

## 2. PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR C.EXTERNA

Llamadas Programadas:

### 2.1 A pacientes

- Llamada de control a las 24 h. de cambio de Tto.
- Llamada de control a las 72 h. de cambio de Tto.
- Llamada de seguimiento semanal.

### 2.2. -A A.Primaria

Llamadas programadas .Tipos:

- Informativas (evolución de proceso oncológico). Mensual o en caso de empeoramiento
- De coordinación de cuidados

### 2.3. -A ESAD

Si procede derivación.(información del P.C en curso)

## 3.PACIENTE DERIVADO A ESAD

- Llamada programada para actualización de información quincenal según disponibilidad.
- Registro de información específico que se presenta semanalmente al equipo en la sesión multidisciplinar.

## 4. PACIENTE DERIVADO A LARGA ESTANCIA

- Seguimiento telefónico mensual (según disponibilidad)

- Visita programada en C.Externa para seguimiento.
- Registro actualizado de información que se presenta semanalmente en la multidisciplinar.

## **ANEXO 2.SEGUIMIENTO Y REGISTRO SEMANAL DE LOS PACIENTES DADOS DE ALTA EN LA UNIDAD Y COMUNICACIÓN AL EQUIPO. ( CONSULTA DE ENFERMERIA HJM )**

Nombre y Apellidos:

Diagnóstico:

Fecha de alta:

Derivación:

Situación actual:

Nombre y Apellidos:

Diagnóstico:

Fecha de alta:

Derivación:

Situación actual:

Nombre y Apellidos:

Diagnóstico:

Fecha de alta:

Derivación:

Situación actual:



## ANEXO 5. VALORACIÓN ENFERMERIA.

|   |  |  |
|---|--|--|
| <br><b>Complex Hospitalari</b><br><b>GESMA</b><br>REGISTRO DE VALORACIÓN DE ENFERMERIA<br>AREA SOCIO SANITARIA | <br><b>ib-salut</b><br>servei de salut<br>de l'any 2011 fins 2016 | Nombre: _____<br>Fecha de nacimiento: _____<br>Nº Habitación: _____<br>Fecha de ingreso: _____ |
|   |  | <b>ETIQUETA IDENTIFICATIVA</b>   |

|   |   |
|---|---|
| <b>LEYENDA DEL GRADO DE AUTONOMIA</b><br>0. TOTALMENTE AUTÓNOMO<br>1. AYUDA DE EQUIPO O DISPOSITIVO<br>2. AYUDA DE OTRA PERSONA O SUPERVISIÓN<br>3. AYUDA DE UN DISPOSITIVO Y UNA PERSONA<br>4. AYUDA TOTAL | <b>FECHA REALIZACIÓN</b> _____<br><b>ENFERMERA RESPONSABLE</b> _____<br><b>PERSONA CON LA QUE CONTACTAR</b> _____<br><b>OBSERVACIONES:</b> _____<br><br><b>MOTIVO DE INGRESO:</b> _____ |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| <b>VALORACIÓN FÍSICA</b>  |   |
| <b>Alergias</b><br>Hábitos tóxicos _____<br>Medicación habitual _____   | <b>Sistema Neurológico</b><br>Nivel de conciencia _____<br>Orientación _____<br>Déficit sensorial: <input type="checkbox"/> Ocular <input type="checkbox"/> Auditiva  |
| <b>Sistema cardiorrespiratorio</b><br>Tipo de Respiración _____<br>Características _____<br>Tos _____ Expectorcación _____  | <b>Sistema gastrointestinal</b><br>Prótesis dentaria _____<br>Incontinencia fecal <input type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/> Ostomía<br>SNG Fecha inserción: _____<br>Características de la SNG _____  |
| <b>Sistema renal y genitourinario</b><br>Características _____<br>Incontinencia urinaria:<br><input type="checkbox"/> SV Facta inserción _____<br><input type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/> Colector<br>Características del dispositivo _____ | <b>Sistema tegumentario</b><br>Estado de la piel _____<br>Norton: <input type="checkbox"/> No riesgo <input type="checkbox"/> Riesgo evidente <input type="checkbox"/> Riesgo alto<br>UPP Localización: _____ Estadío: _____<br>Vía venosa Localización: _____ Fecha inserción: _____ |

|  |                          |
|--|--------------------------|
| <b>1. NECESIDAD DE RESPIRAR</b>  |                          |
| Dificultad para respirar _____<br>Respira por <input type="checkbox"/> nariz <input type="checkbox"/> boca <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |                          |
| <b>M. de Independencia</b>   | <b>M. de Dependencia</b> |
| Nivel de autonomía 0 1 2 3 4   |                          |

