su (del paciente) caso no sea así.

3 = Irrealista. Ej. : Esperar que el paciente vuelva al trabajo y a una actividad normal durante un año, cuando el pronóstico es sólo de, 3 meses.

4 = Esperar que el paciente se cure completamente.

COMUNICACIÓN ENTRE EL PACIENTE Y SU FAMILIA Comunicación franca y fácil entre el paciente y la familia

0 = Comunicación fácil y honesta, verbal y no verbal.

1 = Comunicación fácil en algunas ocasiones o con algunos miembros de la familia, o, algunas veces con el compañero/a o cónyuge.

2 = Situación conocida, pero la comunicación no satisface al paciente y/o familia que entienden que algunos aspectos importantes no se hablan suficientemente.

3 = Distanciamiento, se evita hablar de temas comprometidos.

4 = Fingir.

COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES Rapidez y fiabilidad de la información comunicada entre los profesionales implicados en la asistencia:

0 = Mensajes detallados y correctos a todos los involucrados, en el mismo día.

1 = Mensajes correctos entre los profesionales clave. Pequeñas inexactitudes y retrasos entre los otros profesionales.

2= Pequeños cambios en el manejo que no son comunicados/ cambios importantes demorados más de un día entre los profesionales clave.

3 = Retraso de varios días (hasta 1 semana) en comunicar cambios importantes. Ej. Entre el hospital y el médico de cabecera.

4 = Retrasos importantes o no comunicación. El profesional responsable desconoce si otros profesionales visitan al paciente y cuando lo hacen.

COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES CON EL PACIENTE Y FAMILIA Calidad y cantidad de la información suministrada al paciente y la familia cuando ésta es solicitada.

0 = Información completa. El paciente y la familia no tienen ninguna dificultad en preguntar.

1 = Información suministrada pero no claramente comprendida.

2 = La información es suministrada bajo demanda; el paciente y/o la familia desearían que fuera mas extensa y precisa.

3 = Evasiva, se evita la realidad o algunas preguntas.

4 – Se evita responder preguntas o hacer visitas/ se da una información incorrecta que molesta al paciente y familia.

CLASIFICACIÓN DE EDMONTON PARA EL DOLOR PRODUCIDO POR EL CÁNCER

Indicación :

El Sistema de Clasificación Edmonton para proporcionar un sistema de clasificación clínica para el dolor producido por el cáncer,

El sistema incluye los factores pronósticos conocidos para la respuesta al tratamiento.

El sistema es exacto a la hora de predecir los resultados de los pacientes con dolor debido al cáncer.

También puede resultar útil para la estratificación de los pacientes antes de la randomización en las pruebas clínicas, con el fin de garantizar el equilibrio en la distribución de los diferentes tratamientos.

Administración:

Heteroadministrado. Para clasificar el dolor, inicialmente se consideraron 7 categorías:

A.- MECANISMO DEL DOLOR.

Se ha sugerido que los pacientes con dolor neuropático por lesión de un nervio tienen menor probabilidad de mejora con el tratamiento farmacológico y no farmacológico. Ocurre lo mismo en el dolor de tipo mixto.

A1: Dolor Visceral: dolor en el que se implican vísceras (p. Ej. metástasis hepáticas) y usualmente se describe como no bien localizado. Ocasionalmente puede producir calambres (espasmo vesical, biliar).

A2: Tejidos blandos – óseos: generalmente descrito como un dolor que afecta al hueso o a un área de tejidos blandos, agravado con la presión o el movimiento y bien localizado.

A3: Dolor Neuropático: dolor localizado en la zona del nervio que ha sido lesionado asociado o no a déficit motor o sensorial, cambios autonómicos, parestesias o episodios de dolor paroxístico. Suele tener características quemantes o eléctricas.

A4: Dolor Mixto: se aplica esta categoría cuando se identifican componentes de dolor neuropático y no neuropático.

A5: Desconocido: cuando después de hacer la historia clínica, examen físico y técnicas de imagen, el mecanismo del dolor continua siendo incierto.

B.- CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR.

La intensidad, duración, localización o irradiación no se correlacionan con las diferentes respuestas al tratamiento.

Una de las características que ha sido asociada con una pobre respuesta a los analgésicos es el inicio con alguna maniobra o el llamado dolor incidental.

B1: Dolor no incidental: dolor que no se modifica con el movimiento.

B2: Dolor Incidental: el dolor se agrava de repente con los movimientos, la deglución, la defecación o la micción.

El control del dolor suele ser excelente cuando el paciente permanece inmóvil o se abstiene de realizar las maniobras que causan dolor.

C.- EXPOSICIÓN PREVIA A OPIOIDES.

Aunque hay varios tipos de analgésicos opioides, pueden calcularse las dosis equivalentes utilizando tablas.

No hay evidencia de que un opioide sea significativamente mejor que otro para un determinado tipo de dolor.

La dosis previa de opioide que recibe el paciente se consideró inicialmente con implicaciones pronósticas. Se consideraron 3 dosis.

