

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA



TEMA

ABORDAJE INTEGRAL DE UN PACIENTE CON CUIDADOS A LARGO PLAZO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL CENTRO DE SALUD “LOS ESTEROS” DE LA CIUDAD DE MANTA - ECUADOR, EN EL PERIODO 2020 – 2021. ANÁLISIS DE CASO.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTOR:

MD. MÓNICA YANNETH GUERRERO MADROÑERO

DIRECTOR:

DRA. JACQUELINE CEVALLOS SALAZAR

QUITO, NOVIEMBRE DE 2021

Dedicatoria

La presente investigación se dedica a Dios que sin su guía no podría haber orientado y dado las fuerzas necesarias para culminar lo trazado, a mis hijas por la paciencia, en horas de ausencia dentro del hogar y por último, pero, no por eso menos importante a mis docentes guías invaluableles en este proceso de aprendizaje, que con sus palabras de aliento y sus enseñanzas siempre apoyaron mi deseo de superación.

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a mí y tutora de tesis la Doctora Jacqueline Cevallos Salazar por la constancia y dedicación en cada uno de los pasos que constituye este documento, junto con su liderazgo y paciencia en cada dificultad encontrada.

Gracias a mi familia por el apoyo en los momentos más difíciles, que se cursó en el proceso de mis estudios.

Por último, agradezco a la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, por la oportunidad de demostrar lo que soy capaz de lograr y superar los retos impuestos.

TABLA DE CONTENIDO

ABREVIATURAS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	x
ÍNDICE DE ANEXOS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
Justificación	4
Pregunta de investigación	5
Objetivos	5
Metodología	5
Procedimiento	5
Aspectos bioéticos	6
MARCO TEÓRICO.....	7
Aproximación a la definición de cuidados a largo plazo	7
Sistema de valoración y clasificación de las discapacidades	8
Constructo funciones corporales	10
Constructo de actividad y participación	11
Calificadores del constructo de factores ambientales	12
Los cuidados a largo plazo y su relación con la política pública de atención a grupos priorizados por discapacidad	14
Cuidados a largo plazo	17
Acciones relacionadas con el cuidado a largo plazo	18
Automanejo	18
Apoyo mutuo entre pares	19
Cuidadores informales	20
Telecuidado	20
Visitas domiciliarias	20
La cronicidad en el cuidado a largo plazo	21
DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	25
Información demográfica	25
Primera visita domiciliaria	25
Preparación de visita	25

Desarrollo de visita domiciliaria	25
<i>Levantamiento de ficha familiar</i>	28
<i>Análisis familiar /individual</i>	30
<i>Aproximación diagnóstica</i>	30
<i>Plan de tratamiento</i>	31
<i>Pendientes primera visita</i>	32
Segunda visita	34
Preparación de visita	34
Información clínica	34
Actividades realizadas dentro de visita domiciliaria	35
Plan de tratamiento:	37
Pendientes segunda visita	39
Preparación de visita	40
Información clínica	40
Actividades realizadas dentro de visita domiciliaria	41
Plan de tratamiento	41
Cambios realizados al plan de seguimiento	43
Pendientes de la tercera visita	44
Cuarta visita	45
Preparación de visita	45
Información clínica	45
Actividades realizadas dentro de visita domiciliaria	45
Plan de tratamiento	46
Cambios realizados al plan de seguimiento	47
Pendientes de la cuarta visita	47
Quinta visita	48
Preparación de visita	48
Información clínica	48
Actividades realizadas dentro de visita domiciliaria	50
Plan de tratamiento	50
Pendientes de la quinta visita	51
Sexta consulta en el servicio de medicina familiar	53
Información clínica	53

Plan de tratamiento	54
Elaboración de plan de seguimiento	54
Pendientes de la sexta consulta	55
Elaboración de flujo grama	57
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	63
REFERENCIAS	65
ANEXOS	68

ABREVIATURAS

AM: Antes de Meridiano.

APGAR familiar: funcionamiento sistémico de la familia.

APS: Atención Primaria en Salud.

ATP: Ayuda de Tercera Persona.

AVD básica: escala Índice de Barthel.

AVD instrumental: índice de Lawton.

B12: Cobalamina.

CIDDM: Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

CIF: Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud.

cm: centímetros.

CLP: Cuidados a Largo Plazo.

CONADIS: Sistema Nacional de Protección Integral de las Personas con Discapacidad.

CP: cuidados paliativos.

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2.

EC: Enfermedad Crónica.

EKG: Electrocardiograma.

EPADI: Grado de Fragilidad.

EVA: Escala Visual Analógica para el Dolor.

EVALCAD: Evaluación de la Capacidad Adaptativa.

gr: gramos.

H: Helicobacter.

HBCM: hemoglobina corpuscular media.

HBsAg: Antígeno de Superficie para Hepatitis B.

HDL: lipoproteínas de alta densidad.

HTA: hipertensión arterial.

IA: indicador de Autonomía.

IC: Insuficiencia Cardiaca.

IMC: Índice de Masa Corporal.

INR: Índice de protrombina.

IRC: Ineficiencia Renal Crónica.

Kg: kilogramos.

LDL: Lipoproteínas de Baja Densidad.

MAIS: Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural.

MCD: Manual de Calificación de la Discapacidad.

mmHg: milímetros de mercurio.

MIF: Medida de la Independencia Funcional.

mg: miligramos.

min: minutos.

NPH: protamina neutra de Hagedorn.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de Salud.

PPI: Palliative Prognostic Index.

PM: después de mediodía.

rpm: respiraciones por minuto

VCM: Volumen Corpuscular Medio.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

TAPS: Técnico de Atención Primaria en Salud.

Tab: Tableta.

TGP: Alanina-Aminotransferasa.

TGO: Transaminasa Oxalacética.

TP: Tiempo de Protombina.

TTP: Tiempo de Tromboplastina Parcial.

v.o: vía oral.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Primer calificador de funciones corporales.....	10
Tabla 2: Segundo calificador de funciones corporales.....	11
Tabla 3: Tercer calificador de funciones corporales.	11
Tabla 4: Primer y segundo calificador de actividad y participación.	12
Tabla 5: Calificador de factores ambientales.	12
Tabla 6: Lista de problemas.	30
Tabla 7: Pendientes de primera visita.....	32
Tabla 5: Exámenes de laboratorio	35
Tabla 9: Escalas realizadas en la segunda visita	35
Tabla 10: Lista de problemas detectados	36
Tabla 11: Pendientes segunda visita.....	39
Tabla 12: Escalas realizadas en la tercera visita.....	41
Tabla 13: Pendientes tercera visita	44
Tabla 14: Escalas realizadas en la cuarta visita.....	45
Tabla 15: Pendientes cuarta visita	47
Tabla 16: Exámenes analizados en la quinta visita	49
Tabla 17: Pendientes en la quinta visita	52
Tabla 18: Pendientes de la sexta visita	56

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1: Estructura de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud	9
Gráfico 2: Interacciones entre los componentes de la CIF	10
Gráfico 3: Modelo de automanejo de las 5ª	19
Gráfico 4: Modelo de automanejo de las 5A	22
Gráfico 5: Familiograma D.L.	29
Gráfico 6: <i>Ecomapa de la familia D.L.</i>	36
Gráfico 7: <i>Algoritmo de atención paciente pluripatológico para ingreso a CLP</i>	57

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Carta de autorización de la unidad	68
Anexo 2: Consentimiento informado	69
Anexo 3: Escala APGAR familiar	73
Anexo 4: Escala PPI.....	74
Anexo 5: Escala APGAR familiar	74
Anexo 6: Escala ZAFARI	76
Anexo 7: Escala LANTON Y BRODY	77
Anexo 8: Escala BARTHEL	79
Anexo 9: Escala KATZ.....	81
Anexo 10: Escala Riesgo Social	82
Anexo 11: Escala YASAVAGE	83
Anexo 12: Epicrisis de Oftalmología.....	84
Anexo 13: Endoscopia gástrica.....	85
Anexo 14: Estudio Anatopatológico	86
Anexo 15: Ficha Familiar.....	87

RESUMEN

Los Cuidados a Largo Plazo (CLP) vigilan a las enfermedades de larga duración y su secuela a través del tiempo. De difícil delimitación pertenece a los servicios integrales de la Medicina Familiar que abraza la promoción de la salud, prevención de complicaciones, curación, rehabilitación y acompañamiento de pacientes en situaciones de fragilidad, discapacidad y dependencia. De forma general el programa oferta el acompañamiento médico, psicológico y social para brindar calidad de vida en beneficio del paciente y su núcleo familiar pese a la adversidad.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar el abordaje integral de un paciente adulto maduro que pertenece a grupo prioritario de atención por discapacidad, pluripatología y escasas redes de apoyo en el margen de los CLP, así como describir las dificultades que se presentan en el tiempo en el margen del primer nivel de atención del Centro de Salud “Los Esteros” de la ciudad de Manta – Ecuador, en el periodo 2020 – 2021.

Existe un incremento exponencial de pacientes que requieren cuidado a largo plazo y no cuidados paliativos, subespecialidad con diagnóstico y algoritmos propios, lo que se convierte en un reto por la complejidad del abordaje multidimensional de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, esto acompañado de la escasa bibliografía o guías de manejo para enfermedades crónicas y las variables biopsicosociales que incrementan la complejidad del manejo para los profesionales.

El trabajo del médico de familia se enfoca en brindar el acompañamiento para mejorar la calidad de vida a través de las acciones trazadas en un plan integral e interdisciplinario de trabajo, en el que se involucra al paciente, cuidadores, personal y demás redes de apoyo, el enfoque primordial es la vista domiciliaria, eje central de manejo del presente trabajo.

Si bien las enfermedades crónicas son frecuentes en el país, el análisis de caso permite tener la óptica de los CLP como unidad de estudio, lo que constituye un aporte para la comunidad médica en temas de cuidado biopsicosocial de pacientes con dependencia y discapacidad, población que requiere un acompañamiento eficiente y cálido hasta llegar a su última etapa.

Palabras clave:

Cuidados a Largo Plazo, enfermedades crónicas, medicina integral, cuidados paliativos, discapacidad.

ABSTRACT

Long-Term Care, a large section within Family Medicine, in its spectrum includes prevention, health promotion and the activities carried out by the patient with the help of third parties since it cannot be satisfied by itself, as well as monitor long-term illnesses and sequelae that occur over time. The program offers the medical, psychological and social alternatives that the health systems have to offer for the benefit of the patient and her family nucleus.

The objective of this work is the analysis of the comprehensive approach of a patient with long-term care in the first level of care at the Health Center of the city of Manta - Ecuador. It should be noted that in the analysis of Long-Term Care in a patient with multiple comorbidities, belonging to a priority group that is managed in a multidisciplinary way at the first level of care, it will be guided by the family doctor, to reduce complications and provide support to improve the quality of life through the actions outlined in a work plan, in which the patient, caregivers, paraclinical personnel and support networks are involved, focused primarily on home vision, a fundamental axis in action of the first level of health.

From these procedures, the expected results are obtained in the self-care and empowerment of the main caregiver; However, the desired empowerment by the community and the other members of the family was not obtained, which opens a new challenge for the work team. Although it was possible to improve the quality of life of the patient through Long-Term Care through the prevention and promotion of health together with the empowerment of self-care and the work of the main caregiver for the improvement of the spheres surrounding the universe of the patient, Family conditions did not allow to reduce incident factors in the subject's state of health.

Keywords:

Long-term care, chronic diseases, integral medicine, palliative care, disability.

INTRODUCCIÓN

La discapacidad y cronicidad no son conceptos nuevos, en la antigüedad se describen diferentes líneas influyentes que tratan de explicarlas; así, el modelo mágico religioso define a la discapacidad como un castigo divino o anuncio de un propósito fatalista en el futuro de la familia, por lo que padres y cuidadores optaban por el aislamiento social del miembro o la muerte del discapacitado, antes de que la sociedad supiera de la desgracia familiar por temor a la estigmatización social de la época (Medina Verástegui et al., 2000; MSP/ECUADOR, 2020).

A través del tiempo la percepción sobre discapacidad evoluciona. Estudios publicados después de la Primera Guerra Mundial abarcan las consecuencias físicas y psíquicas en personas envueltas en estos conflictos, lo que replantea la óptica de la discapacidad y la enfermedad crónica. Se crea el concepto como tal de discapacidad y la sociedad se ve obligada a cambiar el paradigma; de esta forma, valida el parámetro científico y la persona con discapacidad es incluida de forma activa, se advienen deberes y derechos e incluso se proporcionan herramientas para su rehabilitación y mejoras en la calidad de vida (Gascón & Redondo, 2014; Medina Verástegui *et al.*, 2000; MSP/ECUADOR, 2020).

En la actualidad, los países incorporan este grupo minoritario dentro de los derechos humanos y los integran en los modelos políticos, económicos, sociales y de salud, lo que permite transformar la denominación de *grupos minoritarios* a *grupos de atención prioritaria*. Por esta razón, la atención del paciente crónico con secuela o discapacidad es un reto dentro de la Atención Primaria en Salud (APS), con énfasis en el primer nivel, ya que es el encargado de mejorar la calidad de vida y evadir futuras complicaciones que conlleven hospitalizaciones o reincidencias por falla en el seguimiento dentro de su entorno. El mecanismo para este abordaje se conoce como cuidados a largo plazo (CLP), unidad de análisis del presente trabajo (Angulo-Pueyo *et al.*, 2016).

Desde las competencias de formación de los CLP el médico de familia trabaja en disminuir las complicaciones y la mortalidad en el entorno del paciente crónico, promueve su seguridad, crea conciencia y evita lesiones. De igual forma, asegura la asistencia de la patología en cualquier etapa, lo que garantiza la reducción del impacto del diagnóstico a largo plazo. Para lograrlo, el proveedor del servicio debe estar

acompañado de un conjunto profesional multidisciplinario, coordinado en el accionar y toma de decisiones sobre el paciente y sus cuidados dentro de la historia natural de la(s) enfermedad(es). Los conceptos de cronicidad, dependencia, fragilidad y autonomía se entrelazan y hasta se superponen, por lo que deben estar claros y definidos por todo el equipo. Se debe comprender que muchos de estos pacientes ingresan a los programas con más de una enfermedad crónica y grandes limitaciones socioeconómicas, y esto conlleva una dependencia hacia el sistema de salud y el entorno familiar. Todo lo anterior pone en riesgo el equilibrio social que lo rodea y confiere un gran desafío para la Medicina Familiar y Comunitaria (Rocco & Garrido, 2017).

En Ecuador y la región, los cuidados a largo plazo se vinculan íntimamente a los cuidados paliativos (CP), incluso los CLP tienen como referente a la Guía Nacional de Cuidados Paliativos, donde las definiciones se caracterizan por su similitud y generalidad. De esta forma, ‘dependencia’ se refiere a la pérdida de autocuidado para el desempeño de las actividades de la vida diaria; por ende, la necesidad y apoyo de terceros para la supervivencia y disminución de la morbilidad sin un futuro inmediato de muerte. En cambio, en los CP la dependencia se direcciona a pacientes con enfermedades crónicas, progresivas, avanzadas, incurables, con pronóstico de vida limitado en fase terminal y se centra en el control del dolor y manejo de síntomas hasta la muerte inmediata (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Por otra parte, la ‘discapacidad’ se define como la “deficiencia física mental, intelectual o sensorial, con independencia de su causa, y la restricción permanente de su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer actividades de la vida diaria”. El Ecuador asume la definición a través la Ley Orgánica de Discapacidades que determina la importancia del abordaje de la discapacidad y la estimación del grado de dependencia, valoración a cargo del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Tribunal Constitucional de la República del Ecuador, 2012).

Para brindar una mejor calidad de vida a los pacientes con discapacidad y enfermedades crónicas, en el año 2009 el Gobierno nacional inició un análisis de las diferentes escalas de cronicidad y discapacidad en los ciudadanos. Lo hizo con la creación del primer programa biopsicosocial, llamado ‘Misión Solidaria Manuela Espejo’, para dotar al Ecuador de una base para la coordinación de políticas y establecer planes y programas adecuados a la realidad nacional. En la misión se priorizó la igualdad, la prevención y la promoción, según la realidad individual y condiciones de vida más los

componentes sociales y del núcleo familiar (Vicepresidencia de la República del Ecuador, 2009).

La ‘Misión Solidaria Manuela Espejo’, conocida como Las Manueles, se orienta a garantizar la atención integral de los sujetos con discapacidad en entorno de pobreza extrema y sus núcleos familiares para asegurar su autonomía por medio de:

1. Identificación de la persona con discapacidad y su núcleo familiar; 2. Valoración integral en territorio; 3. Facilitación de elaboración de un plan de atención y vida que garantice las intervenciones, y 4. Seguimiento del plan. Con ello, el paciente tendrá las siguientes garantías: 1. Seguridad de ingresos; 2. Atención integral de salud; 3. Fortalecimiento de las capacidades, habilidades y competencias; 4. Fomento de autonomía e inclusión familiar y social, y 5. Prevención de violencia (Ministerio de Inclusión Social, 2018).

Para llevar a cabo los objetivos de la misión de Las Manueles el Gobierno lanzó el bono ‘Joaquín Gallegos Lara’, dirigido a las personas con discapacidades o enfermedades catastróficas. Su finalidad es estimular de forma económica al beneficiario para garantizar sus derechos básicos, como el acceso a alimentación y medicación. Así se contempla en la Carta Magna, en el Decreto Ejecutivo 422 y Acuerdo Ministerial 118. Desde el 2012, a pesar de los cambios Gubernamentales, el proyecto sigue en pie y abraza a un número aproximado de 470.820 personas con discapacidad, identificadas y atendidas dentro de la zona urbana y rural (*Datos de Gestión – Secretaría Técnica Plan Toda una Vida*, 2021; Tribunal Constitucional de la República del Ecuador, 2012).

Gracias a esta iniciativa, miles de ecuatorianos en situación crítica se benefician de la Constitución, leyes y derechos, avances en la medicina y cobertura del SNS, lo que mejora su expectativa de vida, pero a su vez infiere en el aumento del cuidado en la cronicidad, dependencia, discapacidad y vulnerabilidad. En consecuencia, son más familias las que requieren un abordaje integral desde el eje de la salud y la medicina familiar (Plan Toda Una Vida, 2017; Tribunal Constitucional de la República del Ecuador, 2012). Así, para el profesional del primer nivel de atención es fundamental dominar esta problemática y conocer las pautas del acompañamiento, tanto desde el punto de vista biológico como psicosocial, del paciente en CLP. Todo lo anterior sustenta la importancia del presente estudio en el análisis de un paciente con múltiples

comorbilidades, presencia de factores de riesgo familiares y escasas redes de apoyo, lo que supone un complejo estudio y toma de decisiones dentro de la APS.

Justificación

Dentro de la historia natural de la enfermedad, un gran porcentaje no se resuelven con satisfacción, esto conlleva a múltiples patologías se direccionen hacia la cronicidad o fase terminal, para ello es importante el cuidado especializado bajo la óptica biopsicosocial. Esto ha llevado a un sin número de cambios dentro de la vida de quien la padece y su entorno, con este preámbulo el médico ahonda sobre las patologías que lo agobian al paciente y los cuidados que tendrán que llevar a lo largo de la vida.

La discapacidad, dependencia y cronicidad se asocian a otras comorbilidades y afectaciones familiares y esto representa un desafío para el médico y todo el sistema de salud. En general, la naturaleza de estas condiciones hace que los prestadores del servicio de salud y su personal apliquen efectivamente los recursos, conocimientos técnicos y científicos, y, en general, involucren a todo el SNS para aplacar y ralentizar los padecimientos suscritos. Si bien no es posible ofrecer una cura para el diagnóstico o revertir el pronóstico, los equipos de atención primaria se esfuerzan por brindar calidad de vida. En este orden de ideas, aparece el término ‘cuidados a largo plazo’ con poca literatura sobre los ‘cuidados paliativos’, sin embargo definirlo como unidad de análisis es un tema de gran interés en el primer nivel de atención, encargado de garantizar la cobertura en la esfera biológica, psicológica y social del paciente y su familia (Leòn Rodriguez Carlos, 2015).

La Constitución de la República del Ecuador, en sus artículos 11, 47, 49 y 69, explicitan la igualdad de derechos, aseguran la inclusión, promueven el cuidado de los pacientes y protegen a los cuidadores. El estado dispone de un contingente integral a favor de las personas con discapacidad severa y en situación crítica, así como para las personas con enfermedades catastróficas raras o huérfanas (Asamblea Nacional Constituyente, 2012).

Con los antecedentes, el presente trabajo pretende describir el abordaje integral de un paciente masculino con discapacidad física severa tras la amputación de un miembro inferior secuela de diabetes mellitus junto con hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica y sus secuelas, dentro del gran marco de cuidados a largo plazo si bien las enfermedades crónicas son frecuentes en el país el presente análisis de caso permite tener

la óptica del paciente, su familia y del equipo de salud, lo que constituye un aporte valioso para la comunidad médica en temas de cuidado biopsicosocial en pacientes crónicos y discapacidades realidad que rodea a los cuidados paliativos sin llegar a esta subespecialidad, y enfocándose en los cuidados a largo plazo que agrupa al conjunto de pacientes que requieren un acompañamiento hasta su última etapa.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el abordaje integral de un paciente con cuidados a largo plazo en el primer nivel de atención del Centro de Salud “Los Esteros” de la ciudad de Manta Ecuador, en el periodo 2020 – 2021?