|   |                          |   |                      |
|---|--------------------------|---|----------------------|
| <b>2. NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN</b>     |                          |   |                      |
| Peso: _____                             | Talla: _____             | IMC: Peso (Kg.) / talla (m <sup>2</sup> ) _____ | Cambio de peso _____ |
| Dieta habitual _____                    | Dieta prescrita _____    |   | Intolerancias _____  |
| Problemas de seguimiento de dieta _____ |                          |   |                      |
| <b>M. de Independencia</b>              | <b>M. de Dependencia</b> |   |                      |
| Nivel de autonomía 0 1 2 3 4            |                          |   |                      |

|  |  |                          |  |  |
|--|--|--------------------------|--|--|
| <b>3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN</b>   |  |                          |  |  |
| Eliminación fecal. Características _____<br>Uso de inductores _____<br>Eliminación urinaria. Características _____ |  |                          |  |  |
| <b>M. de Independencia</b>   |  | <b>M. de Dependencia</b> |  |  |
| Nivel de autonomía 0 1 2 3 4   |  |                          |  |  |
| <b>4. NECESIDAD DE MOVIMIENTO</b>  |  |                          |  |  |
| Dificultades para la deambulación: _____<br>Recursos que utiliza _____<br>Actividad física _____                   |  |                          |  |  |
| <b>M. de Independencia</b>   |  | <b>M. de Dependencia</b> |  |  |
| Nivel de autonomía 0 1 2 3 4   |  |                          |  |  |
| <b>5. NECESIDAD DE DORMIR</b>  |  |                          |  |  |
| Horas habituales de sueño: _____<br>Durmas _____<br>Nocturnas _____<br>Inductores del sueño (especificar) _____    |  |                          |  |  |
| <b>M. de Independencia</b>   |  | <b>M. de Dependencia</b> |  |  |
| Nivel de autonomía 0 1 2 3 4   |  |                          |  |  |
| <b>6. NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVERTIRSE</b>  |  |                          |  |  |
| Selecciona la ropa adecuadamente? _____<br>Se viste adecuadamente? _____   |  |                          |  |  |
| <b>M. de Independencia</b>   |  | <b>M. de Dependencia</b> |  |  |
| Nivel de autonomía 0 1 2 3 4   |  |                          |  |  |

| 7. NECESIDAD DE REGULAR LA TEMPERATURA CORPORAL   |                  |   |                   |   |   |   |
|---|------------------|---|-------------------|---|---|---|
| Medios que utiliza para mantener la temperatura corporal  |                  |   |                   |   |   |   |
| M. de Independencia   |                  |   | M. de Dependencia |   |   |   |
| Nivel de autonomía 0 1 2 3 4  |                  |   |                   |   |   |   |
| 8. NECESIDAD DE HIGIENE   |                  |   |                   |   |   |   |
| Hábitos de higiene  |                  |   |                   |   |   |   |
| Productos específicos   |                  |   |                   |   |   |   |
| M. de Independencia   |                  |   | M. de Dependencia |   |   |   |
| Nivel de autonomía  |                  |   |                   |   |   |   |
|   | Higiene corporal | 0 | 1                 | 2 | 3 | 4 |
|   | Higiene bucal    | 0 | 1                 | 2 | 3 | 4 |
|   | Higiene dental   | 0 | 1                 | 2 | 3 | 4 |
| 9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS Y SENTIRSE SEGURO   |                  |   |                   |   |   |   |
| Estado emocional  |                  |   |                   |   |   |   |
| Preocupación actual   |                  |   |                   |   |   |   |
| Preocupación actual de la familia   |                  |   |                   |   |   |   |
| Dolor: Características del dolor  |                  |   |                   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> 0 Ausencia<br><input type="checkbox"/> 1 Leve<br><input type="checkbox"/> 2 Moderado<br><input type="checkbox"/> 3 Intenso<br><input type="checkbox"/> 4 Incapacitante |                  |   |                   |   |   |   |
| M. de Independencia   |                  |   | M. de Dependencia |   |   |   |
| Nivel de autonomía 0 1 2 3 4  |                  |   |                   |   |   |   |

| 10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN   |                   |
|---|-------------------|
| Idioma  |                   |
| Barrera Idiomática  |                   |
| Dificultades de comunicación:   |                   |
| <input type="checkbox"/> Idioma <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Auditiva |                   |
| M. de Independencia   | M. de Dependencia |
| 11. NECESIDAD DE VALORES Y CREENCIAS  |                   |
| M. de Independencia   | M. de Dependencia |
| 12. NECESIDAD DE REALIZARSE   |                   |
| Situación familiar:   |                   |
| Situación laboral:  |                   |
| Afectación de su estado:  |                   |
| M. de Independencia   | M. de Dependencia |
| 13. NECESIDAD DE DIVERTIRSE   |                   |
| Actividades de ocio   |                   |
| M. de Independencia   | M. de Dependencia |
| 14. NECESIDAD DE APRENDER   |                   |
| ¿Conoce el motivo de su ingreso?  |                   |
| ¿Conoce su situación de salud?  |                   |
| ¿Sigue las recomendaciones dietéticas?  |                   |
| ¿Mmaja correctamente el régimen terapéutico?  |                   |
| M. de Independencia   | M. de Dependencia |