C1: Menos de 60 mg de la dosis equivalente de morfina oral/ día: incluye a pacientes que reciben opioides débiles o analgésicos no opioides.

C2: De 60 a 300 mg de la dosis equivalente de morfina oral/ día: este grupo incluye a la mayoría de pacientes que reciben opioides mayores para el dolor.

C3: Más de 300 mg de la dosis equivalente de morfina oral/ día: este grupo incluye pacientes que reciben altas dosis orales o parenterales.

D.- FUNCIÓN COGNITIVA.

Evidencias recientes han sugerido que el fallo cognitivo es muy frecuente en pacientes con cáncer. La presencia de fallo cognitivo puede dificultar la evaluación del dolor y la respuesta analgésica y esto es particularmente importante en la investigación clínica.

D1: Función Cognitiva normal.

D2: Función Cognitiva alterada: cuando el paciente presenta alterada alguna función mental, no es fiable la evaluación del dolor.

E.- DISTRESS PSICOLÓGICO.

El grado de distress psicológico puede ser un factor pronóstico importante. La depresión mayor, la ansiedad o la hostilidad pueden tener un tratamiento difícil.

E1: No distress psicológico.

E2: Distress Psicológico :pacientes con somatización solo, o somatización asociada con depresión, ansiedad, hostilidad o alteración neurótica severa, en los que es difícil aliviar el dolor.

F.- TOLERANCIA.

La necesidad de incrementar la dosis de opioide puede deberse a tolerancia farmacológica (relacionada con los cambios del nivel de receptor) o por incremento del dolor.

F1: Aumento menor al 5 % de la dosis inicial /día: estos pacientes pueden ser tratados con ajustes de dosis semanales.

F2: Aumento del 5% o mas de la dosis inicial/día: los pacientes necesitan aumento de dosis varias veces a la semana. En estos pacientes la tolerancia puede ser un problema serio de manejo.

G.- HISTORIA DE ADICCIÓN PASADA.

Una historia pasada de personalidad adictiva, con adicción demostrada a alcohol o drogas puede predisponer al paciente a la adicción a opioides cuando se administran para el tratamiento del dolor. La evaluación del dolor y la respuesta al tratamiento es muy difícil en estos pacientes.

G1: Historia negativa de alcoholismo o adicción a drogas.

G2: Historia positiva de alcoholismo o adicción a drogas.

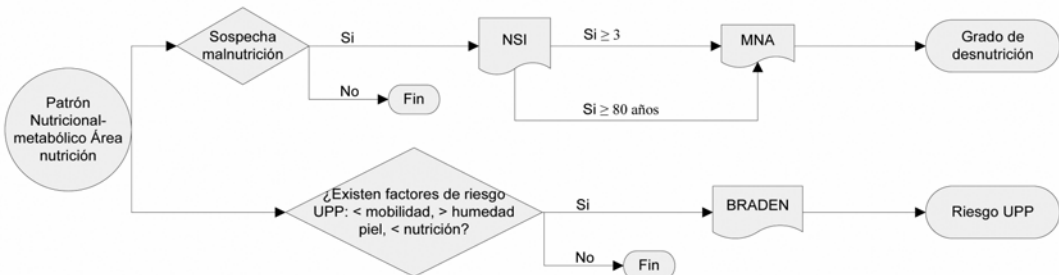
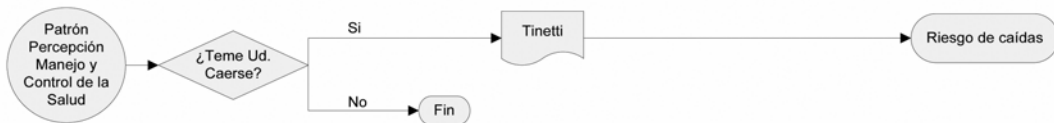
Interpretación:

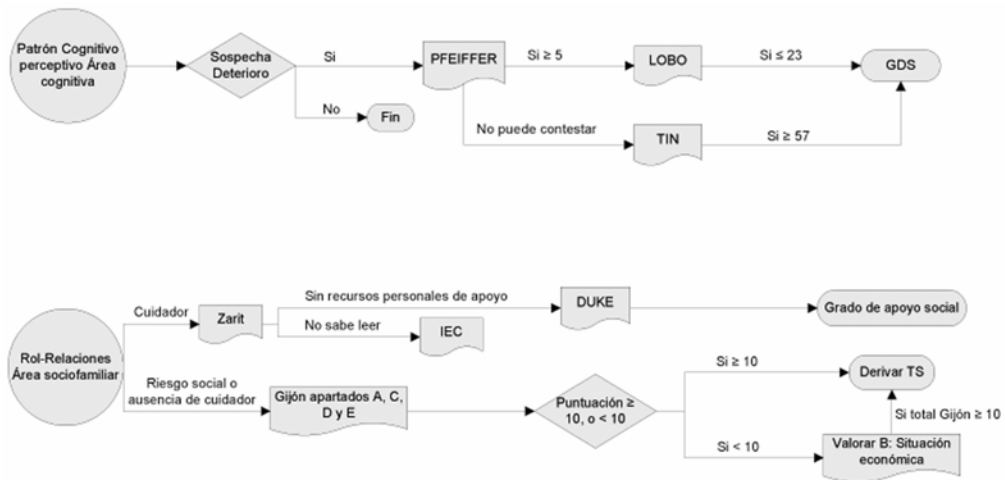
Actualmente se propone mantener el sistema de clasificación con 5 categorías y 2 estadios:

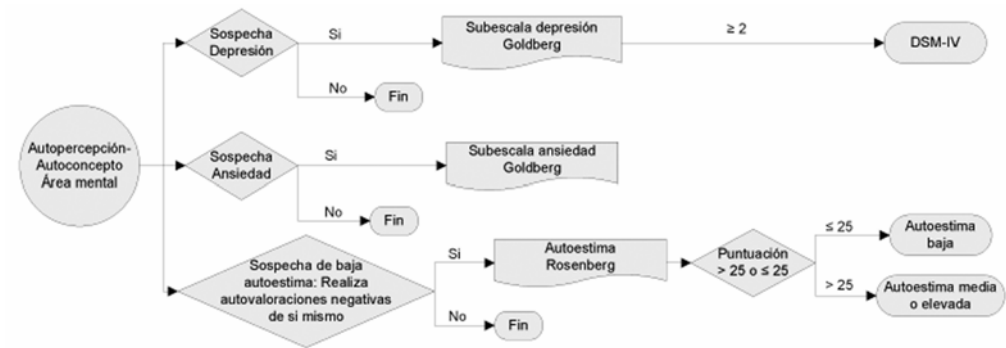
Estadio 1: BUEN PRONÓSTICO (A1, B1, E1 F1, G1, A2.) Sin dolor la mayoría del tiempo y con necesidad de dos o menos dosis de rescate por día.

Estadio 2: MAL PRONÓSTICO (A3, A4, A5, B2, E2, F2, G2) Dolor leve- moderado o severo la mayor parte del tiempo con necesidad de tres o mas dosis de rescate por día.

V.- ALGORITMO: USO DE LAS ESCALAS EN LA VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD







BIBLIOGRAFÍA ESCALAS

TINNETTI –EVALUACIÓN DE LA MARCHA Y EL EQUILIBRIO

- John A. Hartford. Center of Excellence for Geriatrics Education [Sitio de internet] Administration of the Tinetti Balance & Gate. Disponible en : http://geriatrics.uthscsa.edu/educational/med_students/tinetti_admin.htm . Consultado [4 de agosto 2006].
- Maki BE, Holliday PJ, Topper AK. Fear of falling and postural performance in the elderly. *J Gerontol.* 1991 Jul;46(4):M123-31.
- Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R. Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *Am J Med.* 1986 Mar;80(3):429-34.
- Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med.* 1988 Dec 29;319(26):1701-7.
- Tinetti ME, Mendes de Leon CF, Doucette JT, Baker DI. Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. *J Gerontol.* 1994 May;49(3):M140-7.

NSI

- Bartholomew CM, Burton S, Davidson LA. Introduction of a community nutrition risk assessment tool. *Br J Nurs;* 12(6):351-8, 2003 Mar 27- Apr 9.
- Bonnel W. Nutritional health promotion for older adults, where is the content?. *J Am Acad Nurse Pract;* 2003 May. 15(5):224-9.
- Casimiro C, García-de-Lorenzo A, Usán L. Prevalence of decubitus ulcer and associated risk factors in an institutionalized Spanish elderly population. *Comment In: Nutrition.* 2002 May;18(5):437-8.
- Crogan NL, Corbett CF, Short RA. The minimum data set: predicting malnutrition in newly admitted nursing home residents. *Clin Nurs Res.* 2002; 11(3):341-53.
- Dwyer J. A vital sign: progress and prospects in nutrition screening of older Americans. *Aging* 1993 Apr; 5(2 Suppl 1):13-21.

- Dwyer JT. Screening older american's nutritional health: current practices and future possibilities. Washington: Nutrition Sreening Initiative; 1991
- Haney P. A nutritional care primer for the elderly home care patient. *Caring*. 2003 Jan; 22(1):24-8,
- Mitchell DC, Smiciklas-Wright H, Friedmann JM, Jensen G. Dietary intake assessed by the Nutrition Screening Initiative Level II Screen is a sensitive but not a specific indicator of nutrition risk in older adults. *J Am Diet Assoc* 2002 Jun; 102(6):842-4.
- Perry L. Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part two: Detailed evaluation of the tool used by nurses. *J Clin Nurs* 2001 Jul; 10(4):474-81,
- Posner BM, Jette AM, Smith KW, Miller DR. Nutrition and health risks in the elderly: the nutrition screening initiative. *Am J Public Health* 1993 Jul; 83(7):972-8.