Objetivos

General

Analizar el abordaje integral de un paciente con cuidados a largo plazo en el primer nivel de atención del Centro de Salud “Los Esteros” de la ciudad de Manta – Ecuador, en el periodo 2020 – 2021

Específicos

- Definir los componentes del abordaje integral del paciente a largo plazo en el primer nivel de atención.
- Exponer la percepción del paciente y su familia en el cuidado a largo plazo en el margen de la salud pública.
- establecer un algoritmo de seguimiento de cuidados a largo plazo desde el equipo de salud del primer nivel de atención.
- Revisar la literatura actualizada sobre los cuidados a largo plazo, su manejo y normativa legal a nivel nacional e internacional.

Metodología

Se realizó un análisis de caso.

Procedimiento

Se recolecto información mediante historia clínica, ficha familiar, referencias, contrarreferencias y estudios diagnósticos, una vez que se obtuvo la autorización del Centro de Salud Los Esteros de la ciudad de Manta (Anexo 1) y la posterior aprobación

del presente protocolo por el Subcomité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Este proceso se llevó a cabo previa firma del consentimiento informado por parte del paciente y en conocimiento de su familia y cuidador (Anexo 2).

Se procedió a una búsqueda exhaustiva de la evidencia sobre cuidados a largo plazo, discapacidad, cronicidad, dependencia, manejo integral en el primer nivel de atención y en el sistema de salud en el marco de la APS. Tras la revisión bibliográfica y el planteamiento del problema se desarrolló conclusiones para crear la discusión y recomendaciones por parte de la autora.

Aspectos bioéticos

El estudio se basó en la declaración de Helsinki y las guías de práctica clínica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La información y la explicación del estudio se trasladaron al paciente y a su familia para llenar el consentimiento informado y proceder a la firma. Los datos son confidenciales y se respetó la decisión del paciente o de sus cuidadores en el caso de que opten por desistir del estudio. Igualmente, se garantizó la protección de integridad, en el sentido de que todos los datos son utilizados para la investigación, la información fue presentada para el trabajo final; si el estudio se publica no se utilizarán los nombres de los participantes, ni el número de identificación ciudadana, ni los códigos de cifrado.

El presente estudio no tiene conflicto de interés al no requerir fuente externa de financiamiento.

MARCO TEÓRICO

Aproximación a la definición de cuidados a largo plazo

El advenimiento de una enfermedad en un miembro de la familia ya sea esta aguda, crónica o terminal, determina cambios en uno o varios miembros y se considera que es una crisis consciente o inconsciente que altera el funcionamiento del núcleo familiar. El ajuste a este nuevo entorno permite cambios, los cuales generan adaptaciones que llevan a la familia a un nuevo estado de equilibrio o no y sitúan al enfermo en riesgo con referencia a su cuidado (Ángel y Ortega, 2004).

Cuando la enfermedad se prorroga hasta la cronicidad se crean nuevas necesidades dentro del medio familiar, que, de no ser satisfechas, pueden llegar a un deterioro progresivo e irreversible, lo que facilita nuevas crisis. Este estrés impacta en la familia y genera una serie de respuestas adaptativas que pueden satisfacer las nuevas necesidades creadas y llevar a la funcionabilidad o disfuncionalidad del hogar (Ángel y Ortega, 2004).

No obstante, cuando la enfermedad se dilata por extensos periodos de tiempo, aumenta el ingreso a situaciones de fragilidad y dependencia, lo que supone cambios funcionales, personales y familiares que contribuyen a reducir la mortalidad de quien la padece. Estas circunstancias tienen que ver con las atenciones o los costos relacionados con la enfermedad, ya que se suele recurrir a un profesional para que se encargue de los cuidados del enfermo. Por este motivo, se establece una nueva crisis de desorden económico dentro del núcleo familiar, al requerir más ingresos por conceptos de cuidado, medicación, consultas y transporte, lo que implica una alteración de los roles dentro de la familia (Ángel y Ortega, 2004; Gascón y Redondo, 2014).

En este marco, la familia requiere la ayuda inmediata y el respectivo acompañamiento a lo largo de la historia de la patología, mientras que el Sistema Nacional de Salud (SNS) es el ente encargado de formular y definir la política, junto con su aplicación y cumplimiento. El sistema diseña e implementa programas de la atención integral, definidos por tres ejes: el primer eje abarca la atención integral oportuna y gratuita con énfasis en la promoción y prevención; el segundo constituye a la vigilancia de la enfermedad, y, el tercero está dado por el conocimiento de vida saludable. Es así como se crean guías de práctica clínica que ayudan al personal de salud a clasificar los pacientes en busca de un adecuado tratamiento y seguimiento (Misterio de Salud Publica del Ecuador, 2012; Nacional, 2006).

Cuando el personal de salud se encuentra con un paciente que muestra algún grado de dependencia o cuidado especial que demanda atención por largo periodo de tiempo, pero difiere de los cuidados paliativos, entra el concepto de cuidado a largo plazo (CLP), el cual se define como:

“El cuidado a largo plazo es el sistema de actividades que realizan los cuidadores informales (familia, amigos y/o vecinos) y/o profesionales (sanitarios, sociales y otros) para asegurar que la persona no plenamente capaz de su autocuidado pueda mantener el más alto nivel de calidad de vida alcanzable, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana” (World Health Organization (WHO), 2002, p.22).

A partir de la definición anterior, se entiende que el proveedor del servicio puede clasificar el nivel de desempeño de las actividades en la ayuda parcial o total para satisfacer sus requerimientos diarios, según sus condiciones socioeconómicas y los recursos obtenidos de las entidades públicas, lo que comprende una amplia visión de iniciativas para mantener la autonomía en el cuidado personal y sanitario (Gascón y Redondo, 2014).

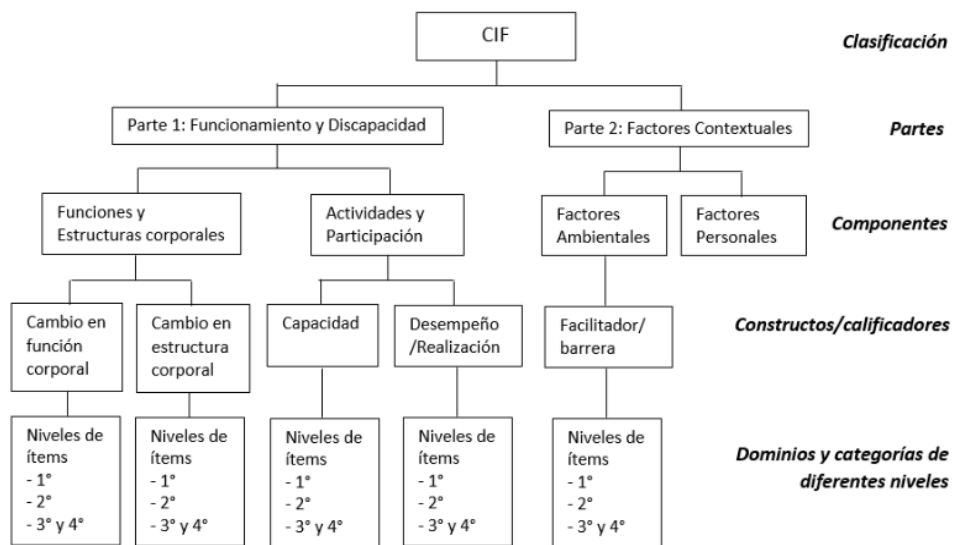
Sistema de valoración y clasificación de las discapacidades

De acuerdo con la OMS se estima que alrededor de 40 millones de personas requieren algún tipo de cuidado anualmente, de los cuales el 78 % viven en países de bajos ingresos y no pueden acceder a los diferentes programas de salud (Mee, 2008). Para ello, la OMS redacta la categorización sobre discapacidad, documento que detalla la clasificación de discapacidades y minusvalías desde 1980 y sus actualizaciones a través del tiempo. Así se crea la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) (OPS/OMS, 2018).

La CIDDDM se actualiza en el 2001 y cambia su nombre a Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), donde dinamiza el modelo de clasificación en tres niveles de enfermedad: **funcionamiento** (estructura y funciones corporales junto con interacción social); **discapacidad** (deficiencia de funciones y estructuras que limitan la capacidad de llevar acciones de tipo social), y **salud** (mecanismo esencial que conecta el funcionamiento y discapacidad). La CIF agrupa y

normaliza el lenguaje y lo relaciona con el estado de salud. Esta categorización trata de unir las partes y componentes, dominios y categorías en un esquema grafico que intenta aclarar las interacciones en el ejercicio y la discapacidad (Carlos *et al.*, 2001). El gráfico 1 y 2 muestra la CIF 2018.

Gráfico 1: Estructura de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud



Fuente: Representación de la CIF (2018). Manual de Calificación de la Discapacidad, p. 27

Gráfico 2: Interacciones entre los componentes de la CIF

Componentes	Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2: Factores Contextuales	
	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	Funciones corporales. Estructuras Corporales.	Áreas vitales (tareas, acciones).	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad.	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad.
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos). Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos).	Capacidad. Realización de tareas en un entorno uniforme. Desempeño/realización Realización de tareas en el entorno real.	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal.	El efecto de los atributos de la persona.
Aspectos positivos	Integridad funcional, estructural. Funcionamiento	Actividad. Participación	Facilitadores.	No aplicable.
Aspectos negativos	Deficiencia. Discapacidad	Limitación a la actividad. Restricción en la participación.	Barreras/obstáculos.	No aplicable.

Fuente: Representación de la CIF (2018). Manual de Calificación de la Discapacidad, p. 28

La utilidad de la CIF está en los constructos o calificadores, los cuales describen los estados en relación con la salud o, como se llamaba en el CIDDM, consecuencia de la enfermedad. En cada componente se aplicará un constructo que proporcionará los cambios, el desempeño y la capacidad para determinar los dominios o categorías en los diferentes niveles, con lo que obtenemos:

Constructo funciones corporales

Primer calificador: genérico, indica extensión o magnitud de una deficiencia funcional. (Carlos *et al.*, 2001)

Tabla 1: Primer calificador de funciones corporales.

Calificador	Significado	Porcentaje
0	No hay deficiencia / Insignificante	0 al 4 %
1	Deficiencia LIGERA / Poca o escasa	5 al 24 %.
2	Deficiencia MODERADA	25 al 49 %.
3	Deficiencia GRAVE / Extrema	50 al 95 %
4	Deficiencia COMPLETA / Total	96 al 100 %
8	Sin especificar	
9	No aplicable	

Fuente: Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad (Carlos *et al.*, 2001).

Elaborado por: Mónica Guerrero M.

Segundo calificador: indica la naturaleza del cambio respecto a la estructura corporal y va con un segundo dígito que denota:

Tabla 2: *Segundo calificador de funciones corporales.*

Clasificador	Significado
0	No hay cambio en la estructura
1	Ausencia total
2	Ausencia parcial
3	Parte adicional
4	Dimensiones aberrantes
5	Discontinuidad
6	Posición desviada
7	Cambios cualitativos en la estructura, incluyendo la acumulación de fluido
8	Sin especificar
9	No aplicable

Fuente: Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad (Carlos *et al.*, 2001).

Elaborado por: Mónica Guerrero M.

Tercer calificador: no se recomienda aún su uso por no estar terminado, pero dará la disposición de la deficiencia estructural; será un tercer dígito y significará:

Tabla 3: *Tercer calificador de funciones corporales.*

Clasificador	Significado
0	Más de una región
1	Derecha
2	Izquierda
3	Ambos lados
4	Delante
5	Detrás
6	Proximal
7	Distal
8	No especificada
9	No aplicable

Fuente: Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad (Carlos *et al.*, 2001).

Elaborado por: Mónica Guerrero M.

Constructo de actividad y participación

Lo componen dos grupos de calificadores que están representados por números separados de un punto del código del ítem que lo describe.

Primer calificador: desempeño (muestra lo que se hace en su entorno).

Segundo calificador: describe la aptitud del individuo para poner en marcha una acción, ambos calificados se deben realizar en conjunto y se dan un número:

Tabla 4: Primer y segundo calificador de actividad y participación.

Calificador	Significado	Porcentaje
0	No hay dificultad (ninguna, ausencia, insignificante...)	0 al 4 %
1	Dificultad LIGERA (poca, escasa...)	5 al 24 %.
2	Dificultad MODERADA (media, regular...)	25 al 49 %.
3	Dificultad GRAVE (mucha, extrema...)	50 al 95 %
4	Dificultad COMPLETA (total...)	96 al 100 %
8	Sin especificar	
9	No aplicable	

Fuente: Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad (Carlos *et al.*, 2001).

Elaborado por: Mónica Guerrero M.

Calificadores del constructo de factores ambientales

Solo es un grupo, separado por un punto o signo + cuando es un facilitador y significa:

Tabla 5: Calificador de factores ambientales.

Calificador	Significado	Porcentaje
.0	No hay barrera (ninguna, ausencia, insignificante...)	0 a 4 %
.1	Barrera LIGERA (poca, escasa...)	5 a 24 %
.2	Barrera MODERADA (media, regular...)	25 a 49 %
.3	Barrera GRAVE (mucha, extrema...)	50 a 95 %
.4	Barrera COMPLETA (total...)	96 a 100 %
.8	Barrera sin especificar	
.9	No aplicable	
+0	No hay facilitador (ninguna, ausencia, insignificante...)	0 a 4 %
+1	Facilitador LIGERO (poca, escasa...)	5 a 24 %
+2	Facilitador MODERADO (media, regular...)	25 a 49 %
+3	Facilitador GRAVE (mucha, extrema...)	50 a 95 %
+4	Facilitador COMPLETO (total...)	96 a 100 %
+8	Facilitador sin especificar	

Fuente: Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad (Carlos *et al.*, 2001).

Elaborado por: Mónica Guerrero M.

El Manual de Calificación de la Discapacidad (MCD) ofrece conceptos claros sobre los tipos de discapacidad, tales como discapacidad auditiva, del lenguaje, física, intelectual, múltiple, psicosocial y visual, el origen de la discapacidad prenatal, perinatal, postnatal. Están basados en la clasificación de la OMS y la CIF, en la que no se clasifican personas, sino rasgos de su estado de salud y funcionamiento, entendiendo la discapacidad como una expresión del estado de la salud. Los conceptos que se deben tener en cuenta para proceder a una calificación o recalificación de discapacidad son los siguientes:

- Actividad: desempeño de una tarea respecto a la funcionalidad del individuo.
- Barreras: factores ausentes o presentes que limitan el funcionamiento o generan discapacidad.

- Capacidad: constructo que indica como calificador de máximo nivel de operatividad de una persona en un momento dado y en un entorno normatizado que neutralice el efecto de los diversos contextos no modificables.
- Condición de salud: encierra enfermedad aguda o crónica, trastornos, traumatismos e inclusive estados (embarazo, vejez, estrés, anomalías genéticas), es decir, todo lo que se relacione con alguna alteración de la salud.
- Deficiencia: limitaciones en las funciones que producen pérdida en el funcionamiento esperado, sea temporal o permanente, progresivo, estático o intermitente, y que no implique presencia de enfermedad.
- Desempeño: constructo calificador en un ambiente real y participación en situaciones vitales.
- Facilitadores: factores del entorno, presentes o ausentes, que mejoran o reducen la discapacidad.
- Limitaciones de la actividad: dificultad para realizar una actividad (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018).

Otro acápite importante dentro del MCD son los criterios de selección y justificación, donde se tiene en cuenta la calificación de la discapacidad pasados 12 meses después de un tratamiento, con valoración de los tres componentes de la CIF, excepto casos estructurales evidentes como: “mutilación/es, cifoescoliosis grave con limitación cardiopulmonar, consecuencias de parálisis cerebral infantil, paraplejia, cuadriparesia o cuadriplejia, enfermedad de Parkinson en etapas avanzadas (sometimiento total para actividades de la vida diaria y de autocuidado), circunstancias respiratorias con dependencia indeleble de oxígeno y cianosis distal, fístulas entero cutáneas indelebles, sondaje uretral permanente, hipocrecimiento (talla menor a 134 cm), ausencia ocular bilateral, leucoma corneal bilateral, anoftalmia bilateral, cofosis con ausencia de lenguaje oral a partir de los 6 años, disfemia (tartamudez o trastorno de la pronunciación por fisuras labiopalatinas, malformaciones y/o alteraciones congénitas o adquiridas de los órganos fonatorios), trastorno del desarrollo intelectual moderado con tendencia a grave, trastorno del desarrollo intelectual grave, trastorno del desarrollo intelectual profundo, deterioro cognitivo grave, deterioro cognitivo profundo” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018).

Otro de los parámetros para la valoración en la dependencia, teniendo en cuenta que es un estado permanente derivado por la edad, enfermedad o discapacidad y ligada a

una falta o pérdida de autonomía física, mental o intelectual que añade atención constante de otra persona, es la necesidad de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria o apoyo en la autonomía. Esta dependencia puede estar afectada en cierto grado de los nueve dominios o sus componentes, y para ello la discapacidad se califica en limitación de la actividad y la interacción con los factores ambientales y la ayuda personal o técnica; la graduación lleva los mismos parámetros de la CIF. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018).

Adicionalmente, se consideran otras graduaciones y índices de valoración de dependencia como: “Conjunto Mínimo de Datos del RAI, método PLAISIR, escala de Evaluación de la Capacidad Adaptativa (EVALCAD), escala de Estado de Disfunción Ampliada de Kurtzke, escala Kuntzman/Sakontzen, baremo de necesidad de Ayuda de Tercera Persona (ATP), indicador de Autonomía de la Diputación Foral de Gipuzkoa (IA), baremo de Necesidad de Residencia de Álava, escala Índice de Barthel o AVD básicas, índice de Lawton o AVD instrumentales, índice de Norton, índice de Katz, índice de Karnofsky, escala de incapacidad de la Cruz Roja, índice de Kenny, Medida de la Independencia Funcional (MIF), índice AVD de Grupos de Utilización de Recursos/RUG-III, perfil de Autonomía (ayuda de tercera persona)” entre otras (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018).

Los anteriores instrumentos persiguen “apoyar la valoración de dependencia en los dominios (autocuidado, movilidad, comunicación, vida doméstica, áreas principales de la vida, aprendizaje y aplicación del conocimiento, interrelación y vida comunitaria y social)” componentes de la CIF (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018).

Los cuidados a largo plazo y su relación con la política pública de atención a grupos priorizados por discapacidad.

En Latinoamérica, a partir de 2014, el estudio de CLP se incluye como parte de los cuidados paliativos. El término CLP abraza las estrategias de los cuidados integrales de la discapacidad y enfermedades no transmisibles, pero a diferencia de los cuidados paliativos (CP) no hay eminencia de muerte del paciente, lo que genera complejidad en el abordaje (OPS/OMS, 2018). Ambos programas asistenciales toman diferentes denominaciones o modelos en los países y, de forma general, abarcan acciones sanitarias, económicas, sociales y ambientales centradas en la esfera individual que se proyectan a

la familia y sociedad. Además, involucra la autonomía y capacidad de decisión del paciente y cuidador; sin embargo, la línea que divide los cuidados paliativos y los cuidados a largo plazo no está definida en muchos de los sistemas de las Américas y del mundo, por lo que se crea un problema para el médico en el primer nivel de atención al momento de la elaboración de un plan de seguimiento biopsicosocial (Gascón & Redondo, 2014).

El Ecuador incluye en su política de salud el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, que ayuda a la organización de herramientas y recursos para responder a las necesidades de salud en pacientes y sus familias, teniendo en cuenta los cuidados paliativos y la atención exhaustiva de las personas en la fase final de la vida. Por otra parte, ofrece protección a personas con discapacidades y cuidados crónicos a través de la ‘Misión Solidaria Manuela Espejo’, el primer estudio biopsicosocial para la determinación de política, atención y prevención adecuada con la realidad nacional de las personas con discapacidad. Este instrumento se instaura para la construcción de una sociedad incluyente, equitativa, digna e igualitaria, orientada a grupos de pobreza, y vencer las interacciones entre las deficiencias y barreras que se crean para que este colectivo no participe en forma activa. En este modelo se contemplan factores como el envejecimiento, afecciones de salud, cambios funcionales, familia y redes de apoyo para aprovechar al máximo la asistencia en la prestación del servicio, considerando también al personal técnico que optimiza los recursos brindados (Ecuador, 2012; Ministerio de Inclusión Social, 2018).

Al concretar el estudio se generó la necesidad de ayuda para esta población y se instauró el ‘Bono Solidario Joaquín Gallegos Lara’, que aporta con estrategias de tipo económico, ayuda social, salud y seguimiento a casos con discapacidad severa y enfermedades catastróficas. No obstante, los cuidados de estos pacientes son complejos y se extienden por largos períodos, lo que hace arduos y complicados los sistemas de vida para el enfermo y su familia, dado que atañe a los cuidados a largo plazo para los equipos de salud.