## ANEXO 6 INDICE DE BARTHEL, RIESGO DE CAIDAS Y RIESGO DE ULCERAS

| ESCALA DE BARTHEL          |   |  |  |   |                   |  |
|----------------------------|---|--|--|---|-------------------|--|
| DEPENDENCIA                | AMBULATORIO   | Independiente 10<br>Ayuda 5<br>Dependiente 0   | USO  | Independiente 10<br>Ayuda 5<br>Dependiente 0  | VESTIDO           | Independiente 10<br>Ayuda 5<br>Dependiente 0                                       |
|                            | SEDESICILIO   | Comiente 10<br>Incontinencia ocasional 5<br>Incontinente 0                                 | INICIO   | Comiente 10<br>Incontinencia ocasional 5<br>Incontinente 0  | LADO REFERENTE    | Independiente 10<br>Ayuda 5<br>Dependiente 0                                       |
|                            | TRANSICION AUTONOMIA  | Independiente 15<br>Mínima ayuda 10<br>Gran ayuda 5<br>Dependiente 0                       | DEAMBULACION   | Independiente 15<br>Con ayuda 10<br>Independiente sin deambular 5<br>Dependiente 0                  | INSTRUMENTOS      | Independiente 10<br>Con ayuda 5<br>Dependiente 0                                   |
| <b>TOTAL:</b>              |   |  |  |   |                   |  |
| ESCALA DE BRADEN           |   |  |  |   |                   |  |
| PREVENCIÓN DE UPP          | PERCEPCIÓN SENSORIAL  | Completamente limitada 1<br>Muy limitada 2<br>Ligeramente limitada 3<br>Sin limitaciones 4 | SENSIBILIDAD HUMEDA  | Constantemente húmeda 1<br>Húmeda con frecuencia 2<br>Ocasionalmente húmeda 3<br>Raramente húmeda 4 | ACTIVIDAD         | Encamado 1<br>En silla 2<br>Deambula ocasionalmente 3<br>Deambula frecuentemente 4 |
|                            | MOVILIDAD   | Completamente inmóvil 1<br>Muy limitada 2<br>Ligeramente limitada 3<br>Sin limitaciones 4  | INMUTABILIDAD  | Muy sobre 1<br>Probablemente inadecuado 2<br>Adecuada 3<br>Excelente 4                              | RIESGO DE ULCERAS | Problema 1<br>Problema potencial 2<br>No existe problema aparente 3                |
| <b>TOTAL:</b>              |   |  |  |   |                   |  |
| ESCALA DE DOWNTON (CAIDAS) |   |  |  |   |                   |  |
| CAIDAS PREVIAS             | No 0<br>Sí 1  | DEFICITS SENSORIALES   | Ninguno 0<br>Alteraciones visuales 1<br>Alteraciones auditivas 1 |   |                   |  |
| MEDICAMENTOS               | Ninguno 0<br>Tranquilizantes 1<br>Diuréticos 1<br>Hipotensores 1<br>Antiparkinsonianos 1<br>Antihipertensivos 1 |  | GANBIAR  | Extremidades 1<br>Normal 0<br>Seguro con ayuda 1<br>Inseguro con ayuda 1<br>Imposible 1             |                   |  |
| ESTADO MENTAL              | Orientado 0<br>Confuso 1  | <b>TOTAL:</b>  |  |   |                   |  |

## ANEXO 7. CUESTIONARIO DE PFEIFFER Y ECOG

Unitat de Cures Pal·liatives  
Hospital General

Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer - SPMSQ

**Instrucciones:**  
Formule les preguntas de la una a la diez de esta lista.  
Anote el número total de errores.

1 = Error      0 = Correcto      ..... / ..... / 200...      ..... / ..... / 200...      ..... / ..... / 200...

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 1. ¿Qué día de mes es hoy?   |  |  |  |
| 2. ¿Qué día de la semana es hoy?   |  |  |  |
| 3. ¿Dónde estamos ahora?   |  |  |  |
| 4. ¿Cual es su número de teléfono (o dirección si no tiene teléfono)?        |  |  |  |
| 5. ¿Cuántos años tiene?  |  |  |  |
| 6. ¿Dónde ha nacido?   |  |  |  |
| 7. ¿Cual es el nombre del presidente del Gobierno (Balear/Español)?          |  |  |  |
| 8. ¿Cual es el nombre del anterior presidente del Gobierno (Balear/Español)? |  |  |  |
| 9. ¿Cual es el primer apellido de su madre?                                  |  |  |  |
| 10. Reste 3 de 20 i siga restando de 3 en 3 hasta el final                   |  |  |  |
| TOTAL ERRORES  |  |  |  |