BRADEN - BERGSTROM

- Bermejo Caja C, Beamud Lagos J, Puerta Calatayud M, de la Ayuso Gil M, Martín Iglesias ME, Martín et al. Fiabilidad interobservadores de dos escalas de detección del riesgo de formación de úlceras por presión en enfermos de 65 o más años. *Enferm Clínica* 1998 nov-dic; 8(6):242-247.
- Bernal MC, Curcio CL, Chacón JA, Gómez JF, Botero AM. Validez y fiabilidad de la escala de Braden para predecir riesgo de úlceras por presión en ancianos. *Revista Española de Geriátria y Gerontología* 2001; 36: 267-271.
- Bergquist S, Frantz R. Braden scale: validity in community-based older adults receiving home health care. *Appl Nurs Res* 2001; 14(1): 36-43.
- Bergstrom, Nancy; Braden, Barbara; Kemp, Mildred; Champagne, Mary; Ruby, Elizabeth. Predicting Pressure Ulcer Risk: A Multisite Study of the Predictive Validity of the Braden Scale. *Nursing Research* September/October 1998; 47(5):261-269.
- Bergstrom N, Demuth PJ, Braden BJ. A clinical trial of the Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nurs Clin North Am* 1987 Jun;22(2):417-28.
- Braden BJ, Bergstrom N. Clinical utility of the Braden scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Decubitus* 1989 Aug;2(3):44-6, 50-1.

- Braden BJ, Bergstrom N. Predictive validity of the Braden Scale for pressure sore risk in a nursing home population. *Res Nurs Health*1994; 459-470.
- Harrison MB, Wells G, Fisher A, Prince M. Practice guidelines for the prediction and prevention of pressure ulcers: evaluating the evidence. *Appl Nurs Res*1996; 9(1):9-17.
- Moreno Pina P, Richard M, Guirao-Goris JA, Duarte G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una Úlcera por Presión. [En prensa].
- Ramundo JM. Reliability and validity of the Braden Scale in the home care setting. *Journal Wound Ostomy Continence Nurs*1995; 22(3):128-134
- Torra i Bou, Joan Enric . Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión. Escala de Braden. *Rev Esp Enfermería*1997; 224:23-30

ÍNDICE DE BARTHEL

- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *Md Med J* 1965; 14: 61-65.
- Cid-Ruzafa J, Damian-Moreno, J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Publica Mar./Abr. 1997; 71(2):127-137.*
- Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993; 28: 32-40

LAWTON

- Barberger-Gateau P, Chaslerie A, Dartigues JF. Health measures correlates in a French elderly community population: the PAQUID study. *Journal of Gerontology & Social sciences* 1.992; 47(2): 588-95.
- Baztán JJ, González JI, Del Ser T. Escalas de actividades de la vida diaria. En: Del Ser T, Peña-Casanova J. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona, 1.994. J. R. Prous Editores: 137-64.

- Evaluación de las actividades de la vida diaria. En: Montorio I. La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales e INSERSO;1994. p. 43-69.
- Kane RA, Kane RL. "valuación de las necesidades en los ancianos. Barcelona: Fundación Caja Madrid, SG Editores; 1993. p 39-67.
- Kane RA, Kane RL. Assessing the elderly. A practical guide to measurement. Lexington, Lexington Books, 1.981.
- Lawton MP y Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179-86.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179-186.
- Valderrama E, Pérez Del Molino J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. Rev Esp Geriatr Gerontol 1997; 32 (5): 297-306.

EVAA

- Belenguer Tarín MV, Aliaga Abad F. Autonomía funcional y ocupación del tiempo libre en personas mayores. Rev ROL Enferm. 2000 mar; 23(3):231-234.
- Pedraza M, Germán Bes C, Luna JD, Arana M, Peralta M, Pedrosa R y col. Autonomía funcional en ancianos: evaluación de un instrumento de medida. Rev ROL Enferm. 1992 dic;172:15-19.
- Pedraza M, Germán Bes C, Luna JD, Arana M, Peralta M, Pedrosa R y col. E.V.A. Escala de valoración de la autonomía funcional para el autocuidado. Index Enferm. 1992 verano; 1(2):35-39.

RANKIN MODIFICADA

- Rankin J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. 2. Prognosis. *Scott Med J* 1957;2:200-215
- Swieten JC van, Koudstaa PJ I, Visser MC, Schouten HJ, Gijn J van. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. *Stroke* 1988;19:604-607
- Guías de Actuación Clínica: Atención Primaria de la Comunidad Valenciana . Subsecretaría per a l'Agència Valenciana de la Salut . - 1ª. ed - Valencia : Conselleria de Sanitat; 2002 .