Aunque los CLP no tienen una normativa propia y están inmersos en los cuidados paliativos, el médico de familia trabaja en favor de estos pacientes amparados en el marco conceptual del Modelo de Atención Integral de Salud, el cual proporciona modelos de atención en los diferentes campos de acción en los que se incluye el personal de salud. Es

frecuente que los pacientes que no acceden a este tipo de beneficios condicionen a las familias a recurrir a sistemas no adecuados y toma de decisiones erróneas, derivándose de ello un círculo vicioso de encarecimiento y declive.

Dentro de la guía de cuidados paliativos se brinda una atención integral de enfermedades crónicas y avanzadas con pronóstico limitado, junto con el acompañamiento a sus familiares para mejorar la calidad de vida. La atención médica debe ser de carácter activo en la etapa final de la vida y engloba el duelo. Hay que tener en cuenta las necesidades que presentan en cada esfera a través de un buen control de síntomas, información oportuna, buena comunicación, autonomía, trabajo en equipo y el sentimiento de ser útil, entre otras. La atención brindada tiene que estar a cargo de un equipo capacitado adecuado a las necesidades del paciente y la familia, y se puede dar en casa, centro de salud u hospitales, según las condiciones y necesidades del paciente, mejorando el buen vivir y la condición para el final de la vida (Ministerio de Salud Pública, 2014). Para ello, el Gobierno central inicia con el programa de carnetización y clasificación de personas con grados de discapacidad, una responsabilidad asignada al Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS) desde el 2001 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018).

En el 2013 el Ministerio de Salud Pública (MSP) asume la responsabilidad de clasificación y carnetización de las personas con algún tipo de discapacidad, competencia transferida desde la CONADIS, para lo cual inicia con la formación y acreditación del personal médico de primer nivel de atención. En el 2017 se elabora el instrumento de calificación y en el 2018, según Acuerdo Ministerial 0245-2018, se inicia con el proceso de calificación, recalificación y acreditación (Vergara Andueza, 2019). Se crea el Manual de Calificación de la Discapacidad con el siguiente objetivo: “Proporcionar a los equipos calificadores especializados aquellos procedimientos específicos y unificados que deberán ser aplicados para calificar, recalificar y acreditar la condición de discapacidad de las personas con alguna deficiencia permanente, que limite la realización de actividades de la vida diaria y restrinjan la participación en la sociedad, con relación a las barreras y facilitadores del entorno”. Se toman bases como la CIF y la ley orgánica de discapacidades (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2018).

Cuidados a largo plazo

La sociedad médica ha dado solución a enfermedades agudas y su enfoque ha sido mayoritariamente curativo, pero la principal causa de morbilidad y mortalidad a través del tiempo son las enfermedades crónicas, las cuales no han sido enfocadas de forma idónea. Estas enfermedades son de larga duración, progresión lenta, no transmisibles, principalmente las de tipo cardiovascular, metabólicas, mentales y respiratorias, junto con el deterioro funcional que acompaña a la enfermedad (León Rodríguez Carlos, 2015).

El nivel socioeconómico de la familia influye en la evolución de toda enfermedad, debido a la capacidad de asistencia social, compra de medicación y cuidados intra o extra hospitalarios si el paciente lo requiere, lo que aumenta la posibilidad de vida en enfermedades agudas e incrementa los cuidados de enfermedades crónicas. Con el aumento de los años de vida las personas también elevan el número de enfermedades, con lo que algunos pacientes tienen pluripatologías no exclusivas de los adultos mayores, pero que sí son limitantes para efectuar las actividades diarias dentro de los parámetros de la normalidad. Estas personas requieren acceder al sistema de salud para la provisión de servicios en un nivel adecuado y accesible a todos los pacientes, y es aquí donde los CLP dentro del primer nivel de atención generan una mayor demanda, ya que va más allá de ofrecer un seguimiento y cuidados discontinuos en espera de reagudizaciones y complicaciones de su patología (León, 2015).

El abordaje de la cronicidad siempre requiere un enfoque multidisciplinario formado por diferentes ramas de los servicios médicos y sociales que atienden al paciente y su entorno, cuyo objetivo es la prevención, dar un diagnóstico precoz de la enfermedad, cuidar, curar y obtener una vida activa e independiente del paciente. Todo ello se logra a través de la identificación de su pluripatología, grado de dependencia y de comorbilidad, junto con su deterioro funcional dado por secuelas de su patología (León Rodríguez Carlos, 2015).

Por lo antes dicho, en el 2002 la OMS elabora la versión ampliada del manual de atención de las condiciones crónicas, exaltada en la comunidad y las políticas para mejorar la atención médica. Destaca en especial la atención primaria y las redes integrales de prestación continua de servicios a través del tiempo en todos los ciclos de vida, con énfasis en los grupos multidisciplinarios, la atención del paciente y los sistemas de

investigación, todos para el apoyo y el desarrollo de la población y los pacientes (OPS/OMS, 2013).

El Ecuador crea el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (MAIS), donde acoge los siguientes pilares fundamentales dentro de su marco conceptual: salud (envueltas todas las necesidades del paciente dentro de sus diferentes esferas), y atención primaria (cuya base para orientación del sistema de salud sujeta a leyes, economía e inclusión social, trata de fomentar y fortalecer recursos tanto humanos y equipo de salud, junto con fortalecimiento de la red integral) (Misterio de Salud Publica del Ecuador, 2012).

Dada la complejidad de las enfermedades crónicas se torna difícil su control y la disminución de mortalidad. El médico de familia acopla sistemas ya establecidos y los adapta en beneficio de las personas, implementa estrategias en el nivel de atención que se encuentre y mejora la atención de pacientes crónicos a través de: automanejo, apoyo mutuo entre pares, apoyo en cuidadores informales, visitas domiciliarias y telecuidado (llamadas telefónicas), todo ello enfocado en favor del paciente, a lo que se suma la educación de autocuidado que favorece la adherencia a tratamientos y detención oportuna de complicaciones (Sapag et al., 2010).

Acciones relacionadas con el cuidado a largo plazo

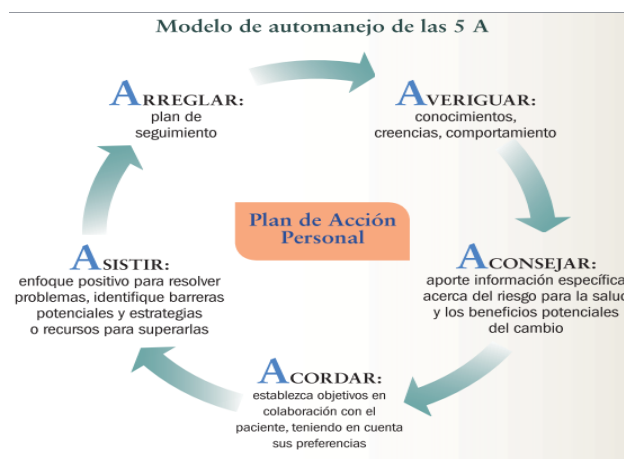
Automanejo

Comprendido como el conjunto de actividades que el paciente patológico debe realizar para vivir bien, esto se logra con el suministro e intervenciones del equipo de salud para aumentar las habilidades y la confianza del paciente en el manejo de la enfermedad, lo que incluye: evaluación del progreso y apoyo en el surgimiento de problemas (OPS/OMS, 2013).

El apoyo del automanejo requiere la participación activa del paciente y el seguimiento de cada una de las enfermedades crónicas y sus respectivas complicaciones, la adherencia al tratamiento y el reconocimiento de cambios o empeoramiento de síntomas junto con la toma de decisiones adecuadas en la búsqueda de ayuda profesional. Todas estas acciones están reforzadas en cada uno de los seguimientos proporcionados por el médico o profesionales de la rama, y en este apoyo el profesional puede utilizar el

modelo de las cinco A (Aconsejar, Averiguar, Acordar, Asistir y Arreglar), fácil de entender, recordar, utilizar y flexible de aplicar (OPS/OMS, 2013).

Gráfico 3: Modelo de automanejo de las 5^a



Fuente: Modelo de automanejo de las 5 A (2018). Cuidados innovadores para las condiciones crónicas, p. 32

Este modelo inicia con obtener datos (Averiguar) sobre la condición del paciente con respecto a sus enfermedades, además de los riesgos personales y familiares que pongan en compromiso al paciente. Dentro de ellas podemos encontrar creencias, nivel de educación y trabajo, donde el profesional puede proporcionar consejos (Aconsejar) y lograr objetivos de colaboración entre el galeno, paciente y el familiar (Acordar). No solo eso, en este paso podemos acceder a los pensamientos del enfermo y su familia y así proporcionar Asistencia sobre las dudas o las complicaciones que se presenten a lo largo de la vida. De esta manera se podrá llegar a Arreglos sobre el apoyo, seguimiento y asistencia por parte de la entidad de salud (OPS/OMS, 2013).

Apoyo mutuo entre pares

Es importante que se conozcan, en pares o equipos, personas con un mismo grupo de enfermedades, porque así se produce un intercambio de información que ayuda a la educación basada en experiencias de pacientes con las mismas patologías. Se trata de una buena fórmula para conseguir un cambio de conductas, porque mejora la autoestima, la autoeficacia, y la salud mental, además del apoyo social. Esta estrategia se utiliza en

pacientes con recaídas y reagudizaciones o en fracasos de tratamientos, ya que mejora la educación en autocuidado y el aumento de la autoestima (Sapag et al., 2010).

Cuidadores informales

Conocer personas dentro de las redes sociales es beneficioso para la elevación del autocuidado, activación de requerimientos a sistemas de ayuda, identificación de signos de alarma y acceso familiar oportuno; dentro de este grupo pueden estar incluidos los sistemas de salud, familiares, amigos, o redes cercanas al paciente crónico. El objetivo de este tipo de apoyo es evitar el sobrecargo de actividades al cuidador principal y reagudizaciones de la enfermedad de base (Sapag et al., 2010).

Telecuidado

Cuidados por medio de las telecomunicaciones como teléfono fijo, celular o internet, ayuda en presencia de barreras estructurales o de disposición en los recursos humanos. Esta herramienta refuerza la continuidad y seguimiento de tratamientos, apoyo en cambios estilo de vida, mejora en la detección de enfermedades y complicaciones, mejora la comunicación médico – paciente (Sapag et al., 2010).

Visitas domiciliarias

Se ayuda a la captación y recolección de datos, garantiza el acceso a los servicios de salud, intervención oportuna, implantación de red de vigilancia comunitaria, capacitación oportuna al paciente, redes de apoyo y seguimientos planificados (Publica, 2017); las visitas domiciliarias se guiarán según el grupo prioritario, enfermedades de impacto, edad del paciente, discapacidad, dificultad de traslado, comunidad o se da una clasificación individual si se amerita (Misterio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

De lo antes mencionado se tiene dos ejemplos de visitas: la primera visita de reconocimiento y evaluación de la familia, en especial cuando existe riesgo, en ella se emite un diagnóstico y se establece el seguimiento, el cual estará dado por el equipo de salud y las complicaciones que presente el paciente; dentro de la primera visita se despliega un orden, constituido por etapas (preparación de visita, presentación al domicilio, valoración, planificación, ejecución de actividades, evaluación de la visita y registro de la visita), y pasos (salida, llevar programación, durabilidad de visita, efectividad, reporte de actividades) (Misterio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

En el seguimiento, después de la evaluación previa, se realiza evolución de la enfermedad, revisión de exámenes complementarios, en ella se prioriza el valor del alarma, los factores de riesgo asociados, se clasifica la amenaza que presenta en el paciente y su familia, se traza una estrategia de evaluación y seguimiento; en este lapso se mejora la empatía y la calidad de atención, además de dar promoción en estilo y calidad de vida y se desarrolla acuerdos para facilitar las acciones a seguir (Cuidados Innovadores Para Las Condiciones Crónicas, 2013.; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

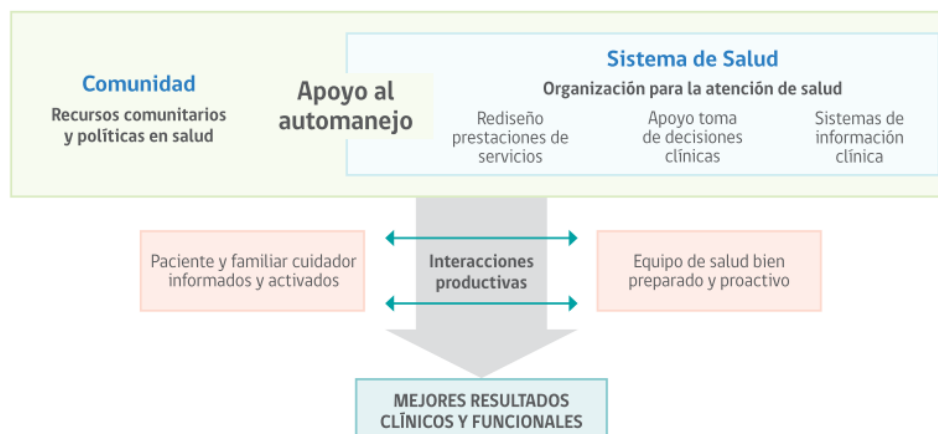
Todo lo expuesto confirma el impacto de la visita domiciliaria el cual se evidencia dentro del fortalecimiento en los niveles del sistemas de salud y los sistemas familiares e individuales del paciente con enfermedades crónicas y sus secuelas, el mejoramiento se basa en el cambio de la calidad de los enfermos crónicos, la reducción de las necesidades de atención, la mejoría en la recolección de datos, evaluación, seguimiento e intervención oportuna en cada una de las necesidades presentadas por el paciente y las esferas que lo rodean; en conclusión la calidad de atención se basa primordialmente en el paciente con carácter preventivo, continuo, basado en evidencia, independiente e integral (OPS/OMS, 2013).

La cronicidad en el cuidado a largo plazo

Cuando se evidencia la presencia de un paciente crónico complejo el reto en el sistema de salud aumenta, ya sea por su vulnerabilidad, recursos, ubicación demográfica y los niveles de atención que se requieran, donde se da prioridad a la red de servicios con el sistema de referencias, se realiza el accionar proactivo y coordinación entre los niveles de atención en salud y contrarreferencia para el seguimiento del paciente en sus esferas habituales (Rodríguez, 2015).

Las demandas de los pacientes crónicos son variadas y complejas, lo cual requiere adaptaciones del servicio de salud según las necesidades, que deben ser de carácter proactivo en curación, cuidado y prevención de factores de riesgo, teniendo al paciente como un sujeto activo en el accionar de su enfermedad para la continuidad de la atención. Para esto, el facultativo puede obtener información en modelos de cuidados de pacientes crónicos como el desarrollado por Edward Wagner, el cual ayuda a mejorar la asistencia en salud para así mejorar los resultados en pacientes crónicos y se explica en el gráfico 3, 4 (*Enfermedades Crónicas Directrices para la Implementación*, 2015).

Gráfico 4: Modelo de automanejo de las 5A



Fuente: Edward Wagner (2015). (Enfermedades Crónicas Directrices para la Implementación, p.7

De este modelo, lo que atañe en el accionar médico es la organización en la atención de salud, el apoyo de la comunidad y las interacciones de las esferas (Enfermedades Crónicas Directrices para la Implementación, 2015).

Organización de la atención de salud

El entorno, enfoque, coherencia, liderazgo y compromiso del equipo multidisciplinario para mejorar la calidad de vida junto con el empoderamiento del paciente y su círculo para el mejoramiento de adherencia a planes, guías que den mejoramiento al estado de salud (Enfermedades Crónicas Directrices para la Implementación, 2015).

Automanejo

Se entiende como la capacidad de una persona para el manejo de síntomas, toma de medicamentos y consecuencias físicas, sociales y emocionales que conllevan su condición. Se implementan estrategias educativas y de apoyo para aumentar la autoconfianza en el manejo del problema de salud, y el compromiso debe ser entre el equipo de salud y el paciente para la resolución de problemas, establecer objetivos y prioridades; dentro de las acciones se debe asegurar la participación del paciente en la atención, las visitas grupales, promoción de la comunicación, pactar objetivos en el tratamiento, promover la auto premiación y organizar el apoyo social (Enfermedades Crónicas Directrices para la Implementación, 2015, OPS/OMS, 2013)).

Apoyo en toma de decisiones

Dado por los profesionales en salud, en automanejo, recordatorios y colaboración con sistemas de especialidades (*Enfermedades Crónicas Directrices para la Implementación*, 2015).

Vínculos con la comunidad

Organización de comunidad u otro tipo de vínculo que fortalezca la efectividad del servicio y la disposición para el paciente con Enfermedad Crónica (EC) (*Enfermedades Crónicas Directrices para la Implementación*, 2015).

Para llevar a cabo una buena interrelación entre el facultativo y el programa que se va a manejar con el EC, el médico debe establecer un responsable del servicio, el cual ayuda a la planificación de las acciones, conformación de los equipos de atención, realización de referencias y trabajo conjuntos con las subespecialidades solicitadas, además de realizar evaluación y mejorar los sistemas de comunicación. Dentro de la coordinación de servicio se debe incluir control médico y de enfermería, procedimiento de diagnóstico simple, procedimientos terapéuticos, y entrega de medicación (*Enfermedades Crónicas Directrices para la Implementación*, 2015).

El plan del cuidado de un paciente crónico a largo plazo debe ser individualizado y consensuado con el paciente y su familia o cuidador legal, en pro de mejorar o estabilizar la condición del EC en todos los ámbitos que lo requiera. Debe incluir estrategias para la adherencia a la medicación y cambios de estilo de vida, por medio del cumplimiento de objetivos que se consensuan como el cumplimiento de metas terapéuticas, fomentar hábitos nutricionales y una supervisión para realizar ajustes necesarios. Las reuniones deben ser periódicas, programadas, con objetivos fijos a cumplimiento por parte del paciente y sus familias, siempre con respeto en preferencias, gustos, creencias, valores, y estilo de vida (*Enfermedades Crónicas Directrices para la Implementación*, 2015).

En cuanto al cuidador, la familia constituye el vínculo que enfrenta la llegada de una enfermedad crónica, el sufrimiento del núcleo familiar no debe ser excluido del seguimiento e intervención, el médico debe evitar que este nuevo reto familiar se constituya como carga, debe tener especial cuidado en el manejo de este nuevo paradigma familiar, donde el facultativo ayuda con la creación de métodos para enfrentar la nueva

realidad y adaptación de la misma, siempre con ayuda del equipo multidisciplinario, ya que la familia constituye la primera línea de apoyo del paciente y el acompañamiento a lo largo del proceso, ayuda a la creación de soluciones, provee cuidados diarios y amortigua el impacto de la enfermedad sobre quien la padece (Ledón Llanes, 2011).

Cabe señalar que no todos los integrantes de la familia se unen al cuidado del paciente crónico, para ello la familia designa un cuidador principal, el cual puede experimentar a través del tiempo cambio de roles que pueden ir desde el sentimiento de culpa hasta la complacencia, pasando por estados depresivos o aumento en la sensación de carga que puede influir en su calidad de vida y en la del paciente, en la mayoría de los casos el cuidador principal es la pareja, donde se suman las dificultades propias del cuidado y se anexan las del entorno sexual donde las influencias directas e indirectas causan más carga sobre el cuidador (Ledón Llanes, 2011; Mbougou Hechevarría et al., 2018).

Hay que mencionar además a través del tiempo el paciente pluripatológico se anexa nuevas enfermedades y obstáculos que determinaran el aumento de dependencia y fragilidad por lo que necesita más del cuidador, encargado de preservar, mantener y estabilizar emocionalmente al enfermo, con ello el sujeto encargado del cuidado puede estar en un estado de vulnerabilidad a sobrecarga e incrementar el riesgo a afecciones físicos, sociales o emocionales que conllevan a un nuevo problema dentro del cuidado de largo plazo, para esto el facultativo de forma conjunta dentro de la visita domiciliaria acudirá a la clasificación de cuidador cansado o sobrecarga de cuidador para plantear estrategias en mejora de la calidad de vida, no solo del paciente crónico, sino también de su cuidador, personaje principal del bienestar del paciente que se encuentra al cuidado a largo plazo (Arroyo Priego et al., 2018).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Información demográfica

Masculino 62 años, grupo sanguíneo O Rh positivo, heterosexual, residente en la ciudad de Manta parroquia Los Esteros, católico, casado con hijos, educación básica, residencia propia, en la actualidad no trabaja, depende económicamente de bono solidario Joaquín Gallegos Lara, vive con su esposa y uno de sus hijos.

Primera visita domiciliaria

Preparación de visita

Mediante consulta de medicina familiar esposa acude a solicitar medicación continua para paciente de difícil traslado, equipo decide asistir a domicilio para realizar evaluación de caso, se lleva consigo ficha familiar para inicio de registro, la visita se desarrolla en base al formulario SNS-MSP / HCU según la normativa actual del MAIS (ANEXO 15)

Se realiza salida de centro de salud hacia casa de la paciente localizada en la parroquia Los Esteros, barrio Los Esteros.

Desarrollo de visita domiciliaria

El equipo se entrevista con paciente masculino adulto maduro, encamado aproximadamente cuatro años atrás después de amputación de pierna derecha y presencia de obesidad lo que se dificulta deambulacion. Al momento presenta erupción eritematosa a nivel de cuero cabelludo en región occipital de una semana de evolución, acompañado de sensación de hormigueo que se exagera en horas de la noche y sede a la aplicación de alcohol.