**0-2 errores:** intacto; **3-4 errores:** deterioro intelectual leve; **5-7 errores:** deterioro intelectual moderado; **8-10 errores:** deterioro intelectual grave

Se permite un error más si la persona sólo ha recibido educación primaria  
Se permite un error menos si la persona ha recibido una educación de grado medio o superior  
Se permite un error más en personas procedentes de grupos segregados o marginales

Grado ECOG

|   |  |        |
|---|--|--------|
| 0 | Completamente activo, capaz de hacer todo lo que hacía antes de enfermar sin restricciones   | 100-90 |
| 1 | Restringido en caso de actividad que requiera esfuerzo, pero ambulatorio i capaz de realizar tareas ligeras o de naturaleza sedentaria como, por ejemplo, el trabajo de casa o de la oficina | 70-80  |
| 2 | Ambulatorio y capaz de cuidar de sí mismo pero incapaz de realizar cualquier actividad laboral. Despierto i activo más del 50 % de las horas del día   | 60-50  |
| 3 | Capaz de cuidar de sí mismo de forma limitada, encamado o sentado más del 50 % de las horas del día  | 40-30  |
| 4 | Completamente incapacitado. Incapaz de cuidar de sí mismo. Totalmente limitado en la cama o silla  | 20-10  |
| 5 | Muerto   | 0      |

**Comentarios:** .....



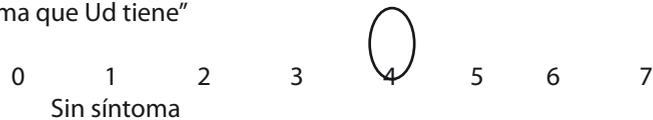
1) Para qué sirve?

- Es una herramienta para valorar los síntomas que con más frecuencia se presentan en pacientes oncológicos terminales.
- Es una herramienta que permite al paciente expresar cómo está
- La opinión del paciente es “la medida ideal” para la valoración del impacto
- Tenemos que enseñar al P y F a cumplimentar esta escala
- No es una valoración completa, es sólo una parte más de la valoración clínica.

2) Cómo se realiza?

- El impacto de cada síntoma en el momento de la valoración se mide en una escala numérica que va del 0 al 10, “0” es sin síntoma y “10” es insoportable.

“Haga un círculo en el número que represente la cantidad de síntoma que Ud tiene”



- En la escala se muestran los síntomas que con más frecuencia aparecen en los pacientes en situación terminal, pero queda espacio para anotar otros síntomas que pueden ser muy impactante: insomnio, tos, picor, estreñimiento, somnolencia, etc.
- Es importante que en el síntoma del dolor se señale en el dibujo del cuerpo humano la zona o zonas donde hay dolor.
- Transcribir la valoración al gráfico de seguimiento de síntomas.

3) Cuando debemos pasarla?

1. Siempre en el momento del ingreso
2. Durante el ingreso
  - Los martes y jueves
  - Siempre que cualquier miembro del equipo lo considere adecuado, por la intensidad de los síntomas o para seguimiento después de intervenciones terapéuticas concretas.

4) Quién tiene que cumplimentarla?

1. El paciente (siempre que sea posible)
2. Si deterioro cognitivo (Pfeiffer > 3) o por otras razones, se realizará con la ayuda de un cuidador +/- el equipo, o un miembro del equipo.
3. Si no quiere participar o declina cumplimentar la escala lo haremos con un cuidador +/- el equipo, o un miembro del equipo.

5) Interpretación de la escala de valoración de síntomas

- 0) AUSENTE
- 1-3) LEVE. Síntoma o molestia ocasional. El paciente realiza su actividad normal
- 4-6) MODERADO. Limita alguna actividad dentro del contexto de la enfermedad
- 7-9) INTENSO. Habitualmente presente. Las actividades y la concentración están muy afectadas por el síntoma
- 10) INSOPORTABLE. Síntoma continuo y severo. Imposible pensar en otras cosas

## ANEXO 11 SUGERENCIAS PARA UNA CORRECTA EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS

El instrumento utilizado es una escala numérica verbal (0-10) que intenta combinar las cualidades psicométricas de la escala analógica visual y de la escala numérica.

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

### A) Situación en que evalúa el paciente

- Explique la utilidad de evaluar de forma continuada los síntomas que presenta (facilita la toma de decisiones terapéuticas y el control del paciente).
- Determine el estado cognitivo del paciente y el deseo/capacidad de colaborar (criterio clínico) y si lo considera oportuno efectuar MME-30 o Pfeiffer.
- Procure transmitir la importancia del acto de evaluación.
- Para cada síntoma explique los puntos de anclaje (los extremos).
- Adapte el lenguaje al estilo del paciente, lo más importante es que entienda que son las situaciones extremas y ayúdese de un esquema si lo cree necesario.
- Los síntomas se han de referir a un periodo de tiempo concreto que suele ser el de los días previos a la primera evaluación y en la evaluación sucesiva el periodo desde la primera visita, haciendo un promedio de puntuación .
- Deje al paciente y no interprete ni juzgue.