PFEIFFER

- Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) par detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin 2001 ; 117(4) :129-34.
- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975 ; 23 (10) :433-41
- Sano M, Mackell JA, Ponton M, Ferrerira P, Wilson J, Paluczyk S, Pfeiffer E. et al. The spanish instrument protocol : design and implementation of a study to evaluate treatment efficacy instruments for spanish speaking patients with Alzheimer's disease. The Alzheimer Disease Cooperative Study. Alzheimer Dis Asso Disord 1997 ;11 suppl 2 :57-64.

TIN CORTO

- Jorm AF, Jacomb PA. The informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. Psychol Med 1989; 19(4):1015-22.
- Jorm AF. A short form of the informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation [published erratum appears in Psychol Med 1995 Mar; 25(2):437] Psychol Med 1994; 24(1):145-53.
- Morales JM, González Montalvo JL, Del Ser T, Bermejo F. Validation of the S-IQCODE: the spanish version of the informant questionnaire on cognitive decline in the elderly. Arch Neurobiol 1992; 55(6): 262-6.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - VAS

- Ahles TA, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. Cancer-related pain--II. Assessment with visual analogue scales. J Psychosom Res 1984;28(2):121-4.
- Banos JE, Bosch F, Canellas M, Bassols A, Ortega F, Bigorra J. Acceptability of visual analogue scales in the clinical setting: a comparison with verbal rating scales in postoperative pain. Methods Find Exp Clin Pharmacol 1989 Feb;11(2):123-7.
- Bijur PE, Silver W, Gallagher EJ. Reliability of the Visual Analog Scale for Measurement of Acute Pain. Acad Emerg Med 2001; 8(12):1153-1157.

- Breivik EK, Bjornsson GA, Skovlund EA. Comparison of Pain Rating Scales by Sampling From Clinical Trial Data. *Clinical Journal of Pain* March 2000; 16(1):22-28.
- Ferraz MB, Quaresma MR, Aquino LR, Atra E, Tugwell P, Goldsmith CH. Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1990 Aug;17(8):1022-4
- Hiskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974;2:1127-1131
- Lázaro C, Caseras X, Torrubia R, Baños JE. Medida del dolor postoperatorio: análisis de la sensibilidad de diversos instrumentos de autovaloración. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2003; 50: 230-236
- Lundeberg T, Lund I, Dahlin L et al. Reliability and responsiveness of three different pain assessments *Journal of Rehabilitation Medicine* 2001; 33(6): 279 – 283
- Paice J Cohen F. Validity of a verbally administered numeric rating scale to measure cancer pain intensity. *Cancer Nursing* 1997; 20(2):88-93

APGAR FAMILIAR

- Badía X, Salamero M, Alonso J. *La Medida de la salud.*(3ª ed). Barcelona: Edicmac. 2002.
- Bellón JA, Delgado A, Luna del Castillo J. Validez y fiabilidad de cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria* 1996; 18:289-296.
- Casarrubios E, Lareo J, Arribas JM. Uso del índice Apgar familiar en medicina familiar: medida de la disfunción familiar inducida por alcohol. Experiencia inicial de 201 pacientes. *Medicina Clínica* 1988; 91:732-735.
- De la Revilla L, Fleitas L, Cavaille E. La influencia de las condiciones socioeconómicas y culturales en la función familiar. *Atención Primaria* 1990; 7:710-712.
- Hilliard R, Gjerde C, Parker L. Validity of two psychological screening measures in family practice: personal inventory and Family Apgar. *Journal of Family Practice* 1986; 23: 345-349.
- Smilkstein G. The family Apgar: a proposal of a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice* 1978; 6:1231 -1239.
- Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family Apgar as a test of family function. *Journal of Family Practice* 1982; 15:303-311.

ZARIT

- Brislin RW. Translation and content analysis of oral and written material. En: Triandis HC, Berry JW (eds). Handbook of cross-cultural psychology methodology. Boston: Allyn & Bacon Inc;1980.
- Brislin RW, Lonner WJ, Thorndike RM. Cross-Cultural Research Methods. Nueva York: John Wiley & Sons Inc. 1973.
- EDIS . Situación de los ancianos en Navarra. Los familiares que cuidan ancianos. Madrid: EDIS;1985.
- Gatz M, Bengtson VL, Blurn MJ. Caregiving families. En: Birren JE & Schale KW (eds). Handbook of the psychology of aging. 3ªed. Nueva York: Academic Press;1990. p 405-26.
- Karno M, Burnam MA, Escobar JI. Development of the Spanish-language version of the National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule. Arch Gen Psychiatry 1983; 40:1183-8
- Zarit SH, Dithel RC, Malonebeach EE. Spouses as caregivers: Stress and interventions. En: Goldstein MZ (ed.). Family involvement in the treatment of the frail elderly. Washington DC: American Psychiatric Press;1989.p 23-62.
- Zarit Sh, Reeve Ke, Bach-Peterson J . Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. Gerontologist 1980; 20:649-654.

ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

- López Alonso SR, Moral Serrano MS. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. Enferm Comun 2005; 1(1). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_12-17.php> [Consultado el 3 de agosto de 2006].
- Robinson BC. Validation of a Caregiver Strain Index. Journal of Gerontology 1983; 38(3): 344-8.
- Gómez-Ramos MJ, González-Valverde FM. El cuidador del paciente con demencia: aplicación del test Índice del Esfuerzo del Cuidador. Rev Esp Geriatr Gerontol 2004; 39(3): 154-9.
- Roca Roger M, Úbeda Bonet I, Fuentelsaz Gallego C, López Pisa R, Pont Ribas A, García Viñets L, Pedreny Oriol R. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. Aten Primaria 2000; 26(4): 217-223.
- Moral Serrano MS, Juan Ortega J, López Matoses MJ, Pellicer Magraner P. Perfil de riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio Aten Primaria 2003; 32(2): 77-87.

DUKE- UNK

- Bellón JA, Delgado A, de Dios J. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UK-11. Atención Primaria 1996;18:17-31.
- Broadhead WE, Gehlbach SH, De Gruy Fw. The Duke-UNK Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in Family Medicine patients. Medical Care 1998; 26:709.
- De la Revilla L, Bailón E, de Dios J et al. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. Atención Primaria 1991; 9:688.
- De la Revilla L, Marcos B, Castro JA et al. Percepción de salud, apoyo social y función familiar en VIH positivo. Atención Primaria 1994; 13:161-164.

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR GIJÓN

- Díaz Palacios, ME; Domínguez Puente, O; Toyos García, G. Resultados de la aplicación de una escala de valoración sociofamiliar en Atención Primaria. Rev Esp Geriatr Gerontol 1994; 29(4):239-245
- García González JV, Díaz Palacios A, Salamea García D, Cabrera González A, Menéndez Caicoya A, Fernández Sánchez A, Acebal García V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Atención Primaria 1999. 23(7):434-440

GOLDBERG

- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detecting anxiety and depression in general medical settings. Br Med J 1988; 97: 897-899.
- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. Br Med J (ed. esp.) 1989; 4(2): 49-53
- Vázquez Barquero JL, Díez Manrique JF, Peña C, Aldama J, Samaniego C, Menéndez J & Mirapeix C. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. Psychological Medicine 1987; 17: 227-241

- Regier D, Boyd J, Burke J, Rae D, Myers J, Kramer M, Robins L, George L, Karno M & Locke B. One month prevalence of mental disorders in the United States.: based on five epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 977-986
- Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993; 12: 345-349.
- Barreto P, Corral ME, Muñoz J et al. Percepción de malestar psíquico por el médico en un área básica de salud. *Aten Primaria* 1998; 22: 491-496.
- Martínez R, Baylín A, Ortiz MF. ¿Podemos detectar trastornos mentales en atención primaria? Utilidad y concordancia de dos instrumentos diagnósticos. *Aten Primaria* 1999; 23: 285-288.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

- Andrade D, Angerami ELS. A auto-estima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou de palato. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 novembro-dezembro; 9(6):37-41.
- Baños RM, Guillen . Psychometric characteristics in normal and social phobic samples for a Spanish version of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychological Reports* 2000; 87: 269-274.
- Cuestionarios, test y tablas. Agenda 2004 Asociación de Enfermería Comunitaria.
- Curbow, B. y Somerfield, M. (). Use of Rosenberg Self-Esteem Scale with Adult Cancer Patients. *Journal Of Psychosocial Oncology* 1991; 9 (2):113-131.
- Oliva, A. y Parra. A. (). Autonomía emocional durante la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje* 2001; 24 (2): 181-196.
- Rosemberg MJ. Attitude organization and change. New Haven. Yale University Press; 1960.
- Rosemberg MJ. Society in the adolescent self-image. Princeton University Press; 1965.
- Rosemberg, M. La autoimagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires: Paidós; 1973.

MNA

- Bleda MJ, Bolibar I, Parés R, Salvà A. Reliability of the mini nutritional assessment (MNA) in institutionalized elderly people. *J Nutr Health Aging*; 6(2):134-7, 2002.

- Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ.. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology* 1994;. Supplement #2:15-59.
- Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y , editors. Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Programme,vol. 1. Karger, Bâle, in press.

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

- Bermejo F, Morales JM, Valerga C, del Ser T, Artolazabal J, Gabriel R. A comparison between 2 abbreviated Spanish versions of mental status assessment in the diagnosis of dementia. Study data on elderly community residents. *Med Clin (Barc)* 1999; 112(9):330-4.
- Bermejo F. et al., Curso de Neurogeriatria para médicos de Atención Primaria. Ergon Madrid 2002.
- Contel J.C et al. Atención Domiciliaria Organización y practica. Springer. Barcelona 1999.
- Demencias. Semfyc, Barcelona 1999
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental State":A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res.* 1975;19:189-198.
- Gimenez Roldan S, Novillo MJ, Navarro E, Dobato JL, Gimenez-Zuccarelli M. Mini-mental state examination: proposal of protocol to be used. *Rev Neurol* 1997;25:576-583.
- Guijarro et al Grandes Síndromes Geriátricos. SEGG Ferrer Internacional Barcelona 1995
- Ham R.J. Atención Primaria en Geriatria.. Mosby/ Doyma libros. Barcelona 1996.
- How is demencia diagnosed, *Alzheimer.org.uk* 2003-04-20
- Lobo A, Sanz P, Marcos G, Díaz JL, de la Camara C, Ventura T, Morales Asin F, Fernando Pascual L, Montanes JA, Aznar S. Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Ex-amination) in the general geriatric population. *Med Clin.* El "Mini - Mental State Examination" en español (Barc) 1999, 112(20):767-74.
- Newsletter psiquiatria, Trastornos psíquicos en la tercera edad. Hoechst Barcelona 1985
- Perlado F., Test mentales en Geriatria. Heraldo de Aragón 1987