Antecedentes patológicos personales:

HTA: diagnóstico en el 2012 con tomas de presión arterial al azar, en la actualidad es tratado con *losartán* 100mg al día.

Insuficiencia cardiaca compensada: diagnóstico en el 2018 sin tratamiento actual.

DM2: con diagnóstico del en el 2015, inicia tratamiento con *metformina más glibencamida* 500/5 mg una tableta al día y luego remplazada por *insulina NPH* 45 unidades subcutáneas al día distribuidas 70/30%).

Amputación transfemoral de pierna derecha: en el 2018, después de complicaciones de pie diabético.

IRC: desde el 2018 con hemo-diálisis trisemanal martes, jueves y sábado.

Úlcera gástrica crónica: diagnóstico en el 2017, por medio de endoscopia, en tratamiento con *omeprazol* 40mg cada 12 horas.

Glaucoma bilateral: diagnóstico en el 2019, en tratamiento con *brimodina timolol* y *dorzolamida* una gota diaria.

Obesidad: con consejería nutricional.

Antecedentes personales no patológicos

No refiere alergias a medicamentos o alimentos.

Hábitos

Comenta paciente consumo de alcohol desde 20 años en especial cerveza, deja hábito después de enfermedad renal, no consumo de tabaco ni de sustancias ilícitas, sedentario.

Con respecto a su alimentación consumo de tres comidas completas diarias, hidratación controlada a un litro diario, catarsis diarias, diuresis no realiza, con horas de sueño un aproximado de 5 a 6 horas noche, su baño es diario pero con ayuda.

Antecedentes familiares

Sin datos fieles de antecedes familiares ya que su infancia y adolescencia vive en rotación entre familia.

Encuesta socioeconómica

Pescador informal de larga data, que deja oficio después de secuelas de enfermedades crónicas aproximadamente seis años atrás, con vivienda propia, construcción de cemento de una planta con piso en cerámica y techo en zinc con distribución realizada por vivienda de interés social Miduvi, construida después del

terremoto, la cual consta de dos habitaciones, un baño, una cocina, más ingreso de agua potable y sistema de alcantarillado público junto con recolección de basura diaria y luz eléctrica, económicamente depende de bono solidario Joaquín Gallegos Lara.

Revisión de Aparatos y Sistemas (RAS)

Dentro de la enfermedad otros síntomas acompañantes: no refiere.

- Circulatorio: no refiere.
- Digestivo: pirosis, epigastralgias postprandiales ocasionales, estreñimiento ocasional.
- Endocrino: acantosis en rostro, cuello.
- Sistema nervioso: trastorno del sueño.
- Órganos de los sentidos:
 - Ocular disminución de agudeza visual.
 - Oído: disminución agudeza auditiva, presencia acufenos.
- Piel cabello y uñas: en cuero cabelludo presencia de eritema más estigmas de rascado con presencia de costras.

Examen físico

Paciente orientado en tiempo, persona y espacio.

Antropometría

Peso y talla no se realizan en primera visita domiciliaria por dificultad a la movilización.

Presión arterial 120/80mmHg.

Frecuencia cardiaca 80 lpm.

Frecuencia respiratoria 20 rpm.

Temperatura: 36.5°C.

Cabeza: en cuero cabelludo se evidencia zona eritematosa, dolorosa a la palpación con estigmas de rascado en región occipital, en rostro presencia de acantosis en zonas de pliegues que se extienden hacia zona posterior de cuello. Conducto auditivo no se observa presencia de cebo o cuerpos extraños; ojos no se observa secreciones, pestañas presentes conjuntivas sin presencia de irritación, escleras no inflamadas, reflejos pupilares disminuidos, se evidencia leve midriasis bilateral más presencia de dolor a la presión de

globo ocular bilateral. En boca se observa piezas dentales incompletas en maxilar inferior y ausencia de piezas dentales en maxilar superior, comenta poseer prótesis que solo se coloca al momento de alimentación.

Cuello: tiroides clasificación A-0 no adenopatías.

Tórax: simétrico buen patrón respiratorio, corazón rítmico normo-fonético, no soplos.

Abdomen: globoso no doloroso a la palpación, no megalias. Ruidos hidroaereos presentes

Pelvis y Región inguino genital: no explorada

Miembros inferiores: se observa muñón de pierna derecha en buen estado y pierna izquierda con buena coloración piel, a nivel de 1/3 inferior de pierna izquierda piel se torna reseca, escasa presencia de vellos, pulsos presentes, uñas bien cortadas y se evidencia ulcera a nivel de planta de pie grado A-1 según clasificación de Texas.

Levantamiento de ficha familiar

Se realiza al llenado de datos:

- 1. Información referencial:** descrita con datos de filiación.
- 2. Miembros que viven en el hogar:** Los integrantes que viven bajo el mismo techo y comparten recursos y espacios, son tres adultos: Jefe de familia con instrucción básica que no puede leer y escribir en el momento por limitación funcional oftalmológica, más pluripatologías crónicas y secuelas de las mismas. Esposa con instrucción básica, alfabetada, con antecedentes de HTA en tratamiento con *Losartán* 100mg al día, comenta además que hace un mes inicia con sensación de ser vigilada en horas de la noche el cual interrumpe horas sueño, tales síntomas se exacerban a la llegada del hijo al hogar después de ruptura matrimonial. Hijo con instrucción media completa y en la actualidad con trabajos ocasionales en bares, acusa problemas de alcohol y drogas, comenta estar en proceso de recuperación.
- 3. Mortalidad familiar:** Información sobre miembros de la familia que hayan fallecido en los últimos 6 años y la causa de su muerte: no refieren
- 4. Factores protectores:** Paciente vive en casa propia en compañía de pareja e hijo, con ayuda gubernamental bono solidario, posee redes de apoyo lo cual constituye 3

de sus 6 hijos los cuales rotan para visitas en casa. En esta visita se constata casa en buenas condiciones sanitarias, en orden, lugares de ingreso, sin obstáculos para el paso de silla de ruedas del paciente crónico. Dentro del funcionamiento familiar se observa tensión entre los integrantes de la familia en especial entre hijo y madre.

5. Riesgos ambientales: El sector los esteros está comprendido por áreas industriales donde se localizan sectores habitables, las industrias que se topan corresponden al sector pesquero las cuales producen contaminantes sólidos, líquidos y emanación de gases en menos de 200 metros de la casa del paciente.

6. Riesgo sociodemográfico

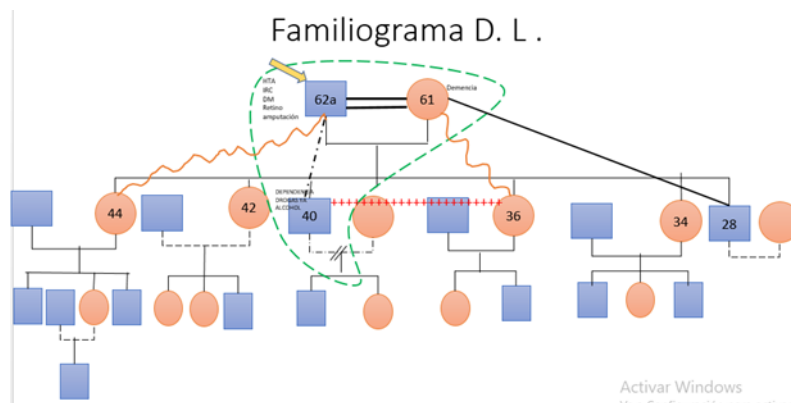
- **Problemas graves de la familia:** llegada de hijo con problemas de alcohol y drogas.
- **Problemas psicosociales:** falta de empleo estable, abuso de sustancias, exigencia de cambio de religión de hijo hacia padres.
- **Problemas de aislamiento:** no
- **Violencia:** no

7. Riesgo sanitario

Emanación de gases por medio de las industrias pesqueras, los componentes sólidos y líquidos se eliminan por vías seguras.

8. Familiograma

Gráfico 5: *Familiograma D.L.*



Fuente: familia D.L
Elaborado por: Mónica Guerrero M.

Análisis familiar /individual

Familiar: familia nuclear, adulta, con parientes próximos, tradicional, urbano marginal, con límites permeables.

Individual: el paciente adulto maduro, se encuentra dentro de la etapa de integridad versus desesperación según Erikson, donde se admite su mortalidad y teme a la muerte por desamparo a pareja.

A partir de la primera visita realizada, se logró determinar el listado de problemas enlistados en la tabla 6:

Tabla 6: *Lista de problemas.*

No	Detección	Problema	Tipo problema	Activo	Pasivo
1	2018	Disminución agudeza visual	Biológico	x	
2	2020	Hipoacusia	Biológico	x	
3	2018	IRC	Biológico	x	
4	2011	HTA	Biológico	x	
5	2018	IC	Biológico	x	
6	2015	Gastritis crónica	Biológico		x
7	2020	Úlcera a nivel de plata de pie izquierdo	Biológico	x	
8	2000	Sedentario		x	
9	2010	Obesidad	Biológico	x	
10	2015	No trabajo	Social		x
11	2020	Alteración horas sueño	Biológico	x	
12	2020	Alteración emocional de pareja	psicológico	x	
13	2020	Llegada de hijo a casa	social	x	
14	¿?	Malos hábitos de hijo	Bio-psicosocial	x	
15	2010	Múltiples hospitalizaciones	Social		x
16	2020	Dermatitis seborreica	Biológico	x	

Fuente: Familia D.L

Elaborado por: Mónica Guerrero M.

Aproximación diagnóstica

Adulto maduro de 61 años captado por requerimiento de medicación continua, se evidencia paciente con pluripatologías de larga data, más complicaciones de las mismas, no se evidencian registro adecuado de seguimiento, medicación, complicaciones, o coordinación de acciones entre familiares y centro de salud y niveles de salud.

Paciente inicia evaluación a ingreso a seguimiento de Cuidados a Largo Plazo, se descarta abordaje por cuidados paliativos ante escala de Karnofsky de 70 puntos y pregunta sorpresa del instrumento NECPAL CCOMS-ICO con respuesta: Si (Gómez-

Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L & Espauella J, Espinosa J, 2011).

En la visita domiciliaria, el paciente se observa tranquilo colaborador, consciente orientado que solicita ayuda, no solo para él, sino también para su grupo familiar.

Plan de tratamiento

Diagnóstico

Exámenes previos por última diálisis, se solicita a familiar pedir copia de los mismos para complementar el análisis.

Farmacológico

- Losartán: 100mg una tableta al día.
- Insulina NPH: dos frascos aplicar en forma subcutánea 30 unidades am 15 unidades pm.
- Acetato de pramoxina más zinc: aplicación tópica en zona de prurito.
- Betametasona: tópico al 0.1% gel aplicación en zona de prurito una vez al día por 5 días, luego retiro y continuar con acetato de pramoxina.

Educacional

- Limpieza diaria, cuidados de la piel.
- Recomendación de asistencia a diálisis.
- Recomendación de alimentación adecuada.
- Inicio de actividad física para bajar de peso.
- Se aconseja adquisición de medicación que no se encuentre en centro de salud.

Seguimiento

- Programación de visitas domiciliarias mensuales hasta estabilidad de paciente.
- Visitas domiciliarias o tele consulta en caso de emergencia.
- Asistencia de familiares para retiro medicación al centro de salud.
- Se recomienda solicitar copia de exámenes de laboratorio.
- Guías anticipatorias de caídas.
- Signos de alarma.

Pendientes primera visita

Una vez concluida la visita domiciliar se determina el listado de pendiente señalado en el tabla 7:

Tabla 7: *Pendientes de primera visita*

No	Pendiente	Objetivo	Plazo
1	ECOMAPA.	Análisis sobre relaciones de la familia.	Corto plazo
2	APGAR Familiar.	Analiza el funcionamiento familiar.	Mediano plazo
3	Escala de predicción de supervivencia.	Ayuda a clasificación paciente paliativa o cuidados a largo plazo.	Corto plaza
4	Escala de fragilidad.	Ayuda a analizar los riesgos a desenlaces negativos.	Mediano plazo
5	Escala de dependencia.	Ayuda analizar el tipo de supervisión que el paciente necesita.	Mediano plazo
6	Escala de sobrecarga de cuidador.	Ayuda analizar la ayuda que necesita el cuidador principal.	Corto plazo
7	Escala de depresión.		Mediano plazo
8	Elaboración de plan de seguimiento.		corto plazo
9	Revisión de conductos auditivos.	Descartar presencia de cuerpos extraños o tapones de sebo.	Corto plazo
10	Índice de Katz	Valora actividades básicas de la vida diaria	Corto plazo
11	Escala de Lawton y Brody	Valora actividades básicas de la vida diaria	Corto plazo

Fuente: familia D.L

Elaborado por: Dra. Mónica Guerrero M. 2020

Elaboración de plan de seguimiento

1. Conformación del grupo de salud para seguimiento de paciente pluripatológico, este se conformará por el médico de familia, Técnico de Atención Primaria en Salud (TAPS) y una enfermera, las cuales podrán asistir al paciente en forma conjunta o en forma individual, según los requerimientos y la complejidad del cuadro.
2. Clasificación de tipo paciente y manejo a seguir, se realiza a través de escala de predicción de supervivencia.
3. Seguimiento de paciente por medio de visitas domiciliarias, inicio de intervención se realizarán visitas mensuales para reconocimiento y empatía del paciente y su familia, luego se acordará lapsos de visitas.

4. Coordinar entrega de medicación y tiempos de valoración en cada una de sus patologías en forma individual y grupal, junto con la intervención pertinente en complicaciones a presentar.
5. Educación en autocuidado y busca de ayuda frente a inicio de signos o síntomas de complicación.
6. Educación en adherencia de tratamientos.
7. Orientación en alimentación adecuada según sus hábitos alimenticios y realidad socioeconómica.
8. Orientación en actividad física según el grado de discapacidad.
9. Coordinación de citas en los diferentes niveles de atención donde el primer nivel de salud no puede satisfacer las necesidades requeridos por el paciente o sus familiares.
10. Coordinación de cita médica con cuidador principal en el centro de salud.
11. Programación de cita con hijo que convive en casa de paciente crónico.
12. Inicio de coordinación con familia de paciente crónico.

Segunda visita

Preparación de visita

Se programa visita con Familiares y TAPS con fecha y hora, se programa actividades a realizar, se lleva formularios a llenar se busca información sobre guías anticipatorias, caídas, actividad física, alimentación para pacientes renales, importancia a adherencia al tratamiento.

Información clínica

Subjetivo: Adulto maduro de 61 años con enfermedades crónicas no trasmisibles, comenta si asistencia a hemo-diálisis pero no entrega de medicación, centro de diálisis informa y sugiere asistir a centro de salud para medicación continua, comenta mejoría de prurito en cuero cabelludo, paciente solicita revisión de carnet de discapacidad proporcionado en el 2018 ya que según su opinión le parece que es muy bajo el porcentaje asignado para los múltiples problemas que le aquejan.

Objetivo: peso y talla no se obtiene por falta de ayuda física, perímetro abdominal 120cm, PA 110 /70mmHg post diálisis, temperatura 36.5 °C, frecuencia cardiaca 79 lpm, frecuencia respiratoria 18 rpm.

Se observa mejoría en estigmas de rascado, no se observa áreas eritematosas, si presencia de áreas de cicatrización, se revisa ulcera a nivel de plante de pie izquierdo observando tejido de granulación; comenta paciente cefaleas pos diálisis, holocraneanas tipo pesantes con focalización frontal con clasificación del dolor EVA 5-6 que seden a la toma de analgésicos, no se acompañan de acufenos, no nauseas, no auras. Con respecto a esposa comenta que síntomas continúan y se reagudizan con la llegada de hijo a casa, con respecto a hijo, poco colaborador en entrevista, comenta estar en nueva religión la cual brinda la ayuda necesaria para el problema que le aqueja.

Esposa presenta copia de examen de laboratorio brindados por centro de diálisis los cuales reportan:

Tabla 8: Exámenes de laboratorio

Tipo de examen	Parámetros	Pre diálisis	Valor referencia	Post diálisis
Hematología	Blancos	7000	4287 - 9870	
	Monocitos	760	85 - 790	
	Eosinófilos	310	86 - 395	
	Basófilos	40	0 - 99	
	Serie roja	2870	4500 - 5900	
	Hemoglobina	8.6	14 - 17.5	
	Hematocrito	27	40 - 52	
	VCM	94	80 - 96	
	HBCM	30	28 - 33	
	Plaquetas	267	150 - 362	
Coagulación	TP	11.5	9.4 - 12.5	
	TTP	28	25 - 37	
	INR	0.96	0.9 - 1.1	
Química sanguínea	Glucosa	75	70 - 100	
	Urea	96.6	17 - 49.3	20.6
	Creatinina	5.37	0.7 - 1.2	1.40
	Nitrógeno ureico	45	8 - 23	10
	TGO	12	0 - 40	
	TGP	10	0 - 41	
	Fosfatasa alcalina	94	40 - 130	
	Albumina	3.14	3.5 - 5.2	
	Calcio	9.2	8.8 - 10.2	
	Fosforo	2.6	2.5 - 4.5	
	Sodio	143	133- 145	137
	Potasio	3.88	3.5 - 5.1	2.72
	Hierro sérico	42	50 - 150	
Fijación de hierro transferrina	140	291- 430		
111	200 - 360			
Inmunoquímica	Ferritina			389.1
Enfermedades infecciosas	HBsAg			< 1

Elaborado: Datos del laboratorio el Centro de Diálisis

Actividades realizadas dentro de visita domiciliaria

Escalas realizadas

Con la finalidad de catalogar el estado de salud del paciente a corto, mediano y largo plazo; así como el tipo de cuidado que requiere para conservar su salud. A partir de este objetivo, se aplicaron las escalas enlistadas en la tabla 9. Estas escalas responden al plan de seguimiento ejecutado durante la visita domiciliaria.

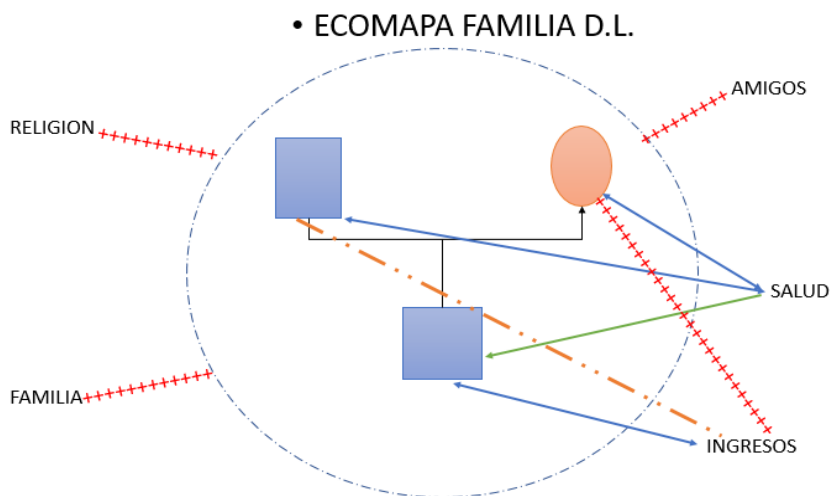
Tabla 9: Escalas realizadas en la segunda visita

Tipo de escala	Puntaje	Valoración
<i>PPI</i>	3.5	Supervivencia mayor a 6 semanas
<i>Dependencia índice de Barthel</i>	25	Dependencia grave
<i>Actividades diarias</i>	7 de 8	Dependiente
<i>Instrumento NECPAL</i>	Positiva pregunta 1	No paliativo
<i>APGAR familiar</i>	11 a 14	Disfunción familiar de leve a moderada
<i>Índice de Katz</i>	3/6 (F)	Dependiente
<i>Escala de Lawton y Brody</i>	0	Dependiente

Fuente: Familia D.L

Elaborado por: Mónica Guerrero M.

Gráfico 6: Ecomapa de la familia D.L.



Fuente: Paciente.

Elaborado por: Mónica Guerrero M.

Una vez concluida la visita familiar se determinaron los problemas que se indican en la tabla 10.

Tabla 10: Lista de problemas detectados

No.	Detección	Problema	Tipo problema	Activo	Pasivo
1	2018	Disminución agudeza visual	Biológico	x	
2	2020	Hipoacusia	Biológico	x	
3	2018	IRC	Biológico	x	
4	2011	HTA	Biológico	x	
5	2018	IC	Biológico	x	
6	2015	Gastritis crónica	Biológico		x
7	2020	Úlcera nivel de plata de pie izquierdo	Biológico	x	
8	2000	Sedentario		x	
9	2010	Obesidad	Biológico	x	
10	2015	No trabajo	Social		x
11	2020	Alteración horas sueño	Biológico	x	
12	2020	Alteración emocional de pareja	psicológico	x	
13	2020	Llegada de hijo a casa	social	x	
14	¿?	Malos hábitos de hijo	Bio-psicosocial	x	
15	2010	Múltiples hospitalizaciones	Social		x
16	2020	Dermatitis seborreica	Biológico		x
17	¿?	Anemia normocítica normocromica	Biológico	x	
18	¿?	Cefaleas pos diálisis	Biológico	x	
19	¿?	Deficiencia de redes de apoyo	Social	x	
20	¿?	Disfunción familiar leve a moderada	Social	x	

Fuente: Familia D.L

Elaborado por: Mónica Guerrero M.