Una vez ha puntuado , valide la puntuación con el paciente (para saber si ha comprendido el instrumento y/o cual es el significado de la puntuación).

B) Evaluación del profesional del equipo sanitario (cuando el paciente no pueda evaluar)

Según características del síntoma

|     |   |
|-----|---|
| 0   | Ausente durante el periodo que se evalúa  |
| 1-3 | Presente, <b>no altera</b> la actividad normal o habitual del paciente (en el contexto de la enfermedad) y está presente de forma <b>ocasional o intermitente</b> , durante el periodo que se evalúa. |
| 4-5 | Presente, <b>no altera</b> la actividad normal o habitual del paciente (en el contexto de la enfermedad) y está presente de forma <b>constante</b> , durante el periodo que se evalúa.                |
| 6-7 | Presente, <b>altera</b> la actividad normal o habitual del paciente (en el contexto de la enfermedad) y está presente de forma <b>ocasional o intermitente</b> , durante el periodo que se evalúa.    |
| 8-9 | Presente, <b>altera</b> la actividad normal o habitual del paciente (en el contexto de la enfermedad) y está presente de forma <b>constante</b> , durante el periodo que se evalúa.                   |
| 10  | Presente, impide cualquier actividad del paciente, durante el periodo que se evalúa.  |

### ENV Dolor

- Cuando evalúa el equipo, es el quien decide el número dentro de los intervalos establecidos, dependiendo de la intensidad. Haciendo el promedio de los valores de la ENV sumando el dolor basal y el dolor en crisis dividiéndolo entre dos, y si, el número de crisis al día > 3 se aumentará en 2 o 3 puntos, en cambio si el número de crisis al día es de 1-3 se incrementará en 1 o 2 puntos dicho promedio.
- Cuando evalúa el enfermo el promedio del dolor se le preguntará a el mismo.

## Edmonton staging system

|                          |                            |                                |                                   |                         |                                    |                                   |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>A1</b><br>Visceral    | <b>B1</b><br>No incidental | <b>C1</b><br>< 60 mg Morfina   | <b>D1</b><br>No alt. cognitiva    | <b>E1</b><br>No distres | <b>F1</b><br><5% dosis inicial/día | <b>G1</b><br>No adición a tóxicos |
| <b>A2</b><br>Somático    | <b>B2</b><br>Incidental    | <b>C2</b><br>60-300 mg Morfina | <b>D2</b><br>Alteración cognitiva | <b>E2</b><br>Distres    | <b>F2</b><br>>5% dosis inicial/día | <b>G2</b><br>Adición a tóxicos    |
| <b>A3</b><br>Neuropático |                            | <b>C3</b><br>>300 mg Morfina   |                                   |                         |                                    |                                   |
| <b>A4</b> Mixto          |                            |                                |                                   |                         |                                    |                                   |
| <b>A5</b> Desconocido    |                            |                                |                                   |                         |                                    |                                   |

|  |                            |
|--|----------------------------|
| <b>ESTADIO I</b><br>(buen pronóstico)        | A1 A2 B1 C1 C2 D1 E1 F1 G1 |
| <b>ESTADIO II</b><br>(pronóstico intermedio) | NI ESTADIO I NI III        |
| <b>ESTADIO III</b><br>(mal pronóstico)       | A3 B2 E2 F2 G2             |

Actualmente los estadios II se clasifican como III (mal pronóstico) por tanto el ESS queda resumido en Estadio I-buen pronóstico y Estadio II-III-mal pronóstico.

| DESCRIPCIÓN CLASIFICACIÓN DE EDMONTON |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Edmonton I</b>                     | Dolor visceral, óseo, partes blandas.<br>Dolor no incidental.<br>No distres emocional.<br>Incremento lento dosis de opioides.<br>No antecedentes de enolismo y/o adicciones. |
| <b>Edmonton II-III</b>                | Dolor neuropático, mixto, causa desconocida.<br>Dolor incidental.<br>Distres emocional.<br>Incremento rápido dosis de opioides.<br>Antecedentes de enolismo y/o adicciones.  |

## ANEXO 12 VALORACIÓN NUMÉRICA,VISUAL ANALÓGICA Y CATEGÓRICA

### Escala de Valoración Numérica:

– Verbal: ¿Cuánto dolor tiene? Del 0 (sin dolor) al 10 (dolor insoportable)

– Escrita: “Ponga un círculo al número que describa la cantidad de dolor que usted tiene”

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin dolor

Dolor insoportable

### Escala Visual Analógica (EVA):

Marque en esta línea (10 cm.) el lugar que describa la cantidad de dolor que usted tiene

Sin dolor

Dolor insoportable

El dolor se medirá determinando, en centímetros, la distancia desde el inicio de la línea.