- Saiz Ruiz J., Manual de Psicogeriatría clínica, ed Masson. Barcelona 2000.
- Tufts-New England Medical Center. Nenc.org. 2003-04-20.

GDS

- Bermejo F. et al., Curso de Neurogeriatría para médicos de Atención Primaria. Ergon Madrid 2002.
- Guijarro et al Grandes Síndromes Geriátricos. SEGG Ferrer Internacional Barcelona 1995
- Ham R.J. Atención Primaria en Geriatría.. Mosby/ Doyma libros. Barcelona 1996.
- How is demencia diagnosed, Alzheimer.org.uk 2003-04-20
- Peña-Casanova J, Aguilar M, Bertran-Serra I, Santacruz P, Hernández G, Insa R, Pujol A, Sol JM, Blesa R. Normalization of cognitive and functional assessment instruments for dementia (NORMACODEM) (I): objectives, content and population (see comments). Neurología 1997Feb; 12(2): 61-8.
- Perlado F. Test mentales en Geriatría. Heraldo de Aragón 1987
- Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry 1982; 139(9): 1136-9.
- Reisberg B, Sclan SG, Franssen E, et al. Clinical stages of normal aging and Alzheimer's disease: the GDS staging system. Neuroscience Research Communications 1993; 13(suppl 1):551-554.
- Reisberg B. Ferris SH. Brief Cognitive Rating Scale (BCRS). Psychopharmacol Bull 1988; 24:629-636.
- Reisberg B. Functional Assessment Staging (FAST). Psychopharmacol Bull 1988; 24:653-659.
- Sellers MA, Pérez L, Cacabelos R. Evaluación neuropsicológica de la demencia senil en atención primaria. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1997 Mar; 4(3): 150-173.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV DE DEPRESIÓN MAYOR

- JJ Williams et al. [Is this patient clinically depressed?](#) JAMA 2002; 287: 1160-1170.
- Bandolier. [Finding depression in primary care \[May 2002: 99-6\]](#) disponible en [<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band99/b99-6.html>] consultado e12 de agosto de 2004

ESCALA DEL RIESGO SUICIDA DE PLUTCHIK

- Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Salvador M, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61:143-152.
- Plutchik R, van Praag HM, Conte HR, Picard S. Correlates of suicide and violent risk, I: The suicide risk measure. Compr Psychiatry 1989; 30: 143-152.

ESCALA DEL RIESGO DE VIOLENCIA DE PLUTCHIK

- Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo de violencia de Plutchik en población española. Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61: 143-152.
- Plutchik R, van Praag HM. A self-report measure of violence risk, II. Compr Psychiatry 1990; 31: 307-316.

SDI INVENTARIO DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN

- Bobes, J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Barcelona : Psiquiatría Editore, 2003.
- Bobes J, Badía X, Luque A, García M, González MP, Dal-Ré, y el Grupo de Validación en Español de Cuestionarios de Evaluación de la Fobia Social. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale, y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. Med Clin (Barc) 1999; 112: 530-538.
- The measurement of disability. The measurement of disability. Int Clin Psychopharm 1996; 3 (Supl): 89-95
- Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. Int Clin Psychopharmacol 1996; 11 (Suppl 3): 89-95.

IMPRESIÓN CLINICA GLOBAL –CGI

- Guy W. Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU). Assessment Manual. Rockville, National Institute Mental Health, 1976.
- Betch P. Rating Scales fo Psychopathology, Health Status, and Quality of Life. Berlin:Springer-Verlag, 1993; 33-35.

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)

- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Cuarta Edición, Texto Revisado. Barcelona, Masson, S.A, 2002.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Arch Gen Psychiatry 1976; 33: 766-771.

ESCALA DE SEDACIÓN DE RAMSEY

- Ramsay M, Savege T, Simpson BR, Goodwin R. Controlled sedation with alphaxolone-alhadolone. BMJ 194; 2(920): 656-659.
- Aneja R, Heard AM, Fletcher JE, Heard CM. Sedation monitoring of children by de bispectral Index in the pediatric intensive care unit. Pediatric Critical Care Medicine. 2003. 4(1):60-4.
- Mondello E, Silitti R, Noto G, Cuzzocrea E, Scollo G, Trimarchi G, Venuti FS. Bispectral Index in ICU: correlatio with Ramsay Score on assessment of sedation level. Journal of Clinical Monitoring & Computing, 2002. 17(5):271-7.