Análisis: adulto maduro con enfermedades crónicas dependiente de cuidador, más cefaleas post hemo-diálisis que seden a toma de analgésicos, ingresa a programa de Cuidados a Largo Plazo; mejora cuadro dermatológico en cuero cabelludo, por análisis de exámenes de laboratorio se evidencia anemia Normocítica Normocrómica de carácter crónico, más presencia de ulcera en planta de pie izquierdo Texas A-1.

Plan de tratamiento:

Paraclínicos:

- Se envían exámenes de laboratorio complementarios (colesterol, triglicéridos, HDL, LDL).
- Se envía orden para EKG.
- Se envía orden para estándar de tórax.

Interconsultas:

- Nefrología: para suministro de hierro intravenoso o eritropoyetina.
- Oftalmología: valoración anual de retinopatía diabética e hipertensiva y seguimiento de glaucoma junto con suministro de medicación.

Farmacológico:

- Se suministra medicación habitual: *Losartán, insulina NPH, paracetamol, omeprazol.*
- Se inicia suministro de *ácido fólico* más *vitamina b12* en tabletas vía oral una al día según tolerancia (anemia Crónica).
- Se suministra solución salina para limpieza de ulcera de pie.
- Se aconseja la compra de repitel (pynogenol mas centella asiática y aceite de Emú) aplicar después de curación diaria.

Seguimiento:

- Control mensual, espera de paraclínicos y respuesta de interconsultas.
- Tele-llamada en caso de imprevistos.

Educacional:

- Seguimiento de cambios de estilo de vida.
- Cambios de alimentación.

- Actividad física.
 - Consumo de líquidos.
 - Limpieza diaria.
 - Adherencia a tratamientos.
 - Autocuidados.
- Aumento de la actividad diaria.
 - Dar a conocer la importancia de la actividad física y los beneficios de mantención del funcionamiento de músculos corazón pulmones, prevención de perdida de calcio, daño en arterias y circulación (Aguirre J, 2020).
 - Importancia de actividad física diaria para prevención de hiperlipidemias, alteración de la presión arterial (Aguirre J, 2020).
 - Se da a conocer la capacidad funcional que pierde músculos y articulaciones, corazón y pulmones por falta de actividad física y la acumulación de grasa por el mismo efecto.(Aguirre J, 2020)
 - Recomendación de actividades como la natación, manipulación de mancuernas, abdominales y movimiento rotaciones y estiramiento según la condición del paciente, su duración será paulatina(de 10 a 30 min) en tiempo y días de ejercicio (3 veces en semana), con aumentos paulatinos en intensidad y durabilidad, según tolerancia y actitud del paciente (Aguirre J, 2020; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011).
 - Programar días y sesiones de actividad física con familiares educación continua de estrategias de las actividades a realizar(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011).
 - Dar a conocer los efectos negativos del sedentarismo, conciliar y buscar soluciones a problemas planteados por el paciente(Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011)
 - Guías anticipatorias de caídas en el adulto mayor.
 - Limpieza diaria.
 - Baño diario con jabón neutro, secado detallado en especial en pliegues y aplicación de crema humectante para mejorar calidad de piel después de baño evitando zonas de roce y espacios interfalángicos.
 - Adherencia al tratamiento.

- Beneficios del seguir plan terapéutico
- Diminución de complicaciones.
- Diminución de factores de riesgo.
- Mejoramiento de calidad de vida.
- Alimentación
 - Se aconseja alimentación adecuada, suficiente, que contenga los grupos alimenticios y que sea variada dentro de las posibilidades para el no aburrimiento del paciente, alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento, restricción de sal y azúcares procesados (Aguirre J, 2020).
- Autocuidado
 - Importancia de exámenes de control para prevención de hiperlipidemias(Aguirre J, 2020).
 - Restricción en consumo de sal y tomas de presión arterial.
 - Cuidado de pie: observar si aparecen deformación, dolor callosidades, cambio de coloración o temperatura, cambio en textura de piel; en la uñas obsérvate limpieza, corte, coloración grosor.

Pendientes segunda visita

Una vez completada la visita al paciente en su domicilio se establecen las actividades pendientes y se clasifican en función del tiempo en que se va a realizar la tarea pendiente. Esta tabla recoge las acciones por realizar en la tercera visita y en las subsecuentes. Las actividades pendientes se enlistan en la tabla 11:

Tabla 11: *Pendientes segunda visita*

No	Pendiente	Objetivo	Plazo
1	Escala de predicción de supervivencia	Ayuda a clasificación paciente paliativo o cuidados a largo plazo	Largo plazo
2	Escala de fragilidad	Ayuda a analizar los riesgos a desenlaces negativos	Mediano plazo
3	Escala de sobrecarga de cuidador	Ayuda analizar la ayuda que necesita el cuidador principal	Corto plazo
4	Escala de depresión		Mediano plazo
5	Reunión con hijos	Se busca nuevo y forma de localización de familiares más allegados para coordinar acciones.	corto plazo
6	Activación de redes de apoyo		Mediano plazo

7	Inicio de trabajo clínico con esposa, cita programada en el centro de salud	Mejorar calidad de vida de cuidador	Corto plazo
8	Llevar reactivos para exámenes VIH, hepatitis B.	Descartar complicaciones a futuro	Corto plazo
9	cambios de plan de seguimiento	Adaptable a situaciones que se presenten	corto plazo
10	Valoración para re-categorización de carnet para discapacidad		Largo plazo
11	Seguir con seguimiento y recomendaciones	Autocuidado síntomas de alarma	Corto plazo
12	Registro de compromiso de actividades físicas a realizar	Dentro de historia clínica	Corto plazo

Fuente: familia D.L.

Elaborada por: Mónica Guerrero M.

Tercera visita

Preparación de visita

Esta visita se desarrolla a partir de los pendientes detallados en la tabla 11 de la visita dos. Por tal motivo, se planificó con el paciente la visita subsecuente y se preparó el material por utilizar.

Información clínica

Subjetivo: Adulto maduro con pluripatologías y sus complicaciones, ingresa a programa control a largo plazo, comenta asistencia habitual a centro de diálisis, donde realizan procedimiento pero no suministran medicación para casa, expone mejoría total de prurito en cuero cabelludo; acusa cefalea holocraneana con escala de dolor EVA 4 que seden con el sueño o toma de paracetamol, sedentario permanece sentado la mayor parte del tiempo, no colabora con la deambulación por temor a caída, se inicia con retroalimentación positiva y beneficios de actividad física, paciente no se observa entusiasmado. Se pregunta sobre horas sueño, paciente informa que después de intervención y medicación de esposa mejoran las horas de sueño para él, de 5 horas a 7 horas en la noche y de 2 – 3 horas en el día, comenta si tolerancia de ácido fólico y vitamina b12.

Objetivo: peso 110kg, talla 1.69cm, IMC 39 datos obtenidos por centro de diálisis. PA: 120/75mmHg, FC 89lpm, FR 2rpm, temperatura 36 °C Post diálisis. Se

examina planta de pie izquierdo encontrando mejoría de ulcera con cierre de diámetro y en fondo presencia de tejido de granulación.

Actividades realizadas dentro de visita domiciliaria

Para complementar los estudios realizados en las visitas domiciliarias anteriores se aplicaron nuevas escalas para asegurar los cambios que requiere el plan de cuidado y tratamiento del paciente. Los resultados alcanzados en el diagnóstico de campo en la visita, se obtienen los resultados presentados en la tabla 12.

Tabla 12: Escalas realizadas en la tercera visita

Tipo de escala	Puntaje	Valoración
Escala de sobrecarga de cuidador	47	Sobrecarga leve
Escala de Karnofsky	70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo.
Índice charlson	5	Comorbilidad alta, mortalidad en 3 años
Escala de depresión a paciente.	6	Probable depresión

Fuente: resultado de aplicación directa de las escalas.

Elaborado por: Mónica Guerrero M.

Análisis: adulto maduro que ingresa a cuidados a largo plazo por pluripatologías crónicas y secuelas de las mismas, dependiente de cuidador, sedentario que no colabora a medidas preventivas.

Plan de tratamiento

Paraclínicos:

En la visita anterior se ordenaron los siguientes análisis de laboratorio: colesterol, triglicéridos, HDL, LDL. Además, se requirió un examen de control mediante electrocardiograma (EKG); y, una imagen estándar de tórax.

Interconsultas:

Pese a la gestión realizada por el Centro de Salud, no se ha logrado concretar la interconsulta con el servicio especializado de Oftalmología y Nefrología. Los resultados se requieren para el diagnóstico definitivo inicial.

Farmacológico:

- Se suministra medicación habitual: *Losartán, insulina NPH, omeprazol*
- *Paracetamol* solo en caso de dolor 500mg.
- *Ácido fólico* más *vitamina b12* en tabletas vía oral una al día.

- Se continua suministrando solución salina para limpieza de ulcera en pie.

Seguimiento:

- Control bimensual, espera de paraclínicos y respuesta de interconsultas.
- Tele-consulta en caso de emergencia.

Educacional:

- Autocuidado:
 - Reforzamiento de cambios de estilo de vida:
 - Actividad física.
 - Adaptación de actividad física según su discapacidad, los gustos del paciente y el equipamiento(Camargo R Diana, 2020)
 - Movimientos de brazos en los movimientos articulados permitidos solo o con ayuda de bastones, palo de escoba o pesas, para fuerza se hace con auto-peso, bandas elásticas, para la intensidad se realiza series según la discapacidad y limitaciones del paciente(Camargo R Diana, 2020).
 - Ejercicio de ubicación (Camargo R Diana, 2020).
 - Ejercicio de respiración profunda (Camargo R Diana, 2020).
 - Ejercicio de soplar botella (Camargo R Diana, 2020).
 - Ejercicio de ascenso de brazos con contracción abdominal(Camargo R Diana, 2020).
 - Guía anticipatoria de caídas.
 - Forma de levantamiento de silla de ruedas.(Ministerio de Salud Pública Uruguay, 2018)
 - Formas de apoyo.
 - Formas de agarre.
 - Medicación apropiada de vista.
 - Escucha activa de actividades y apoyo en cambio de posiciones.(Structures, 2015)
 - Limpieza diaria.
 - Recomendación de alimentación
 - Técnica del remojo y doble cocción y congelamiento: disminuye el contenido de potasio de los alimentos a consumir.(Structures, 2015).

- Reducir sensación de sed: reducción del consumo de sal diario, disminuir cantidad líquido de alimentos (Structures, 2015).
- Control de cantidad de proteínas 1-1,2 gr/kg/día (Structures, 2015).
- Alimentos que debe controlar: productos lácteos, frutas verduras, legumbres, proteínas y líquidos.
- Se da ejemplos de dietas y se compensación con recomendaciones de centro de diálisis (Structures, 2015).
- Cuidado de los ojos: dado por la aplicación oportuna de gotas, determinación si hay progresión de la enfermedad (Aguirre J, 2020; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009).
- Cuidado de oídos: evitar traumas, acumulación de cera y comunicar sobre cambios en audición (Aguirre J, 2020; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009).
- Evitar caídas: sí se evita no disminuye de la calidad de vida, evitar consumo de bebidas alcohólicas, mejorar calidad de luz en lugar donde deambula, evitar estar a solas o mejorar con equipamiento en lugares como el baño, cocina (Aguirre J, 2020).
- Respiratorio: cambios bruscos de temperatura, evitar lugares con humo, realizar ejercicio respiratorios (inspiración profunda con expiración forzada) con una botella (Aguirre J, 2020; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009).
- Cuidado de la memoria: evitar rutina, estimular a nuevos intereses
- Reforzamiento de alimentación

Cambios realizados al plan de seguimiento

1. Revaloración de escala de predicción de supervivencia según cambio o complicaciones que paciente presente a través del tiempo.
2. Seguimiento a paciente a través de visitas domiciliarias, bi-mensual para valoración y entrega de medicación.
3. Seguimiento de interconsultas y exámenes solicitados.
4. Coordinación de citas y seguimiento de cuidador principal.
5. Coordinación de reunión con integrantes de núcleo familiar y redes de apoyo cercanas.

Pendientes de la tercera visita

Una vez completada la visita al paciente en su domicilio se establecen las actividades pendientes y se clasifican en función del tiempo en que se va a realizar la tarea pendiente. Esta tabla recoge las acciones por realizar en la cuarta visita y en las subsecuentes. Las actividades pendientes se enlistan en la tabla 13:

Tabla 13: *Pendientes tercera visita*

No	Pendiente	Objetivo	Plazo
1	Escala de predicción de supervivencia	Ayuda a clasificación paciente paliativo o cuidados a largo plazo	Largo plazo
2	Escala de fragilidad	Ayuda a analizar los riesgos a desenlaces negativos	Mediano plazo
3	Reunión con hijos	Pendiente	Mediano plazo
4	Activación de redes de apoyo	Pendiente	Mediano plazo
5	Seguimiento clínico con esposa, citas programadas en el centro de salud	Mejorar calidad de vida de cuidador	Corto plazo
6	Llevar reactivos para exámenes VIH, hepatitis B.	Descartar complicaciones a futuro	Corto plazo
7	cambios de plan de seguimiento	Adaptable a situaciones que se presenten	Corto plazo
8	Valoración para re-categorización de carnet para discapacidad		Largo plazo
9	Continuar con autocuidado	Se ordena según las necesidades que presente el paciente y el cuidador	Corto plazo

Fuente: Familia D.L.

Elaborada por: Mónica Guerrero M.

Cuarta visita

Preparación de visita

Se programa visita con Familiares y TAPS con fecha y hora, se programa actividades a realizar, se lleva formularios a llenar se busca información sobre guías anticipatorias, caídas, actividad física, alimentación para pacientes renales, importancia a adherencia al tratamiento.

Información clínica

Subjetivo: Adulto maduro pluripatológico en programa control a largo plazo, con asistencia habitual a centro de diálisis, continua no suministro de medicación por centro de diálisis, expone mejoría de cefaleas, sedentario inicia ciclos de actividad física, disminuye temor a caída, mejoran horas de sueño, sigue con consumo de ácido fólico y vitamina b12, más medicación habitual, se coordina por vía telefónica reunión con familiares, comenta aplicación de primera dosis de vacuna para covid-19, se realiza toma de muestra para realizar pruebas rápidas para VIH hepatitis B con resultado negativo.

Objetivo: Peso 110kg, talla 1.69cm, IMC 39 datos obtenidos por centro de diálisis. PA: 110/75mmHg, FC 80lpm, FR 28rpm, temperatura 36°C Post diálisis. Se examina planta de pie izquierdo encontrando mejoría de ulcera con cierre de diámetro y en fondo presencia de tejido de granulación.

Actividades realizadas dentro de visita domiciliaria

Tabla 14: Escalas realizadas en la cuarta visita

Tipo de escala	Puntaje	Valoración
Escala de riesgo social	13	Sin riesgo social
Cuestionario de pfeiffer	3 errores	Deterioro leve
EPADI	6	Fragilidad intermedia
Barthel	25	Dependencia grave

Nota: Elaborada a partir de la aplicación directa de las escalas a la familia D.L. Elaboración propia.

Análisis: adulto maduro en cuidados a largo plazo por pluripatológico con secuelas, dependiente de cuidador.

Plan de tratamiento

Paraclínicos:

En espera de enviados: se consulta en área administrativa, comenta subir información, en pendientes de llamado

Interconsultas:

Durante la visita no se logró acceder a la cotrarreferencia de las interconsultas, pues no han sido realizadas por los sistemas especializados de salud.

Farmacológico:

- Se suministra medicación habitual: *Losartán, insulina NPH*.
- *Paracetamol* solo en caso de dolor 500mg.
- *Malgaldrato con simeticona* líquido oral, tomar 10 cm 30 minutos antes de cada comida.
- *Ácido fólico* más *vitamina b12* en tabletas vía oral una al día.

Seguimiento:

- Control trimensual o en reporte de novedades, espera de paraclínicos y respuesta de interconsultas.
- Tele-consulta en caso de emergencia.

Educacional:

- Refuerzo de cambios de estilo de vida.
 - Refuerzo positivo de actividad física.
 - Realización de nuevas actividades.
 - Refuerzo sobre alimentación.
- Cuidado de urológico: incontinencia o retención urinaria, utilización de pañales o sonda, cantidad de orina excretada o calidad de chorro si tuviese(Aguirre J, 2020)
- Recomendaciones de medicación: se recomienda la selección de horario para cada una de más medicación y toma adecuada de las mismas, no exagerar o limitar su uso en forma dictatorial, evitar automedicación o aumentar o reducir las dosis recomendadas por el médico(Aguirre J, 2020).

Cambios realizados al plan de seguimiento

No se realiza cambios al plan de seguimiento.

Pendientes de la cuarta visita

Una vez completada la visita al paciente en su domicilio se establecen las actividades pendientes y se clasifican en función del tiempo en que se va a realizar la tarea pendiente. Esta tabla recoge las acciones por realizar en la quinta visita y en las subsecuentes. Las actividades pendientes se enlistan en la tabla 15:

Tabla 15: *Pendientes cuarta visita*

No	Pendiente	Objetivo	Plazo
1	Escalas de predicción de supervivencia.	Ayuda a clasificación paciente de cuidados a largo plazo a cuidados paliativos.	Largo plazo
2	Reunión con hijos.	Se realiza llamadas telefónicas para coordinar reunión con familiares, en espera de fecha por parte de ellos.	Mediano plazo
3	Activación de redes de apoyo.	Coordinación con TAPS de la comunidad para realizar lianzas estratégicas.	Mediano plazo
4	Seguimiento clínico con esposa, citas programadas en el centro de salud.	Mejorar calidad de vida de cuidador.	Corto plazo
5	Cambios de plan de seguimiento.	Adaptable a situaciones que se presenten.	Corto plazo
6	Valoración para re-categorización de carnet para discapacidad.	Se iniciara después de repuestas de interconsultas solicitadas.	Largo plazo
7	Continuar con educación en autocuidado y signos de alarma.		Corto plazo

Fuente: Familia D.L.

Elaborado por: Mónica Guerrero M.

Quinta visita

Preparación de visita

Se programa visita con Familiares y TAPS con fecha y hora, se programa actividades a realizar, se lleva formularios a llenar se busca información sobre guías anticipatorias, caídas, actividad física, alimentación para pacientes renales, importancia a adherencia al tratamiento.

Información clínica

Subjetivo: Adulto maduro pluripatológico en programa Control a Largo Plazo, con asistencia habitual a centro de diálisis, continua no suministro de medicación continua a enfermedades crónicas que se suministran habitualmente por centro de diálisis; a la inspección se observa laceración en rostro nivel de frente y mejilla, comenta caída en momento de realizar actividad física, reanuda sedentarismo y aumenta temor a caída, sigue con consumo de ácido fólico y vitamina b12, más medicación habitual, se pregunta sobre citación a reunión familiar e intervención para ayuda de cuidador, no se obtiene respuesta, se insiste en llamadas telefónicas y se obtiene negativas y falta de coordinación por los miembros de la familia, se designa a TAPS para coordinación de reunión con hijos, esposa comenta cita con oftalmología donde realizan exámenes ocular y tiene resultados más suministro de medicación.

Objetivo: peso 105kg, talla 1.69cm, IMC 39 datos obtenidos por centro de diálisis. PA: 110/80mmhg, FC 80lpm,, FR 20rpm temperatura 36°C post diálisis.

Se examina planta de pie izquierdo encontrando cicatrización total de ulcera, en rostro se observa laceración en región frontal (ceja) y mejilla de lado derecho, no dejan tomar evidencia fotográfica; esposa comenta tener exámenes de laboratorio.

Se procedió a revisar los exámenes de laboratorio suministrados por cuidador de paciente. Los resultados se presentan en la tabla 16:

Tabla 16: Exámenes analizados en la quinta visita

Tipo de examen	Parámetros	Pre diálisis	Valor referencia	Post diálisis
Hematología	Blancos	8680	4287 - 9870	
	Monocitos	960	85 – 790	
	Eosinofilos	440	86 - 395	
	Basófilos	30	0 -99	
	Serie roja	3100	4500 - 5900	
	Hemoglobina	9.4	14 – 17.5	
	Hematocrito	28	40 – 52	
	VCM	90	80 – 96	
	HBCM	30.3	28 – 33	
	Plaquetas	337	150 – 362	
Coagulación	TP	10.5	9.4 – 12.5	
	TTP	27	25 – 37	
	INR	0.87	0.9 – 1.1	
	Glucosa	134	70 – 100	
Química sanguínea	Urea	97.3	17 – 49.3	23.5
	Creatinina	5.37	0.7 – 1.2	1.89
	Nitrógeno ureico	45	8 – 23	11
	TGO	9	0 – 40	
	TGP	12	0 – 41	
	Fosfatasa alcalina	113	40 – 130	
	Albumina	3.75	3.5 - 5.2	
	Calcio	8.75	8.8 – 10.2	
	Fosforo	5.1	2.5 – 4.5	
	Sodio	141	133- 145	137
	Potasio	4.39	3.5 – 5.1	3.27
	Hierro sérico	40	50 - 150	
	Fijación de hierro transferrina	212	291- 430	
		167	200 - 360	
	Inmunoquímica Enfermedades infecciosas	Ferritina		30 - 400
HBsAg				< 1

Fuente: centro de diálisis.