### Escala Categórica:

¿Cuánto dolor tiene?

Ninguno (0), Leve (1-3), Moderado (4-6), o Intenso (7-10)

## ANEXO 13 ESCALA PAINAD\*. VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES CON IMPOSIBILIDAD DE EXPRESARSE VERBALMENTE

\* Traducido y adaptado de: Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. Journal of the American Medical Directors Association 2003;4:9-15.

| Apartados                                       | 0                        | 1  | 2  | Puntuación |
|---|--------------------------|--|--|------------|
| 1. Respiración Independiente de la vocalización | Normal                   | - Respiración dificultosa ocasional<br>- Periodos cortos de hiperventilación   | - Respiración ruidosa y dilatación<br>- Periodos largos de hiperventilación<br>- Respiración de Cheyne-Stokes  |            |
| 2. Expresión vocal negativa                     | Ninguna                  | - Gemido o gruñido ocasional<br>- Discurso poco elaborado con aspectos negativos o de desaprobación (maldiciones, sarcasmos, lágrimas) | - Lamentación (quejas repetidas)<br>- Gemidos o ruidos fuertes<br>- Llanto                                     |            |
| 3. Expresión facial                             | Sonriente o inexpressivo | - Triste<br>- Asustado, sobresaltos<br>- Fruncir el entrecejo<br>- Comisuras labiales descendidas                                      | - Muñecas lacrimas   |            |
| 4. Lenguaje corporal                            | Relajado                 | - Tenso<br>- Inquieto<br>- Marcha inquieta   | - Rígido<br>- Pulses apretados<br>- Rodillas dobladas<br>- Se apaña o empuja (evita)<br>- Opciones resistencia |            |
| 5. Consuelo                                     | No necesita consuelo     | - Distruido o tranquilizado por la voz o el tacto  | - Impulso de consolar, destorn, o tranquilizar   |            |
| TOTAL   |                          |  |  |            |

Valoración: 1-3 puntos = dolor leve; 4-6 puntos = dolor moderado; 7-10 puntos = dolor intenso

## ANEXO 14 EVALUACIÓN DEL DOLOR

Nombre: .....  
 Fecha de nacimiento: .....  
 Fecha de ingreso: .....  
 Fecha de evaluación: .....

Evaluación del dolor Data: ..... / ..... / 200...

### Características del dolor

Localización: .....  
 Tipo: Somático Visceral Neuropático Mixto Causa: Oncológica No oncológica  
 Continuo Incidental Imputivo Nº episodios: .....

Intensidad  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localización: .....  
 Tipo: Somático Visceral Neuropático Mixto Causa: Oncológica No oncológica  
 Continuo Incidental Imputivo Nº episodios: .....

Intensidad  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localización: .....  
 Tipo: Somático Visceral Neuropático Mixto Causa: Oncológica No oncológica  
 Continuo Incidental Imputivo Nº episodios: .....

Intensidad  
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Tratamiento anterior i respuesta

Fecha inicio ..... Fármaco .....  
 Dosis ..... Frecuencia .....

Estrés emocional: (EVN ansiedad + depresión > 4; o HAD patológico) SI / NO

Antecedentes tóxicos: enolismo y/o adicciones SI / NO

Edmonton Staging System: ESS - I ESS  
 - II ESS - III

### Valoración y Plan Inicial

.....  
 .....  
 .....





## ANEXO 17 REUNIÓN INTERDISCIPLINAR

|          |    | Nom i cognoms | Habitació | Revaluació |
|----------|----|---------------|-----------|------------|
| INGRESOS | 1  |               |           |            |
|          | 2  |               |           |            |
|          | 3  |               |           |            |
|          | 4  |               |           |            |
|          | 5  |               |           |            |
|          | 6  |               |           |            |
|          | 7  |               |           |            |
|          | 8  |               |           |            |
|          | 9  |               |           |            |
|          | 10 |               |           |            |

|              |   | Nom i cognoms | Habitació | Revaluació |
|--------------|---|---------------|-----------|------------|
| REVALUACIONS | 1 |               |           |            |
|              | 2 |               |           |            |
|              | 3 |               |           |            |
|              | 4 |               |           |            |
|              | 5 |               |           |            |
|              | 6 |               |           |            |

|                  |   | Nom i cognoms | Habitació | Revaluació |
|------------------|---|---------------|-----------|------------|
| PREVISIÓ D'ALTES | 1 |               |           |            |
|                  | 2 |               |           |            |
|                  | 3 |               |           |            |
|                  | 4 |               |           |            |
|                  | 5 |               |           |            |

UTS: Unitat de Treball Social  
UDN: Unitat de Dietètica i Nutrició  
UF: Unitat de Fisioteràpia