STAS

- Cooper J, Hewison A. Implementing audit in palliative care: an action research approach. Journal of Advanced Nursing 2002 Aug; 39(4):360-9,.
- Carson MG, Fitch MI, Vachon ML. Measuring patient outcomes in palliative care: a reliability and validity study of the Support Team Assessment Schedule. Palliative Medicine 2000; 14(1):25-36, Jan.
- Edmonds PM, Stuttaford JM, Penny J, Lynch AM, Chamberlain J. Do hospital palliative care teams improve symptom control? Use of a modified STAS as an evaluation tool. Palliative Medicine 1998. 12(5):345-51, Sep.

- Higginson IJ. McCarthy M. A comparison of two measures of quality of life: their sensitivity and validity for patients with advanced cancer. *Palliative Medicine* 1994; 8(4):282-90, Oct.
- Higginson IJ. McCarthy M. Validity of the support team assessment schedule: do staffs' ratings reflect those made by patients or their families?. *Palliative Medicine* 1993; 7(3):219-28,
- Jane Ingham and Russell K. Portenoy . The measurement of pain and other symptoms. En *Oxford textbook of palliative care*. Second edition. Edited by Derek Dvle Geoffrey W. C. Hanks and Neil MacDonald. New York 1998.

EDMONTON

- Bruera E, Macmillan K, Hanson J, Macdonald RN. The Edmonton staging system for cancer pain: preliminary report. *Pain* 1989; 37: 203 – 209
- Pereira J, Bruera E. Escalas de Valoración utilizadas por el programa de Cuidados Paliativos de Edmonton. : Manual de cuidados Paliativos de Edmonton. Alberta 1997; (traducción de Osakidetza) p: 89 – 91.
- Portenoy RK, Hagen NA. Breakthrough pain definition, prevalence and characteristics. *Pain* 1990; 41: 273-281.
- Bruera E, Schoeller T, Wenk R et al. A prospective multicenter assessment of the Edmonton Staging System for Cancer Pain. *J of Pain and Sympnt Manag* 1995; 5: 348-355.

-
- ¹ Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assesment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993;342:1032-6.
- ² Evans RI, Connins RT, Hendricks RD, Haselkorn JK . Multidisciplinary rehabilitation versus medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med.* 1995 Jun;40(12):1699-706
- ³ Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patiens. *N Engl J Med* 1990; 322: 1207-1214.
- ⁴ Kane RA, Kane RL. Evaluación de las necesidades de los ancianos: guía práctica sobre los instrumentos de medición. SG editores SA. Madrid. 1990.
- ⁵ Rubenstein LZ. Hospital geriatric assesment and management units. En: *Geriatric Assesment technology*. Eds.: Rubenstein LZ, Wiwland D, Bernabei R, Editrici Kurtis s.r.l. Milan. 1995: 195-209.
- ⁶ Baztán JJ. Análisis de sevicios de salud para los ancianos: revisión de la evidencia científica. En: *Bases de la atención sanitaria al anciano (1ªEd.)*. Eds: Rodríguez Mañas L, Solano JJ. SEMEG. Madrid 2001: 57-82.
- ⁷ Pérez Martín A, Avellana JA. Atención sanitaria al anciano con enfermedad aguda en riesgo de incapacidad. En: *Bases de la atención sanitaria al anciano (1ªEd.)*. Eds: Rodríguez Mañas L, Solano JJ. SEMEG. Madrid 2001: 125-144.
- ⁸ Echevarría I. La atención sanitaria al anciano con incapacidad establecida potencialmente reversible. En: *Bases de la atención sanitaria al anciano (1ªEd.)*. Eds: Rodríguez Mañas L, Solano JJ. SEMEG. Madrid 2001: 145-182.
- ⁹ Jaramillo E. La atención sanitaria al anciano con incapacidad crónica no reversible. En: *Bases de la atención sanitaria al anciano (1ªEd.)*. Eds: Rodríguez Mañas L, Solano JJ. SEMEG. Madrid 2001: 183-206.
- ¹⁰ De Alba C, Gorroñoñoitia A, Litago A y cols. Actividades preventivas en los ancianos. *Aten Primaria* 2001; 28: 178-180 .
- ¹¹ Badía X, Salameró M, Alonso J. La medida de la salud : guía de escalas de medición en español: Barcelona: Edimac, 1999.
- ¹² Duarte Climents G, Rodríguez Gómez, S. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente.(1º ed). Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2002.
- ¹³ López Alonso SR, Lacida Baró M, , Rodríguez Gómez, S. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente.(2ª ed). Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2004.

¹⁴ GORDON, M. Diagnóstico Enfermero. Mosby/Doyma Libros. 3ª Ed. Madrid 1996.