Se indaga sobre exámenes solicitados la respuesta obtenida: “no realizado por falta de recursos”, se encuentran a espera de llamada telefónica para elaboración de dichos exámenes.

Cita positiva con el servicio de oftalmología donde realizan exámenes que reportan: “Tomografía de coherencia óptica excavación amplia en ojo derecho y normal en ojo izquierdo, fibras disminuidas en sector superior de ojo derecho e inferior en izquierdo, disminución del grosor de la macula central con aumento del grosor nasal en ojo derecho y disminución del grosor macular el sector central del ojo izquierdo con pérdida de anatomía macular” en campimetría “disminución de la sensibilidad severa de ambos ojos con reducción concéntrica del campo visual” y en paquimetría “está por debajo del rango promedio(cornea delgada) en ambos ojos, es necesario realizar ajuste de presión intraocular obtenida mediante el tonómetro aumentado en 8mmHg en ojo derecho

y 3mmHg en izquierdo” más realización de endoscopia pendiente por epigastralgia recurrentes la cual reporta “ulceras antrales forrest III. Gastropatía eritematosa corporfundica,” con biopsia la cual reporta “proceso ulcerativo crónico con hiperplasia foveolar marcada más helicobacter pylori +/-+++, no se observa malignidad en las muestras estudiadas.”

Actividades realizadas dentro de visita domiciliaria

- Cambio de estilo de vida.
- Cambio de hábitos alimenticios.
- Retroalimentación de beneficios de actividad física.
- Beneficio de interactividad con demás miembros de la familia.
- Retroalimentación sobre la limitación de líquidos.

Análisis: adulto maduro en cuidados a largo plazo por pluripatológico con secuelas, dependiente de cuidador, con revaloración de glaucoma bilateral y gastritis crónica no sangrante con presencia de helicobacter pylori tras biopsia gástrica que se obtiene por medio de endoscopia, mas mejoría de ulcera en planta de pie izquierdo.

Plan de tratamiento

Farmacológico:

- Se suministra medicación habitual: *Losartán, insulina NPH.*
- *Paracetamol* solo en caso de dolor 500mg.
- *Omeprazol* 40mg tab al día.
- *Claritromicina* 500mg tab v.o día por 15 días.
- *Amoxicilina* 500mg tab v.o cada 12 horas por 15 días.
- *Ácido fólico* más *vitamina b12* en tabletas vía oral una al día.

Seguimiento:

- Control trimensual o en reporte de novedades, espera de paraclínicos y respuesta de interconsultas faltantes.
- Tele-consulta en caso de emergencia.
- Reportar novedades de nuevo tratamiento.

Educacional:

- Refuerzo de cambios de estilo de vida.
- Autocuidado:
 - Refuerzo en:
 - Alimentación.
 - Actividad física.
 - Refuerzo propositivo a actividad física.
 - Apoyo de cuidador.
 - Refuerzo de paciente a actividad física.
 - Promoción actividad física segura.
 - Adaptación de actividad física según discapacidad.
 - Cuidados de boca y dientes: limpieza diaria, explicar sobre resequedad de boca es normal a cierta edad, alerta sobre dolor, dificultad de tragar o presencia de úlceras (Aguirre J, 2020; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009).
 - Que puede solicitar el paciente al médico: controles de prevención y promoción, a cambios o presencia a de signos o síntomas, alteración o cambio de la enfermedad crónica(Aguirre J, 2020).

Pendientes de la quinta visita

Una vez completada la visita al paciente en su domicilio se establecen las actividades pendientes y se clasifican en función del tiempo. Esta tabla recoge las acciones por realizar en las citas subsecuentes. Las actividades pendientes se enlistan en la tabla 17:

Tabla 17: *Pendientes en la quinta visita*

No	Pendiente	Objetivo	Plazo
1	Escalas de predicción de supervivencia.	Ayuda a clasificación paciente de cuidados a largo plazo a cuidados paliativos.	Largo plazo
2	Reunión con hijos.	Se realiza llamadas telefónicas para coordinar reunión con familiares, en espera de fecha por parte de ellos.	Mediano plazo
3	Activación de redes de apoyo.	Coordinación con TAPS de la comunidad para realizar alianzas estratégicas.	Mediano plazo
4	Seguimiento clínico con esposa, citas programadas en el centro de salud.	Mejorar calidad de vida de cuidador.	Corto plazo
5	Cambios de plan de seguimiento.	Adaptable a situaciones que se presenten.	Corto plazo
6	Valoración para re-categorización de carnet para discapacidad.		Largo plazo

Fuente: Familia D.L.

Elaborada por: Mónica Guerrero M.

Sexta consulta en el servicio de medicina familiar

Información clínica

Subjetivo: se realiza último acercamiento a familia por medio de consulta en centro de salud, donde acude esposa e hijo para retiro de medicación continúa. Esposa comenta mejoría de paciente, inicio nuevamente de actividad física acompañado de familiar, continua con asistencia a centro de diálisis de forma trisemanal, en cuanto a tratamiento para H. pylori toma todo tratamiento si novedad, no molestias no reflujos, no sangrado, bien tolerado.

Se discute sobre la falta de acuerdo para fecha y día de reunión con el resto de los integrantes de la familia, de igual forma se discute la revaloración del carnet de discapacidad, proceso pendiente ante la falta de respuesta de interconsultas con especialidad para inicio de trámite,

Finalmente se aborda a hijo que convive con paciente, se oferta una cita en el servicio medicina familiar, el comenta mejoría en el consumo de alcohol, el cual no lo realiza hace ya dos meses y sobre consumo de drogas sigue negando adicción.

Objetivo: Se explica el proceso y acompañamiento con el paciente y la familia, se resuelven inquietudes, se analizan los pendientes y plan de seguimiento para mantener el abordaje. De forma propositiva, en el marco del estudio, se explica que el plan de manejo está ajustado al paciente y bajo un proceso de retroalimentación continua, el personal del centro de salud conformará un nuevo equipo para el seguimiento y continuar con el Cuidado a Largo Plazo del paciente.

Análisis: Adulto maduro en Cuidados a Largo Plazo por pluripatología y secuela, dependiente de cuidador. Continúa con medicación para anemia Normocítica Normocrómica, queda en espera cita con área nefrología para aplicación de hierro intravenoso o eritropoyetina según criterio.

Mejóro la dermatitis seborreica en forma total y completo el esquema de H. Pylori, paciente se adapta nuevamente con actividades físicas adecuadas a su discapacidad, se observa mejoría horas sueño de paciente y cuidadora tras el tratamiento con ansiolíticos de la misma

Finalmente, hijo continua en casa de padres, mantiene rechazo de la ayuda que suministra el centro de salud.

Plan de tratamiento

Paraclínicos:

- No se deja pendientes

Farmacológico:

- Se suministra medicación habitual: *Losartán, insulina NPH.*
- *Paracetamol:* solo en caso de dolor 500mg.
- *Omeprazol:* 40mg tab al día.
- *Ácido fólico más vitamina b12:* en tabletas vía oral una al día.

Seguimiento:

- Continuar con control trimensual.
- Pendiente de paraclínicos y respuesta de interconsultas faltantes.
- Tele-consulta en caso de emergencia.
- Reportar novedades.

Educacional:

- Refuerzo de cambios de estilo de vida.
 - Alimentación
 - Actividad física
- Restricción de líquidos.
- Refuerzo positivo sobre beneficios de la actividad diaria.

Elaboración de plan de seguimiento

1. Reconfiguración del grupo de salud para seguimiento de paciente pluripatológico, este grupo se conformará por el médico de familia, TAPS y una enfermera, el personal planificará visitas conjuntas o en forma individual, según los requerimientos y la complejidad del cuadro.
2. Clasificación de tipo paciente y manejo a seguir, se realiza a través de escala de predicción de supervivencia.
3. Seguimiento de paciente por medio de visitas domiciliarias trimestrales o en emergencias por tele-consulta, reconocimiento y empatía del paciente y su familia y coordinación de visitas por parte del nuevo equipo de trabajo.

4. Coordinar entrega de medicación y tiempos de valoración en cada una de sus patologías en forma individual y grupal, junto con la intervención pertinente en complicaciones a presentar.
5. Educación en autocuidado, busca de ayuda frente a inicio de signos o síntomas de complicación.
6. Educación en adherencia de tratamientos.
7. Orientación en alimentación adecuada según sus hábitos alimenticios y realidad socioeconómica.
8. Orientación en actividad física según el grado de discapacidad.
9. Coordinación de citas en los diferentes niveles de atención donde el primer nivel de salud no puede satisfacer las necesidades requeridos por el paciente o sus familias.
10. Coordinación de citas y seguimiento de cuidador principal.
11. Coordinación de reunión con integrantes de núcleo familiar y redes de apoyo cercanas.

Pendientes de la sexta consulta

Una vez completada la cita médica, se establecen las actividades pendientes y se clasifican en función del tiempo. Esta tabla recoge las acciones por realizar en las citas subsecuentes como una planificación mediata y se enlistan en la tabla 18:

Tabla 18: *Pendientes de la sexta visita*

No	Pendiente	Objetivo	Plazo
1	Escalas de predicción de supervivencia.	Ayuda a clasificación para pase de paciente de cuidados a largo plazo a cuidados paliativos, después de llegada nueva patología o secuela de las mismas.	Largo plazo
2	Reunión con hijos.	Coordinar reunión con familiares, en espera de fecha por parte de ellos	Mediano plazo
3	Activación de redes de apoyo.	Coordinación con TAPS de la comunidad para realizar alianzas estratégicas con vecinos.	Mediano plazo
4	Seguimiento clínico con esposa, citas programadas en el centro de salud.	Mejorar calidad de vida de cuidador	Corto plazo
5	Cambios de plan de seguimiento.	Adaptable a situaciones que se presenten	Corto plazo
6	Valoración para re-categorización de carnet para discapacidad	En proceso	Largo plazo
7	Actualización de plan de seguimiento	Se deja actualización para nuevo médico a cargo de caso	Corto plazo

Fuente: Familia D.L.

Elaborado por: Mónica Guerrero M.

Acontecimientos adversos, limitaciones e imprevistos

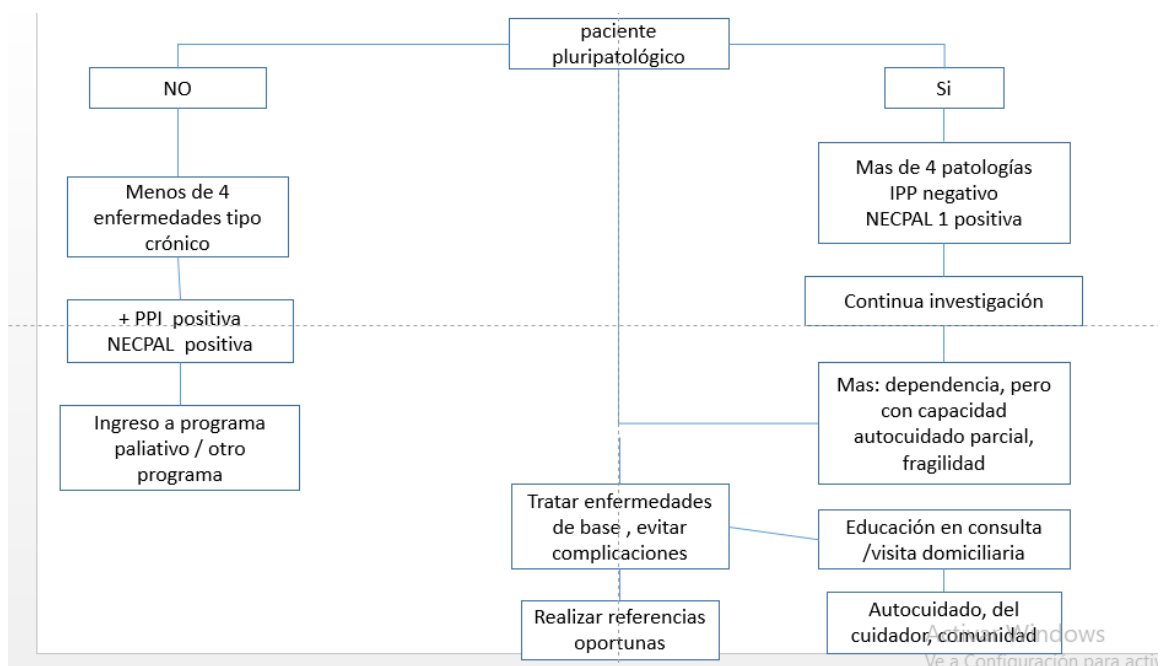
Dentro de la programación de las visitas domiciliarias y coordinación de las actividades a seguir con el paciente de Cuidados a Largo Plazo, se encuentran acontecimientos que retrasaron la toma de decisiones o el seguimiento del plan, entre ellos tenemos:

- Falta de presupuesto de los integrantes de la familia para compra de insumos sugeridos o exámenes de laboratorio que no dispone continuamente el SNS.
- Retraso en el sistema de agendamiento de citas por medio del Sistema de Referencias para segundo nivel de atención.
- Inasistencia de los familiares a citas programadas para adquisición de insumos necesarios para el paciente crónico.
- Falta de acogida a la invitación permanente de reunión con los otros miembros de la familia con el objetivo de ampliar las redes para el cuidado del paciente.

Elaboración de flujo grama

Después de la observación y valoración de un paciente pluripatológico, candidato a ingreso al programa de cuidados paliativo se realiza análisis y acontecimientos a través del tiempo se puede realizar, un algoritmo de seguimiento y control a pacientes que estén aptos para el ingreso al programa a largo plazo, para obtener un mejor control, y seguimiento de sus patologías

Gráfico 7 Algoritmo de atención paciente pluripatológico para ingreso a CLP



Fuente: Familia D.L.

Elaborado por: Mónica

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los cuidados a largo plazo consisten en el sistema de actividades que realiza el equipo de salud para asegurar y mejorar la calidad de vida de las personas con pluripatología, discapacidad y con un alto grado de dependencia y de vulnerabilidad, enfermedades que se encuentran involucradas son patologías no trasmisibles pero si, de larga duración, sin presencia de eminente de muerte, por el contrario los cuidados paliativos se enfocan en pacientes con enfermedades avanzadas, progresivas, es decir, su objetivo principal, el alivio del dolor y la normalización de la muerte como proceso biológico.

En la actualidad, Ecuador cuenta con una Guía Nacional de Cuidados Paliativos aprobada mediante Acuerdo Ministerial No. 00004862 de 2014, más el Manual de Calificación de la discapacidad del 2018 aprobado mediante Acuerdo Ministerial 0305-2018, a la fecha, no se dispone de una guía sobre Cuidados a Largo Plazo, por esta razón el trabajo del médico integral resulta arduo para la correcta categorización de este tipo de paciente y su respectiva asistencia (Ministerio de Salud Pública, 2014b).

Cabe destacar que en Latinoamérica se encuentran países comprometidos con los cuidados a largo plazo, un ejemplo de ellos es República Dominicana. En este se abordan las enfermedades no trasmisibles con la evaluación de las unidades de atención primaria, se fortalecen los equipos multidisciplinarios y el sistema de referencia, junto con el aumento de la capacidad del segundo nivel de atención para optimizar recursos y

disminuir los tiempos de espera en beneficio del paciente que padece la enfermedad y en procura de evitar futuras complicaciones (León Rodríguez Carlos, 2015; Ministerio de Salud Pública, 2014b; Panamá, 2011).

La participación del voluntariado y redes de apoyo comunitarias apoya dinámicamente a los pacientes del programa de Cuidados a Largo Plazo, según el Consenso de Atención del Paciente con Enfermedades Crónicas de la Revista Española del 2011, este accionar previene reagudizaciones y futuras complicaciones, el estudio refiere “que tres de los ocho países analizados hacen referencia sobre el trabajo que realiza la comunidad, el voluntariado y los beneficios que el paciente adquiere a través de ellos”, sin embargo los equipos de salud y el primer nivel como tal, deben incitar a la comunidad y apoyar con la construcción de grupos de apoyo y participación colectiva (SemFyc, 2011, p. 493).

La literatura recomienda la atención de pacientes crónicos en un entorno habitual para evitar descompensaciones, se debe tener en claro que no todo paciente crónico es igual y que los factores inherentes al paciente condicionan el sitio de consulta. Según el estudio de utilización en los servicios de atención primaria el 80% de pacientes que acuden a consulta presentan una enfermedad crónica y a causa de complicaciones de la enfermedad crónica se genera más del 50% de gastos a diferencia que un paciente crónico compensado, lo que se debe tener en cuenta en el momento del control y vigilancia de estos pacientes (Vega Angarita & González Escobar, 2009).

El estudio se realizó con visitas domiciliarias mensuales a un paciente crónico pluripatológico con dificultad para la deambulacion por amputación de pierna derecha más obesidad mórbida lo que ayudo al manejo integral ante la dificultad de traslado a la unidad asistencial, lo que afianza los lineamientos de entorno del paciente establecidos dentro de los Cuidados a Largo Plazo para la prevención de complicaciones. La visita en casa evita las reagudizaciones o descompensaciones que puedan llevar a una hospitalización con la demanda socioeconómica conocida (Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), 2011)

En el cuidado de los pacientes crónicos que se encuentran en Cuidados a Largo Plazo es imprescindible la actividad física ya que previenen futuras y nuevas complicaciones. Estas acciones mejoran la salud a través del movimiento del paciente,

refuerzan la acción muscular y afronta el miedo a caídas. La literatura recomienda actividades según su grado de discapacidad junto con la constancia de la misma, promover e incentivar acciones positivas para el seguimiento de la actividad física y su continuidad (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011; Ministerio de Salud Pública Uruguay, 2018; OPS/OMS, 2013).

Con respecto al cuidador principal, el equipo de salud recomienda y refuerza la acción del auto-cuidado y atención a la salud física y mental del cuidador; es ahí donde el médico integral debe dar un seguimiento integral oportuno al cuidador. Un estudio realizado en el 2019 sobre la sobrecarga de cuidadores informales demostró que el 100% de cuidadores son mujeres y son las que acarrean la mayor obligación del cuidado, cifra que armoniza con estudio de Padilla del 2018 en Quito donde el 76% de los cuidadores son femeninas ante la cultura establecida por un patriarcado designando a la mujer como cuidadora del hogar (Aguinaga & Chiclayo, 2021).

La escasa descripción o publicaciones realizadas sobre CLP, dificultan y atrasan el accionar sobre el tema a estudio, por lo que se amplió la búsqueda de literatura sobre cuidados a pacientes crónicos y paliativos. A partir de los hallazgos generados se toma de decisiones sobre la situación del sujeto de estudio y mediante a revisión de otros casos publicados, se encontraron modelos integrales de aplicación de Cuidados a Largo Plazo los que se ajustaron a la realidad del caso. De igual forma se encuentra literatura sobre cuidados individuales de cada una de las enfermedades crónicas y sus complicaciones, no en su conjunto lo que conlleva a un cotejo de la evidencia para el apoyo óptimo en estos pacientes.

CONCLUSIONES

1. La OMS estima que alrededor de 40 millones de personas requieren de cuidados permanentes cada año, realidad que refleja el país, lo que apremia el engranaje de CLP para los pacientes con patologías múltiples y circunstancias complejas en el marco de los derechos constitucionales.
2. En busca de modelos de atención en Cuidados a Largo Plazo, se encuentran guías europeas, americanas y de la región que permiten realizar un análisis y construir un extracto de las pautas a seguir con el paciente pluripatológico. Ecuador presenta su modelo de salud en el margen de la APS, sistema nacional de referencia y contrareferencia, así como la legislación que abraza a este tipo de pacientes. Lo anterior permitió generar un modelo de acompañamiento que tiene en cuenta las diferentes patologías y secuelas presentes, discapacidad, insumos y requerimientos continuos, así como agregar al núcleo familiar, para mejorar de manera conjunta la calidad de vida global.
3. Si bien hubo un trabajo proactivo, se evidencian dificultades en los sistemas de referencia, proceso que no solo depende del médico encargado del caso, si no atañe otras variables como el colapso del sistema de agendamiento de citas, congestión, retraso en entrega de medicación o acceso a exámenes o imagen, recambio de personal, entre otros lo que deriva en la complicación y detenimiento de los planes de los CLP.
4. Es indispensable construir un plan de seguimiento adaptado a cada paciente y su núcleo familiar, con visitas domiciliarias planificadas, tele-consulta en caso de emergencia, además de afianzar la participación del paciente en su cuidado, la educación de signos y síntomas de gravedad y contar con la ayuda de cuidador principal y otros actores.
5. La visita domiciliaria es el instrumento primordial del programa de Cuidados a Largo Plazo, además de ser el pilar dentro de la Medicina Familiar lo cual se evidencia en el manejo del caso del paciente pluripatológico con secuelas de enfermedades crónicas y dificultad a la movilización, la evidencia muestra que se pueden ofertar soluciones a largo plazo y sustentables si se conoce desde adentro el microsistema familiar.