## ANEXO 18 DIAGNOSTICOS NORMALIZADOS

### DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS CUIDADOS PALIATIVOS

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Nombre:.....              | Enfermera responsable:.....             |
| Fecha de nacimiento:..... | Fecha identificación del problema:..... |
| Nº Habitación:.....       | Fecha resolución:.....                  |
| Fecha de ingreso:.....    |   |

#### INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

- Conocimientos deficientes  
 Manejo inefectivo  
 P. Colaboración; Disnea / Astenia

#### R/C:

- Falta de conocimientos sobre estrategias de adaptación a su actual situación  
 Estado emocional  
 No ha recibido nunca la información o la ha interpretado mal (debut situacional)  
 \_\_\_\_\_

#### ÁREA DE DEPENDENCIA:

- CONOCIMIENTOS  FUERZA FÍSICA  FUERZA PSÍQUICA  VOLUNTAD

#### M/P:

- Carencia de habilidades para el manejo de una nueva situación de vida  
 Deficiencias en el seguimiento del tratamiento  
 Inadaptación a la disminución de energía

#### OBJETIVOS:

- Adquirirá los conocimientos necesarios para manejar su situación en \_\_\_\_\_ días  
Aumentará su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria

#### ACTIVIDADES:

- Averiguar qué actividades producen o aumentan la sensación de fatiga y / o disnea. Identificar qué actividades son prioritarias y cuáles no para él.
- Reforzar la importancia del reposo o sueño; programar periodos de descanso a lo largo del día. Remarcar la importancia de:
  - Mantener una posición confortable y adecuada a la actividad que realiza
  - Evitar permanecer de pie más tiempo del necesario
- Introducir en el entorno doméstico los cambios apropiados para minimizar las barreras ambientales y disminuir las distancias de desplazamiento
- Educación sanitaria a la familia sobre todas estas medidas
- Educación sanitaria sobre técnicas de respiración controlada
- Educación sanitaria sobre técnicas de ahorro energético (dar refuerzo escrito)
- Reconocer y elogiar los logros alcanzados y el esfuerzo realizado. Estimular la continuación de las acciones de aquellas actividades que se hayan mostrado eficaces
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

#### PLANIFICACIÓN:

|   | L | M | X | J | V | S | D |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M |   |   |   |   |   |   |   |
| T |   |   |   |   |   |   |   |
| N |   |   |   |   |   |   |   |

#### COMENTARIOS:

### DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS PACIENTE PALIATIVO

**DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS CUIDADOS PALIATIVOS:**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Nombre:.....              | Enfermera responsable:.....             |
| Fecha de nacimiento:..... | Fecha identificación del problema:..... |
| Nº Habitación:.....       | Fecha resolución:.....                  |
| Fecha de ingreso:.....    |   |

**TEMOR a**

- Muerte
- Dolor
- Cambio en la situación familiar

**R/C:**

- Percepción de amenaza respecto a su integridad física-psíquica
- Sensación de falta de sentido en su vida
- Percepción de pérdida de autonomía y/o roles
- Falta de estrategias para enfrentarse a lo desconocido
- \_\_\_\_\_

**ÁREA DE DEPENDENCIA:**

- CONOCIMIENTOS     FUERZA FÍSICA     FUERZA PSÍQUICA     VOLUNTAD

**M/P:**

- Verbalmente por el propio paciente
- Por signos y síntomas de estimulación nerviosa, conductas de alerta, evitación o agresión
- Cambios en el patrón del sueño
- Cambios en el patrón deposicional
- \_\_\_\_\_

**OBJETIVOS:**

- Identificará los aspectos de su enfermedad que le preocupan en \_\_\_\_ días
- Mejorará la adaptación a su situación de acuerdo con las causas expresadas por el paciente en \_\_\_\_ días

**ACTIVIDADES:**

1. Favorecer la expresión de sentimientos con escucha activa. Reconocer la validez del temor (ya que es un temor fundado)
2. Valorar los conocimientos que tiene sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico, si quiere recibir más información y si está preparado para ello
3. Promover actividades recreativas y de ocio. Facilitar y aconsejar la presencia de familiares y amigos
4. Educación sanitaria sobre técnicas de afrontamiento como la relajación, masajes y pensamientos guiados positivos
5. Ayudarle a identificar una esperanza realista en su situación (estará cómodo, sin dolor, recibirá los cuidados necesarios,...)
6. Ayudarle a poner sus asuntos en orden: sociales, económicos, familiares. Derivarlo a la T. Social o Psicóloga si fuera necesario
7. Averiguar si desea soporte espiritual y facilitar su obtención
8. Educación sanitaria a la familia sobre manejo de la situación
9. \_\_\_\_\_

**PLANIFICACIÓN:**

|   | L | M | X | J | V | S | D |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M |   |   |   |   |   |   |   |
| T |   |   |   |   |   |   |   |
| N |   |   |   |   |   |   |   |

**DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS CUIDADOS PALIATIVOS**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Nombre:.....              | Enfermera responsable:.....             |
| Fecha de nacimiento:..... | Fecha identificación del problema:..... |
| Nº Habitación:.....       | Fecha resolución:.....                  |
| Fecha de ingreso:.....    |   |

**COMENTARIOS:**

**DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS PACIENTE PALIATIVO**

**DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS CUIDADOS PALIATIVOS**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Nombre:.....              | Enfermera responsable:.....             |
| Fecha de nacimiento:..... | Fecha identificación del problema:..... |
| Nº Habitación:.....       | Fecha resolución:.....                  |
| Fecha de ingreso:.....    |   |

**MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO (especificar) \_\_\_\_\_**

R/C:

- Conceptos erróneos sobre los mecanismos de acción del tratamiento farmacológico
- Desconfianza del tratamiento o del equipo de salud
- Percepción de excesiva complejidad del tratamiento
- Dificultad para percibir los beneficios que pueda obtener al cumplir el tratamiento
- Conflictos familiares
- \_\_\_\_\_

ÁREA DE DEPENDENCIA:

- CONOCIMIENTOS
- FUERZA FÍSICA
- FUERZA PSÍQUICA
- VOLUNTAD

M/P:

- Manifestaciones de deseos de manejar el tratamiento pero de dificultad de regulación o integración de algún aspecto del tratamiento
- No cumplimiento correcto del tratamiento en toda o alguna de sus partes (especificar) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

OBJETIVOS:

- El paciente manejará adecuadamente el tratamiento en \_\_\_\_ días
- El paciente conocerá los beneficios derivados de un buen cumplimiento del tratamiento

ACTIVIDADES:

1. Discutir con la persona las conductas inadecuadas y las repercusiones de éstas sobre la salud. Pactar las modificaciones que se pueden introducir en el estilo de vida
2. Explicar los beneficios que se derivan del seguimiento del tratamiento, la importancia de seguir el tratamiento para controlar los síntomas y mejorar así su calidad de vida
3. Fomentar la máxima implicación del paciente y en todo caso del cuidador
4. Facilitar la comprensión del tratamiento prescrito mediante la aportación de una plantilla horaria que incluya la presentación, indicación y la cantidad. Ofrecer disponibilidad y teléfono de contacto para resolver posibles dudas
5. Reconocer los logros obtenidos, elogiar el seguimiento del tratamiento en aquellas áreas que es adecuado
6. \_\_\_\_\_

PLANIFICACIÓN:

|   | L | M | X | J | V | S | D |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M |   |   |   |   |   |   |   |
| T |   |   |   |   |   |   |   |
| N |   |   |   |   |   |   |   |

COMENTARIOS

**DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NORMALIZADOS CUIDADOS PALIATIVOS**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Nombre:.....              | Enfermera responsable:.....             |
| Fecha de nacimiento:..... | Fecha identificación del problema:..... |
| Nº Habitación:.....       | Fecha resolución:.....                  |
| Fecha de ingreso:.....    |   |

**ESTREÑIMIENTO**

- Conocimientos deficientes
- Manejo inefectivo
- Problema de colaboración

R/C:

- Cambio de hábitos en la alimentación
- Disminución del nivel de actividad
- Poca ingesta de líquidos / fibra
- Falta de intimidad
- Debilidad
- \_\_\_\_\_

ÁREA DE DEPENDENCIA:  CONOCIMIENTOS  FUERZA FÍSICA  FUERZA PSÍQUICA  VOLUNTAD

M/P:

- Evacuación de heces duras menos de 2-3 veces por semana o por la dificultad / incapacidad para defecar

OBJETIVOS:

- Mejorará su patrón deposicional: una deposición cada \_\_\_\_ días en \_\_\_\_ días
- Manifestará menos dolor al defecar en \_\_\_\_ días
- No presentará impactación fecal durante su estancia hospitalaria

ACTIVIDADES:

1. Control de frecuencia, consistencia y aspecto de las deposiciones
2. Proporcionar intimidad si el paciente está encamado
3. Aumentar la ingesta de líquidos si tolera. Aumentar el aporte de fibra
4. Educación sanitaria sobre medidas higiénico-dietéticas para aliviar el estreñimiento (dieta y ejercicio)
5. Enseñar la maniobra de Valsalva (atención en pacientes bradicárdicos)
6. Masajear el abdomen
7. Atender lo antes posible el reflejo de eliminación y mientras sea posible acompañar al WC
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_

PLANIFICACIÓN:

|   | L | M | X | J | V | S | D |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M |   |   |   |   |   |   |   |
| T |   |   |   |   |   |   |   |
| N |   |   |   |   |   |   |   |

COMENTARIOS