6. Con respecto al autocuidado, el paciente crónico establece vínculos de confianza con el equipo multidisciplinario, colabora en su cuidado, pone atención en las recomendaciones, realiza preguntas sobre dudas que se presentan en cada una de las visitas y una vez aclaradas, acata lo que se establece; según diferentes estudios la “capacidad de autocuidado y apoyo familiar” demuestra una reciprocidad positiva entre la mayor capacidad de autocuidado, mayor apoyo familiar, por lo que se concluye que la familia actúa como estímulo para que el paciente busque mejoría y esté dispuesto a realizar los cuidados necesarios para su recuperación (Aguinaga & Chiclayo, 2021).
7. La unidad de análisis del caso describe una familia nuclear, adulta, con parientes próximos, tradicional, urbano marginal, con límites permeables, se evidencia crisis no normativas de adición y de pérdida, la familia permite ingreso a núcleo familiar y acoge la ayuda suministrada como: consejos, planes de mejoramiento de la calidad de vida para paciente y los integrantes de la familia, según Armas “...el impacto de las crisis dentro de las familias depende de la fortaleza de cada uno de los integrantes y como este humano capta y exterioriza el estrés generado en él y la influencia que ejerce sobre el resto de los integrantes antes la presencia de una nueva crisis” (Armas Norma, 2000).
8. En cuanto a literatura se amplía conocimientos sobre cuidados crónicos, cuidado a largo plazo, cuidados paliativos, escalas y baremos, se profundiza sobre las patologías presentes en el caso, se crea un panorama más amplio en el momento de toma de decisiones y recursos necesarios para mejorar la vida del paciente.
9. No se consiguió obtener apoyo por pares y familiares próximos para afianzar redes de apoyo para el cuidador principal, no se consignó una reunión para involucramiento del resto de la familia y pactar otras formas de ayuda en el cuidado ante la negativa del resto de los miembros; esto si bien es una debilidad mantiene la pauta y el objetivo para salvaguardar el trabajo continuo y seguir en el camino de los cuidados a largo plazo junto al paciente, su cuidador y su familia.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Estado y entidades de turno, disponer de la legislación y los recursos necesarios para la ampliación de los programas de apoyo social referentes a la salud y pacientes crónicos, así como el empoderamiento de las diferentes funciones del estado en tema de derechos y acceso.
2. Se insta al Ministerio de Salud Pública a la coordinación y la elaboración de la guía de Cuidados a Largo Plazos o Guía de Cuidados de Pacientes Crónicos con el fin de establecer una línea de partida para el personal de salud y equipo multidisciplinario; una normativa específica mejora el diagnóstico, clasificación y derivación de los pacientes dentro de los diferentes programas evitando así estancamiento en los tratamientos y aumento de complicaciones dentro de las enfermedades crónicas.
3. Se recomienda trabajar desde el primer nivel de atención en la capacitación sobre atención de pacientes crónicos, así como en el involucramiento de la comunidad hacia pacientes de Cuidados a Largo Plazo u otros programas de apoyo y ayuda social. La educación en salud en temas de bienestar individual y colectivo genera la construcción de sociedades proactivas pese a la adversidad.
4. Las escuelas de Ciencias médicas del país deben apuntar a la formación de profesionales con enfoque integral del paciente crónico y la discapacidad, el bienestar comunitario y la economía social, así como resaltar la promoción y la prevención, esencia de la APS, antes de la ocurrencia de una enfermedad y el modelo curativo.
5. El presente trabajo abre la puerta a otros estudios de análisis sobre cuidados a largo plazo que afiancen desde la investigación cualitativa y cuantitativa, el abordaje integral en los cuidados a largo plazo y fortalecer el manejo desde el

primer nivel de atención a estos pacientes crónicos pluripatológicos y con secuelas que no ingresan al programa de cuidados paliativos.

REFERENCIAS

- Aguinaga, A., & Chiclayo, A. (2021). *Capacidad de autocuidado y apoyo familiar percibido por las personas post infarto agudo de miocardio*, *Hospital Nacional*. 8, 24–31.
- Aguirre J. (2020). Cuidado y autocuidado de salud del Adulto Mayor. *Programa Interdisciplinario de Estudios Gerontológicos Universidad de Chile*, 1–20. <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/CUIDADO-Y-AUTOCUIDADO-DE-SALUD-DEL-ADULTO-MAYOR.pdf>
- Ángel, M., & Ortega, F. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de La Facultad de Medicina (México)*, 47(006), 251–254.
- Angulò-Pueyo, E., Martínez-Lizaga, N., Ridao-López, M., García-Armesto, S., & Bernal-Delgado, E. (2016). Evolución de las hospitalizaciones potencialmente evitables por condiciones crónicas en España. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 52–54. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.10.008>
- Armas G Nora, D. M. L. (2007). *Familias por Dentro - Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar.pdf*.
- Arroyo Priego, E., Arana Ruiz, A. I., Garrido Blanco, R., Crespo Montero, R., Arroyo Priego, E., Arana Ruiz, A. I., Garrido Blanco, R., & Crespo Montero, R. (2018). Análisis de la sobrecarga del cuidador del paciente en diálisis. *Enfermería Nefrológica*, 21(3), 213–223. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842018000300002>
- Camargo R Diana, M. F. M. (2020). *Recomendaciones de actividad física adaptada. Una estrategia de Promoción de la salud en casa, para la población con discapacidad*.
- Carlos, García, E., Alicia, P., Sán-Chez, S., & Social, T. (2001). *Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad Carlos Egea García y Alicia Sarabia Sánchez (*)*.
- Datos de Gestión – Secretaría Técnica Plan Toda una Vida*. (2020). <https://www.todaunavida.gob.ec/datos-de-gestion/>
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública del. (2009). *Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud a los Adolescentes*.
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública del. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud -MAIS*.
- Gascón, S., & Redondo, N. (2014). *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia, Serie Políticas Sociales (Vol. 207)*.
- Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, C. X., & Espauella J, Espinosa J, F. M. (2011). *Institut Catàl d'Oncologia*.
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). (2011). *Documento De Consenso Atención Al Paciente Con Enfermedades Crónicas*. <http://www.samfyc.es/pdf/boletin/2011 semFYC SEMI DocConsenso>

AtencionPacienteEnfCronicas.pdf

- Ledón Llanes, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 488–499. <https://doi.org/10.1590/s0864-34662011000400013>
- Leòn Rodriguez Carlos. (2015). PLAN DE ATENCION A LA CRONICIDAD DE CANTABRIA. *Journal of Visual Languages & Computing*, 11(3), 134. https://www.m-culture.go.th/mculture_th/download/king9/Glossary_about_HM_King_Bhumibol_Aduyadej's_Funeral.pdf
- Mbougou Hechevarría, Y., Semino García, L. E., Coronados Valladares, Y., Manuel, D., & Crespo, R. (2018). Estados emocionales y carga del cuidador principal de pacientes discapacitados por ictus Main Caregivers Emotional States and Burden of Ictus Handicapped Patient. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 10(3).
- Medina Verástegui, J. C., Alcántara Valdivia, P., Aramburu Ostos, V., Arca Gonzáles del Valle, J. M., Benito Masías, M., Franco Paredes, G., Jiménez Alva, R., Miní Díaz, E. H., Pereyra Zaldívar, H., Sánchez Ramírez, M., Bendezú Watanabe, C., Escalante Guzmán, G., Lazo Gonzales, O., & Amemiya, I. (2000). *Salud comunitaria*. 1–146.
- Mee, C. L. (2008). Cuidados paliativos. *Nursing (Ed. Española)*, 26(9), 22. [https://doi.org/10.1016/s0212-5382\(08\)70792-1](https://doi.org/10.1016/s0212-5382(08)70792-1)
- Ministerio de Inclusión Social. (2018). *MISION LAS MANUELAS*.
- Ministerio de Salud Pública de Chile. (2015). *ENFERMEDADES CRÓNICAS Directrices para la Implementación*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011). *Guía De Acctividad Física dirigida al personal de salud II*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). Manual de Calificación de la Discapacidad. *Dirección Nacional de Normatización, Ministerio de Salud Pública*, 23. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/12/Manual_Calificación-de_Discapacidad_2018.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2014a). Guía de cuidados paliativos para el ciudadano. *Quito-Ecuador*, 34.
- Ministerio de Salud Pública. (2014b). *Guía Nacional de Cuidados paliativos*.
- Ministerio de Salud Pública Uruguay. (2018). *¡A MOVERSE! Guía de actividad física*.
- MSP/ECUADOR. (2020). *Misión Las Manueles*. <https://www.todaunavida.gob.ec/lasmanuelaslamisioncontinua/>
- Nacional, C. (2006). Ley Organica De Salud. *Quito-Ecuador*, 55. www.lexis.com.ec
- OPS/OMS. (2013). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas*.

- OPS/OMS. (2018). *Enfermedades no transmisibles - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. OPS. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- Panama, ministr de salud. (2011). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*.
- Publica, M. de S. del E. (2017). “Estrategia de abordaje Médico del Barrio y su equipo de atención integral en salud.” In *primera Edición: Vol. uno*.
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad Del Paciente Y Cultura De Seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785–795. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>
- Rodríguez, M. J. (2015). Capítulo 9. Transición del cuidado hospitalario al cuidado ambulatorio. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23, 38–40. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.01.011>
- Sapag, J. C., Lange, I., Campos, S., & Piette, J. D. (2010). Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*, 27(1), 9. <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/>
- Structures, M. B. (2015). *Guía de alimentación para paccintes renales*.
- Tribunal Constitucional dela Republica del Ecuador. (2012). Ley Orgánica de Discapacidades. *Registro Oficial*, 726, 1–51.
- Vega Angarita, O. M., & González Escobar, D. S. (2009). Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad Crónica. *Revista Ciencia y Cuidado*, 6(1), 51–62. <https://doi.org/10.22463/17949831.943>
- Vergara Andueza, O. (2019). Medidas Clave sobre Envejecimiento para la Implementación y Seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030. *Ministerio de Desarrollo Social*, 3, 32.
- Vicepresidencia de la República del Ecuador. (2009). *INICIO DEL PROYECTO MISIÓN SOLIDARIA “MANUELA ESPEJO.”* <https://www.vicepresidencia.gob.ec/inicio-del-proyecto-mision-solidaria-manuela-espejo/>
- World Health Organization (WHO). (2002). *ETHICAL CHOICES IN LONG-TERM CARE: WHAT DOES JUSTICE REQUIRE? WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. http://www.who.int/ncd/long_term_care/index.htm

ANEXOS

Anexo 1: Carta de autorización de la unidad



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Coordinación Zonal 4 - Salud

Manta 22 de Febrero 2021

Dr. Mónica Yanneth Guerrero Madroñero
Medica Postgradista MFC

Centro de Salud tipo A Los Esteros.

En respuesta al oficio con fecha 19 de diciembre del 2020 en el cual se solicita la revisión de la historia clínica número 130266824 con el objetivo de realizar el trabajo de titulación "Abordaje integral de un paciente con cuidados a largo plazo en el primer nivel de atención del Centro de Salud Los Esteros" de la ciudad de Manta - Ecuador, en el Periodo 2020 - 2021. A propósito de un caso." y tras el consentimiento informado aceptado desde el paciente en mención. Me permito informar que desde mi autoridad como responsable del Centro de Salud tipo A los Esteros del Distrito 13D02 se autoriza la solicitud enviada.

Gladys Vera Alava
DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGIA
D. 11160 Med. 2661

Dra. Gladys Vera Medico cirujano
No 11160 Med 2661
Responsable del Centro de Salud Tipo A Los Esteros

Distrito 13D02-Salud
Av. 24 y calle 13
052-629-500

Gobierno
del Encuentro | Juntos
lo logramos

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE CASO

TITULO: Abordaje integral de un paciente con cuidados a largo plazo en el primer nivel de atención del Centro de Salud “los Esteros” de la ciudad de Manta - Ecuador, en el Período 2020 - 2021. A propósito de un caso

INVESTIGADOR: Mónica Yanneth Guerrero Madroñero

LUGAR DE REALIZACIÓN: Centro de Salud “Los Esteros” de la ciudad de Manta - Ecuador

I.- INTRODUCCIÓN:

Antes que Usted decida participar en el estudio lea cuidadosamente este formulario y haga todas las preguntas que tenga, para asegurar la comprensión de los procedimientos del estudio, riesgos y beneficios; de tal forma que Usted pueda decidir voluntariamente si desea participar o no en el mismo. Si luego de leer este documento tiene alguna duda, pida al investigador responsable o personal del estudio su explicación, sienta absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas. Ellos le deberán proporcionar toda la información que necesite para entender el estudio.

Una vez que haya comprendido el estudio y si Usted desea participar, entonces se le solicitará que firme esta forma de consentimiento, del cual recibirá una copia firmada y fechada.

II.- PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Analizar el caso sobre el cuidado integral de un paciente que requiere cuidados a largo plazo para toma de decisiones diagnósticas y manejo integral.

III. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Como investigador y médico postgradista, me interesa realizar este estudio como método de titulación para obtener el título de Medicina Familiar y Comunitaria, ya que este caso es poco documentado y me parece muy interesante presentar y estudiar más a fondo los cuidados a largo plazo y así añadir un aporte médico a los conocimientos de la comunidad científica.

IV. OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos:

General:

- Analizar el abordaje integral de un paciente con cuidados a largo plazo en el primer nivel de atención del Centro de Salud “Los Esteros” de la ciudad de Manta – Ecuador, en el periodo 2020 – 2021

Específicos:

- Definir los componentes del abordaje integral del paciente a largo plazo en el primer nivel de atención.
- Establecer un modelo de seguimiento y atención integral al paciente y su familia que demanda de cuidados a largo plazo desde el equipo de salud de primer nivel de atención.
- Exponer la percepción del paciente y su familia en el cuidado a largo plazo en el margen de la salud pública.
- Revisar la literatura actualizada sobre los cuidados a largo plazo, su manejo y normativa legal en el país y la región.

V.- PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:

5.1.- Especificar la duración del proyecto

La investigación tendrá un tiempo aproximado de duración de un año a partir de la aprobación del tema, documentación, recolección de datos y análisis de estudio de caso.

VI. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Este estudio tiene el beneficio de producir conocimiento científico para mejorar el manejo sobre los cuidados a largo plazo en el primer nivel de atención

VII. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

A juicio del investigador del estudio no implica ningún tipo de riesgo físico o psicológico para Usted. Sus respuestas no le ocasionarán ningún riesgo ni tendrán consecuencias de ninguna naturaleza.

VIII.- BENEFICIOS

Es probable que Usted no reciba ningún beneficio personal por participar en este estudio.

Este estudio tiene el beneficio de producir conocimiento científico.

Los hallazgos que arroje la investigación podrían aportar a la ciencia para un mejor tratamiento para el futuro de esta condición

IX.- CONFIDENCIALIDAD Y ALMACENAMIENTO INFORMACIÓN

Los datos proporcionados por el señor L D y su cuidadora la señora S L serán solo únicamente para estudio médico, respetando completamente la confidencialidad, no se utilizará nombres, ni número de cédula, ni códigos.

X.- VOLUNTARIEDAD

Su participación en este estudio es totalmente voluntario. Usted puede decidir participar o no en este estudio de caso, su decisión de participar o no en este proyecto no afectará la atención que puede seguir recibiendo.

XI. DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES

He leído, comprendido y discutido la información anterior con el investigador responsable del estudio y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.

Mi participación en este estudio es voluntaria, podré renunciar a participar en cualquier momento, sin causa y sin responsabilidad alguna.

Si durante el transcurso de la investigación, surge información relevante para continuar participando en el estudio, el investigador deberá entregar esta información.

He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos y/o educativos.

Si durante el transcurso de la investigación me surgen dudas respecto a la investigación o sobre mi participación en el estudio, puedo contactarme con el investigador responsable:

Dra. Mónica Yanneth Guerrero Madroñero teléfono: 096928764 | correo electrónico MYGUERRERO@puce.edu.ec

Acepto participar en este estudio de investigación titulado: Aborde integral de un paciente con cuidados a largo plazo en el primer nivel de atención del Centro de Salud "los Esteros" de la ciudad de Manta - Ecuador, en el Período 2020 - 2021. A propósito de un caso



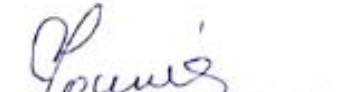
FIRMA DEL PARTICIPANTE

CI



FIRMA DEL PARTICIPANTE

CI 13026687 - 3



FIRMA DEL INVESTIGADOR
CI 040151172 - 0

FECHA 2 de diciembre del 2020

Anexo 3: Escala APGAR familiar

APGAR FAMILIAR D.L

Familia D.L		Sr L.D					Señora S. L				
FUNCIÓN		SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
		Apoyo	Estoy satisfecho/a con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa		X					X	
Participación	Estoy satisfecho(a) la forma en que mi familia comparte conmigo los asuntos d interés familiar buscando juntos la solución de un problema			X						X	
crecimiento	Estoy satisfecho(a) como mi familia acepta y apoya mis deseos en iniciar nuevos planes o actividades			X				X			
Afecto	Estoy satisfecho(a) como mi familia me demuestra cariño y entiende mis emociones como tristeza, amor dolor rabia		X					X			
Recreación	Estoy satisfecho(a) como compartimos en familia Tiempo juntos Espacios de casa dinero		X					X			
Red de apoyo	Estoy satisfecho(a) cuando necesito ayuda de una persona o amigo en quien confiar					X				X	
Red de apoyo	Estoy satisfecho la red de apoyo que recibo de mis amigos o amigas				X					X	
PUNTUACION		0	9	4	1	0	0	0	8	3	0
TOTAL		14					11				
TIPO DE DISFUNCION		De leve a moderada									

Anexo 4: Escala PPI

Palliative Prognostic Index (PPI)

The PPI relies on the assessment of performance status using the Palliative Performance Scale (PPS, oral intake, and the presence or absence of dyspnea, edema, and delirium).

Performance status/Symptoms	Partial score	
Palliative Performance Scale		
10-20	4	
30-50	2.5	✓
>60	0	
Oral Intake		
Mouthfuls or less	2.5	
Reduced but more than mouthfuls	1	✓
Normal	0	
Edema		
Present	1	
Absent	0	✓
Dyspnea at rest		
Present	3.5	
Absent	0	✓
Delirium		
Present	4	
Absent	0	✓

*Puntuación
31.5*

Scoring

PPI score > 6 = survival shorter than 3 weeks

PPI score > 4 = survival shorter than 6 weeks

Anexo 5: Escala APGAR familiar

Paciente: LD

Índice Charlson
Comorbilidad

Selecciona lo que precede

<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio	<input checked="" type="radio"/> DM con afectación orgánica
<input checked="" type="radio"/> Insuf. cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Hemiplejía
<input type="checkbox"/> Enf. vascular periférica	<input checked="" type="radio"/> IRC
<input type="checkbox"/> Enf. cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Tumor sin metástasis
<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Leucemia
<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Linfoma
<input type="checkbox"/> Enf. tejido conectivo	<input type="checkbox"/> Enf. Hepática moderada severa
<input type="checkbox"/> Hepatopatía leve	<input type="checkbox"/> Tumor Sólido con metástasis
<input type="checkbox"/> Úlcus péptico	<input type="checkbox"/> SIDA
<input type="checkbox"/> DM sin afectación orgánica	<input checked="" type="radio"/> Ninguna

I.Charlson: 5 pts

Comorbilidad alta
Mortalidad en 3 años 85%

Borrar / revalorizar

Activar / desactivar

Anexo 6: Escala ZAFARI

ESCALA DE CARGA DE ZARIT
Entrevista sobre la carga del cuidador

Nombre	Fecha
<p><i>INSTRUCCIONES: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja como se sienten, a veces las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación debe indicar con que frecuencia se siente usted, así, nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense de que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.</i></p> <p>0 = NUNCA. 1 = RARA VEZ. 2 = ALGUNAS VECES. 3 = BASTANTES VECES. 4 = CASI SIEMPRE</p>	
1A. ¿ Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? <u>1</u>	
2A. ¿ Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted? <u>2</u>	
3A. ¿ Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia? <u>2</u>	
4B. ¿ Se siente avergonzado por la conducta de su familiar? <u>3</u>	
5B. ¿ Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar? <u>2</u>	
6B. ¿ Piensa de que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia? <u>3</u>	
7A. ¿ Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar? <u>3</u>	
8A. ¿ Cree de que su familiar depende de usted? <u>1</u>	
9B. ¿ Se siente tenso cuando esta cerca de su familiar? <u>2</u>	
10A. ¿ Cree de que su salud se ha deteriorado por cuidar a su familiar? <u>3</u>	
11A. ¿ Cree de que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar? <u>1</u>	
12A. ¿ Cree de que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar? <u>3</u>	
13A. ¿ Se siente incomodo por desatender a sus amistades debido a su familiar? <u>2</u>	
14A. ¿ Cree de que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende? <u>3</u>	
15C. ¿ Cree de que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos? <u>2</u>	
16C. ¿ Cree de que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo? <u>1</u>	
17B. ¿ Siente de que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar? <u>1</u>	
18B. ¿ Desearía dejar el cuidado de su familiar a otros? <u>2</u>	
19B. ¿ Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar? <u>1</u>	
20C. ¿ Cree que debería hacer más por su familiar? <u>2</u>	
21C. ¿ Cree que podría cuidar mejor de su familiar? <u>2</u>	
22A. Globalmente ¿ Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar? <u>2</u>	

Leyenda: 22 - 46: No hay sobrecarga.
47 - 55 : Sobrecarga Leve.
56 - 110: Sobrecarga Intensa.

Total 47.
 Sobrecarga leve

Anexo 7: Escala LANTON Y BRODY

SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

ESCALA DE LAWTON Y BRODY (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA) ¹				
FICHA N° 3b				
Nombre del Usuario:	L-17		Zona:	Distrito: 13202
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad:	Años: 61	Meses:	Fecha de aplicación:	Aplicado por: Mónica Sano
<p>A continuación encontrará 8 ítems correspondientes a actividades instrumentales de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.</p>				
1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:				
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia				1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares				1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar				1
- No utiliza el teléfono				0
2. HACER COMPRAS:				
- Realiza todas las compras necesarias independientemente				1
- Realiza independientemente pequeñas compras				0
- Necesita ir acompañado para cualquier compra				0
- Totalmente incapaz de comprar				0
3. 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
4. CUIDADO DE LA CASA				
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)				1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los 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 casa				1
- No participa en ninguna labor de la casa				0
5. LAVADO DE LA ROPA				
- Lava por sí solo toda la ropa				1
- Lava por sí solo pequeñas prendas				1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro				0

¹ Tomado de: Triguero-Ferrín M, Ferreras-González I, Mejide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011; 72 (1):11-16 Recibido: 15/10/2010; Aceptado:01/01/2011

SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	<input checked="" type="radio"/>
- No viaja	0
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada	1
- Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	<input checked="" type="radio"/>
- No es capaz de administrarse su medicación	0
8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos	1
- Incapaz de manejar dinero	<input checked="" type="radio"/>
TOTAL:	0

Puntuación total: 8 puntos.

En mujeres (8 funciones):	En hombres (5 funciones):
Dependencia total 0-1 Dependencia grave 2-3 Dependencia moderada 4-5 Dependencia ligera 6-7 Autónoma 8.	Dependencia total 0 Dependencia grave 1 Dependencia moderada 2-3 Dependencia ligera 4 Autónomo 5.

*La diferencia de puntaje se da porque en las tareas domésticas es donde más se nota la tradición, las mujeres que son ahora adultas mayores, han tenido mayor responsabilidad a la hora de cocinar, lavar la ropa y arreglar la casa o hacer el aseo de la misma. Es por ello que, en las respuestas más independientes de cada uno de estos ítems, son las mujeres las que poseen mayor porcentaje y tiene un mayor nivel de organización para su realización. En cambio, algunos hombres necesitaron ayuda de otra persona o supervisión, para realizar estas actividades y esto no está relacionado con su nivel de dependencia o independencia sino más bien con su tradición cultural. ¹

Las 5 funciones valoradas en hombres son:

1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:
2. HACER COMPRAS:
6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE
7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:
8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO


FIRMA DEL EVALUADOR

Anexo 8: Escala BARTHEL

INDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:	<i>Grave</i>	25
Comer	- Totalmente independiente	10 ✓
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0 ✓
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5 ✓
	- Dependiente	0

Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0 ✓
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0 ✓
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0 ✓
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0

Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Actividades básicas de la vida diaria (Índice de KATZ)

		Sí (1 punto)	No (0 puntos)
INDEPENDENCIA EN ABVD	1) Baño (Esponja, regadera o tina) Sí: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño). Sí: Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (ej. espalda o pierna). No: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	2) Vestido Sí: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia. Sí: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos. No: Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3) Uso del sanitario Sí: Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo). Sí: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo/a el pañal o cómodo vaciándolo. No: Que no vaya al baño por sí mismo/a.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	4) Transferencias Sí: Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un audilar de la marcha u objeto de soporte). Sí: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia. No: Que no pueda salir de la cama.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5) Continencia Sí: Control total de esfínteres. Sí: Que tenga accidentes ocasionales que no afectan su vida social. No: Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	6) Alimentación Sí: Que se alimente por sí solo sin asistencia alguna. Sí: Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla. No: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resultado 3 / 6 [F]

CALIFICACIÓN DE KATZ

- [A] Independencia en todas las actividades básicas de la vida diaria.
- [B] Independencia en todas las actividades menos en una.
- [C] Independencia en todo menos en bañarse y otra actividad adicional.
- [D] Independencia en todo menos bañarse, vestirse y otra actividad adicional.
- [E] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario y otra actividad.
- [F] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario, transferencias y otra actividad.

Activa

Anexo 10: Escala Riesgo Social

RIESGO SOCIAL - ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR -

Población diana: Población mayor de 65 años. Se trata de una escala heteroadministrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems. El punto de corte para la detección de riesgo social es igual o mayor a 16. El punto de corte para la detección de riesgo social es 16. La probabilidad de riesgo es 78, la sensibilidad es 15.50, y la especificidad es 99.80.

A. Situación familiar	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	(2)
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
B. Situación económica	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI - FAS - Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	(5)
C. Vivienda	
Adecuada a necesidades	(1)
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
D. Relaciones sociales	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	(4)
No sale y no recibe visitas	5
E. Apoyo de la red social	
Con apoyo familiar y vecinal	(1)
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5
PUNTUACIÓN TOTAL	
	(13)

Anexo 11: Escala YASAVAGE

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



Subsecretaría de Atención Intergubernamental
Dirección de la Población Adulta Mayor

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE¹
FICHA N° 3d

Escala de Yesavage (Screening de Depresión)				
Nombre del Usuario:	[Redacted]		Zona:	Distrito:
Nombre de la Unidad de Atención:			00023	13 DOZ
Edad:	Años	Meses	Fecha de aplicación:	Aplicado por:
	61			Mónica Guzmán

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	(SI)	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	(SI)	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	(SI)
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	(SI)	no
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	(SI)	NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	(SI)	no
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	(SI)	NO
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	(SI)
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	(SI)	no
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	(SI)
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	(SI)	NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SI	(SI)
13.	¿Se siente lleno de energía?	SI	(NO)
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	(no)
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	(SI)	no
Las respuestas que indican depresión están en NEGRITA Y MAYÚSCULAS . Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO.			Total: 6

Probado de pmi

FIRMA DEL EVALUADOR

Anexo 12: Epicrisis de Oftalmología

RESULTADO DE EXAMENES

La *tomografía de coherencia óptica* excavación amplia en ojo derecho y normal en ojo izquierdo (OD: 0.69 - OI: 0.34), capa de fibras nerviosas disminuida en sector superior en ojo derecho e inferior en ojo izquierdo. Disminución ligera del grosor macular central con aumento del grosor en sector nasal en ojo derecho y disminución del grosor macular sector central en ojo izquierdo con pérdida de anatomía macular, impresiona membrana epirretiniana.

En la *campimetría computarizada* que muestra disminución de la sensibilidad severa en ambos ojos con una reducción concéntrica del campo visual. Confiabilidad de prueba baja, se repitió en varias ocasiones la prueba y no se logra mejorar índice de confiabilidad en ambos ojos lo que se relaciona con trastorno macular.

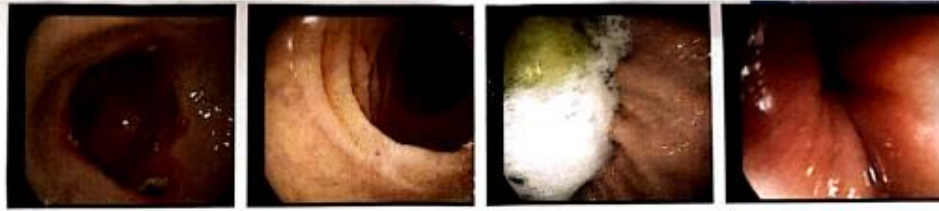
La *Paquimetría* está por debajo del rango promedio (córnea delgada) en ambos ojos, por lo que es necesario realizar un ajuste a la presión intraocular obtenida mediante el tonómetro aumentando 8 mmHg en ojo derecho y 3 mmHg en ojo izquierdo.

SUGERENCIAS

Se sugiere valorar este resultado junto a la clínica del paciente para definir diagnóstico y conducta a seguir

Dra. Mayra Beltrán Labou
MÉDICO OFTALMÓLOGO
CCO 10211248
1 611 697

Anexo 13: Endoscopia gástrica



HALLAZGOS ENDOSCOPIA ORAL

SEDACION POR PARTE DE ANESTESIOLOGIA CON PROPOFOL.

LARINGE: DE CARACTERISTICAS NORMALES.

ESOFAGO: MUCOSA Y CALIBRE DEL ORGANNO CONSERVADOS, CAMBIO MUCOSO A LOS 36 DE ADS, CARDIAS COINCIDENTE CON IMPRONTA HIATAL.

ESTOMAGO: CARDIAS COMPETENTE; A NIVEL DE FONDO Y CUERPO PRESENTA MUCOSA CON LIGERO ERITEMA PETEQUIAL, LAGO MUCOSO ESCASO; PLIEGUES GASTRICOS NORMALES QUE DISCURREN BIEN A LA INSUFLACION; A NIVEL DE ANTRO SE OBSERVAN VARIAS LESIONES ULCERATIVAS DE LAS CUALES UNA DE ELLAS EXCAVADA EN CARA POSTERIOR DE APROXIMADAMENTE 5MM DE DIAMETRO DE BORDES ERITEMATOSOS ENGROSADOS CON BASE DE FIBRINA , EL RESTO OSCILAN ENTRE LOS 2MM DE DIAMETRO. PILORO LATERALIZADO COMPETENTE.

DUODENO: BULBO Y SEGUNDA PORCION DUODENAL DE CARACTERISTICAS NORMALES.

JUICIO ENDOSCOPICO:

- ULCERAS ANTRALES FORREST III.
- GASTROPATIA ERITEMATOSA CORPORFUNDICA

Activar W

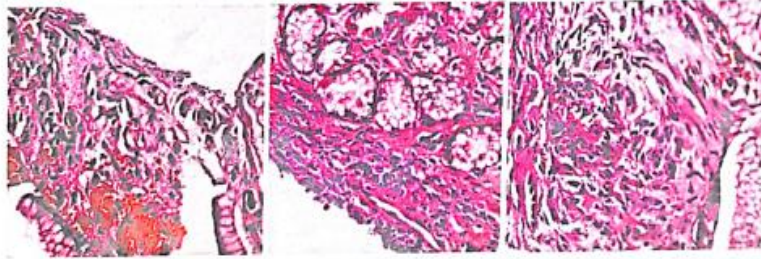
Anexo 14: Estudio Anatopatológico

ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO

INFORME

MACROSCOPICO.- Se recibe siete fragmentos de tejidos blandos que miden entre 0.3 y 0.2 cm amarillentos.

MICROSCOPICO.- Los cortes histológicos muestran en pocos fragmentos mucosa gástrica con cambios de reparación epitelial, exocitosis de neutrófilos, con detritus celulares, en el corion se observa congestión vascular, fibrosis, infiltrado inflamatorio mixto y extravasación eritrocitaria. Otros fragmentos que corresponde a la mayoría son de epitelio foveolar con cambios hiperplásicos. Bacilos de *Helicobacter pylori* presentes en poca cantidad.



DIAGNOSTICO PATOLOGICO.-

BIOPSIA GASTRICA.

- PROCESO ULCERATIVO CRONICO CON HIPERPLASIA FOVEOLAR MARCADA
- HELICOBACTER PYLORI: +/+++
- NO SE OBSERVA MALIGNIDAD EN LAS MUESTRAS ESTUDIADAS.

Dra. Dairys Mayra Arroya Cedeño
Médica ANATOMOPATOLOGA

Activar Win

Anexo 15: Ficha Familiar.

IDENTIFICACIÓN DEL SISTEMA		UNIDAD OPERATIVA		CENSO NO		CENSO LOCALIZACIÓN		FAMILIAR		FICHA	
MSP		Los Esteros		13/01/2002		01/08/13					
Manabí		Manabí		Los Esteros		diagonal al Seguro los Esteros					
Dazauro						0168894139 Sup/2020					

1 INFORMACIÓN GEO REFERENCIADA											
LATITUD						LONGITUD					

2 MIEMBROS DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD															
GRUPO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ESCOLARIDAD				ESTADO CIVIL				ENFERMEDADES	NÚMERO DE HERMANOS	NÚMERO DE HERMANAS	
				M	B	BA	BAI	BAII	BAIII	C	CA				CAI
1-ADULTO															
2-ADULTO															
3-ADULTO															
4-ADULTO															
5-ADULTO															
6-ADULTO															
7-ADULTO															
8-ADULTO															
9-ADULTO															
10-ADULTO															
11-ADULTO															
12-ADULTO															
13-ADULTO															
14-ADULTO															
15-ADULTO															
16-ADULTO															
17-ADULTO															
18-ADULTO															
19-ADULTO															
20-ADULTO															
21-ADULTO															
22-ADULTO															
23-ADULTO															
24-ADULTO															
25-ADULTO															
26-ADULTO															
27-ADULTO															
28-ADULTO															
29-ADULTO															
30-ADULTO															
31-ADULTO															
32-ADULTO															
33-ADULTO															
34-ADULTO															
35-ADULTO															
36-ADULTO															
37-ADULTO															
38-ADULTO															
39-ADULTO															
40-ADULTO															
41-ADULTO															
42-ADULTO															
43-ADULTO															
44-ADULTO															
45-ADULTO															
46-ADULTO															
47-ADULTO															
48-ADULTO															
49-ADULTO															
50-ADULTO															
51-ADULTO															
52-ADULTO															
53-ADULTO															
54-ADULTO															
55-ADULTO															
56-ADULTO															
57-ADULTO															
58-ADULTO															
59-ADULTO															
60-ADULTO															
61-ADULTO															
62-ADULTO															
63-ADULTO															
64-ADULTO															
65-ADULTO															
66-ADULTO															
67-ADULTO															
68-ADULTO															
69-ADULTO															
70-ADULTO															
71-ADULTO															
72-ADULTO															
73-ADULTO															
74-ADULTO															
75-ADULTO															
76-ADULTO															
77-ADULTO															
78-ADULTO															
79-ADULTO															
80-ADULTO															
81-ADULTO															
82-ADULTO															
83-ADULTO															
84-ADULTO															
85-ADULTO															
86-ADULTO															
87-ADULTO															
88-ADULTO															
89-ADULTO															
90-ADULTO															
91-ADULTO															
92-ADULTO															
93-ADULTO															
94-ADULTO															
95-ADULTO															
96-ADULTO															
97-ADULTO															
98-ADULTO															
99-ADULTO															
100-ADULTO															
TOTALES															

3 MORTALIDAD FAMILIAR		4 RESPONSABLE DEL LLENADO	
NOMBRE	FECHA DE FALLECIMIENTO	NOMBRE Y APELLIDO	FECHA
		Yocum Lasso	14/11/2020
		AN: Mónica Yennifer Guerrero M	

GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES		9/11/2020		14/11/2020		23-01-20		12/11/2020	
CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGO POR COMPONENTE: 0= SIN RIESGO 1= RIESGO BAJO 2= RIESGO MEDIO 3= RIESGO ALTO									
RIESGOS BIOLÓGICOS	1 PERSONAS CON VACUNACIÓN INCOMPLETA	0	0	0	0	0	0	0	0
	2 PERSONAS CON MALNUTRICIÓN	0	0	0	0	0	0	0	0
	3 PERSONAS CON ENFERMEDADES DE IMPACTO	2	2	2	2	2	2	2	2
	4 EMBARAZADAS CON PROBLEMAS	0	0	0	0	0	0	0	0
	5 PERSONAS CON DISCAPACIDAD	1	1	1	1	1	1	1	1
	6 PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES	0	0	0	0	0	0	0	0
RIESGOS SANITARIOS	7 CONSUMO DE AGUA INSEGURA	0	0	0	0	0	0	0	0
	8 MALA ELIMINACIÓN DE BASURA Y EXCRETAS	0	0	0	0	0	0	0	0
	9 MALA ELIMINACIÓN DE RESIDUOS LÍQUIDOS	0	0	0	0	0	0	0	0
	10 IMPACTO ECOLÓGICO POR INDUSTRIAS	2	2	2	2	2	2	2	2
	11 ANIMALES INTRA DOMICILIARIOS	0	0	0	0	0	0	0	0
RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS	12 POBREZA	0	0	0	0	0	0	0	0
	13 DESEMPEÑO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA	1	1	1	1	1	1	1	1
	14 ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE	0	0	0	0	0	0	0	0
	15 DESESTRUCTURACIÓN FAMILIAR	0	0	0	0	0	0	0	0
	16 VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCIÓN	0	0	0	0	0	0	0	0
	17 MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA	0	0	0	0	0	0	0	0
	18 HACIENIMIENTO	0	0	0	0	0	0	0	0
NIVEL DE RIESGO TOTAL: SIN RIESGO 0, BAJO 1, MEDIO 2, ALTO 3									
CALIFICACIÓN GLOBAL: VALOR DEL RIESGO CON COMPONENTES (SELECCIÓN DE TOTAL Y RANGOS) EN LA CATEGORÍA CORRESPONDIENTE (SELECCIÓN RANGOS TOTAL)									
CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGO TOTAL: 0= SIN RIESGO 1= RIESGO BAJO 2= RIESGO MEDIO 3= RIESGO ALTO									

FECHA DE ANÁLISIS		ACTIVIDADES PROGRAMADAS		EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS			ASISTENTE
NÚMERO	CONTENIDO DE LA FAMILIA	CONTENIDO DE LA FAMILIA	FECHA DE EVALUACIÓN	S	N	COMENTARIOS	
1/1/17	1. Conducta de la familia	2. Valor familia	23/01/17	X			
	1. De medicación dada en mano y dosis recomendada	2. Opinión de la familia y Medicación dada en mano de salud.		X			
	3. Atención a citas	4. Quiere sobre-datos		X			
	5. Atención a citas	6. Atención a citas		X			
	7. Atención a citas	8. Atención a citas		X			
	9. Atención a citas	10. Atención a citas				X	
	11. Atención a citas	12. Atención a citas				X	
	13. Atención a citas	14. Atención a citas				X	
	15. Atención a citas	16. Atención a citas				X	
	17. Atención a citas	18. Atención a citas				X	
	19. Atención a citas	20. Atención a citas				X	
	21. Atención a citas	22. Atención a citas				X	
	23. Atención a citas	24. Atención a citas				X	
	25. Atención a citas	26. Atención a citas				X	
	27. Atención a citas	28. Atención a citas				X	
	29. Atención a citas	30. Atención a citas				X	
	31. Atención a citas	32. Atención a citas				X	
	33. Atención a citas	34. Atención a citas				X	
	35. Atención a citas	36. Atención a citas				X	
	37. Atención a citas	38. Atención a citas				X	
	39. Atención a citas	40. Atención a citas				X	
	41. Atención a citas	42. Atención a citas				X	
	43. Atención a citas	44. Atención a citas				X	
	45. Atención a citas	46. Atención a citas				X	
	47. Atención a citas	48. Atención a citas				X	
	49. Atención a citas	50. Atención a citas				X	
	51. Atención a citas	52. Atención a citas				X	
	53. Atención a citas	54. Atención a citas				X	
	55. Atención a citas	56. Atención a citas				X	
	57. Atención a citas	58. Atención a citas				X	
	59. Atención a citas	60. Atención a citas				X	
	61. Atención a citas	62. Atención a citas				X	
	63. Atención a citas	64. Atención a citas				X	
	65. Atención a citas	66. Atención a citas				X	
	67. Atención a citas	68. Atención a citas				X	
	69. Atención a citas	70. Atención a citas				X	
	71. Atención a citas	72. Atención a citas				X	
	73. Atención a citas	74. Atención a citas				X	
	75. Atención a citas	76. Atención a citas				X	
	77. Atención a citas	78. Atención a citas				X	
	79. Atención a citas	80. Atención a citas				X	
	81. Atención a citas	82. Atención a citas				X	
	83. Atención a citas	84. Atención a citas				X	
	85. Atención a citas	86. Atención a citas				X	
	87. Atención a citas	88. Atención a citas				X	
	89. Atención a citas	90. Atención a citas				X	
	91. Atención a citas	92. Atención a citas				X	
	93. Atención a citas	94. Atención a citas				X	
	95. Atención a citas	96. Atención a citas				X	
	97. Atención a citas	98. Atención a citas				X	
	99. Atención a citas	100. Atención a citas				X	

SIMBOLOGIA

HOMBRE
 MUJER
 ABORTO
 SEPARACIÓN
 DIVORCIO
 HIJOS BIOLÓGICOS
 INFORMANTE

MATERNIDAD O UNIÓN ILÍCITA
 UNIÓN CON SANGÜEA
 HIJOS ADOPTADOS

ABUELOS

PAIDRES

HIJOS

8 UBICACIÓN DE LA VIVIENDA Y DE LOS PUNTOS DE CONTAMINACIÓN

NORTE

9 CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

FECHA DE INFORME

TIPO DE CONTAMINANTE Y DESCRIPCIÓN

CAUSANTE DE LA CONTAMINACIÓN

10 LUGAR O PERSONA A LA QUE ACUDEN PARA TRATAMIENTO

- Vista domiciliar. (paciente y cuidador principal)
 - Llegada a centro salud (cuidador para recepción de medicación e inyecciones)