

INVESTIGACIÓN

2009

ELABORACIÓN DE UNA ESCALA INTEGRAL GERIÁTRICA, QUE VALORE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA TRAS SUFRIR UN ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

FUNDACIÓN MAPFRE

www.fundacionmapfre.com

Investigadora Principal

Eva Caselles i Pujol

Diplomada en Fisioterapia
Fisioterapeuta del Hospital Jaume D'Urgel. Balaguer (Lleida)

Equipo Investigador

Aida Curià i Fabregat

Diplomada em Enfermeria
Enfermera. Hospital Jaume D'Urgel. Balaguer (Lleida)

Elibia Fernández Villalba

Diplomada em Enfermeria
Supervisora Enfermeria. Hospital Jaume D'Urgel. Balaguer (Lleida)

Maria Neus Larré i Ferrer

Diplomada em Enfermeria
Enfermera. Hospital Jaume D'Urgel. Balaguer (Lleida)

Miracle Camarasa Barbosa

Lda. en Medicina y Cirugía
Dirección Médica. Hospital Jaume D'Urgel. Balaguer (Lleida)

Índice

	Página
1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS DEL PROYECTO	4
2.1. Objetivos Generales	4
2.2. Objetivos Procedimentales	5
2.3. Objetivos Actitudinales	5
3. ETAPAS DE LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO	5
3.1. Etapa A: Elaboración de un cuestionario inicial a partir del análisis de 33 escalas	5
3.2. Etapa B: Aplicación del cuestionario a una muestra de pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de A.V.C.	5
3.3. Etapa C: Evaluación y análisis de la información recolectada	6
4. RECURSOS HUMANOS	6
5. RECURSOS MATERIALES	7
6. ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	7
6.1. Tabla I	7
6.2. Tabla II	7
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y WEBGRAFÍA	8
8. ANEXOS	9
8.1. Formulario de consentimiento informado escrito	9
8.2. Formulario de consentimiento informado del representante	10
8.3. Formulario de consentimiento informado oral ante testigos	11
8.4. Primer cuestionario	12
8.5. Segundo cuestionario modificado	14
8.6. Escala Integral Geriátrica final	17

1. INTRODUCCIÓN

Cada año se diagnostican aproximadamente 120.000 nuevos casos de accidentes vasculares cerebrales (AVC) en España. Según datos del Instituto Nacional de Estadística los AVC o Ictus fueron, en el año 2002, la segunda causa de muerte global (con un balance de 35.947 casos) y la primera en el caso de las mujeres (con un total de 21.018) en el conjunto de la población española. Esto indica que se produce **una muerte por ictus cada 15 minutos** [1]. Es la causa más importante de invalidez o discapacidad importante a largo plazo en el adulto y la segunda causa de demencia. Supone también, un consumo de entre el 3 y 4% del total del gasto sanitario en España.

Según datos extraídos del estudio GBD (*Carga Global de las Enfermedades*) del año 2000, el ictus ocupa el segundo lugar en cuanto a la carga de enfermedad en Europa.

Las tres cuartas partes de los diagnósticos por ictus afectan a pacientes mayores de 65 años, y debido a las previsiones de población en las que España sería en el año 2050 una de las poblaciones más envejecidas del mundo, se prevé un incremento de la incidencia y prevalencia de esta patología en los próximos años, y como consecuencia un aumento, de las personas en situación de dependencia.

Partimos de la realidad en la que nos encontramos actualmente, donde en el momento que se ha de tratar a un paciente con diagnóstico de A.V.C., y por lo tanto, abordar su tratamiento desde un enfoque multidisciplinar (médico, enfermería, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo...), disponemos de distintas valoraciones, una para cada disciplina, que se complementan y se unifican entorno a la historia clínica del paciente, pero que dificultan tanto su consulta como una clara exposición de la situación de dependencia del paciente. Pretendemos conceptualizar y sintetizar toda la información actual respecto a la valoración, para llegar a una resolución satisfactoria que nos permita **un nuevo marco de actuación** y garantizar la atención socio-sanitaria desde la fase crítica y aguda, hasta la fase de normalización de una forma integral, coordinada y continuada, y sea un nuevo horizonte de expectativas para posteriores trabajos e investigaciones.

Evaluar un paciente con diagnóstico de A.V.C., requiere principalmente, establecer un sistema de gradación de los signos y síntomas neurológicos que presentan y que *a posteriori*, permita cuantificarlos con criterios de objetividad y universalización.

El proyecto se ha basado en unos **objetivos claros y reales**, y ha incluido tanto los criterios formales, relacionados con la expresión y el aspecto final de la presentación, como los criterios referenciales, que han de permitir incluir de forma sintetizada todas las valoraciones seleccionadas, que habrán de comprender:

- Valoración de las actividades instrumentales.
- Valoración de los antecedentes médicos y sociales.
- Valoración del estado funcional.
- Valoración del estado nutricional.

- Valoración de los factores de riesgo a los que está sometido el paciente.
- Valoración del entorno familiar y afectivo.

Hay muchos trabajos que pretenden investigar la utilidad de diversas escalas como instrumentos de medición de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, y existen evidencias publicadas de su validez, fiabilidad y sensibilidad. Las escalas se precisan para desarrollar científicamente la especialidad, hacer estudios de eficacia en el tratamiento, de coste-beneficio por proceso y cuantificar objetivamente el grado de discapacidad o minusvalía. Si bien las escalas con más ítems y categorías de respuesta de cada ítem generan más información cualitativa acerca de los resultados, pueden no mejorar sus mediciones, de ahí la importancia de utilizar técnicas reconocidas de construcción de escalas para desarrollar mediciones de resultados de salud. En general existe poco acuerdo en qué escala utilizar en las mediciones de los resultados y se presta poca atención a la valoración de hándicap, calidad de vida y satisfacción del paciente.

Es necesario conocer el propósito de la medición, el proceso a valorar, el intervalo entre las valoraciones, la interpretación de la valoración, los parámetros a medir y qué profesional la aplica. Además, se debe tener experiencia en su uso, conocer el tiempo requerido para su aplicación y sus limitaciones.

El objetivo de conseguir una **evaluación más precisa** de los pacientes con A.V.C., como parte fundamental de éste proyecto y obedece a un esfuerzo por obtener un **método de medida y evaluación**, de eficacia contrastada, que pueda llegar a ser aceptado por la comunidad internacional.

Así pues, teniendo en cuenta la situación expuesta nos proponemos crear una **Escala Integral Geriátrica**, que sea una herramienta de valoración referencial, que permita lograr un plan de cuidados global, optimizando el uso de los recursos y garantizando la continuidad de los cuidados.

2. OBJETIVOS DEL PROYECTO

Con la elaboración de ésta escala, pretendemos establecer un modelo de valoración funcionalmente práctico y objetivo, con la finalidad de satisfacer la necesidad de las instituciones geriátricas, y de los centros socio-sanitarios en particular, en la realización de la evaluación funcional global de dichos pacientes. Para poder llegar a ofrecer unos nuevos y más analíticos ítems de valoración, que nos permitan mejorar los cuidados y tratamientos, o poder establecer unos específicos si cabe para cada tipo de persona, aun con el mismo diagnóstico.

Los objetivos que nos hemos marcados en nuestro trabajo los hemos agrupado en tres grupos:

2.1. Objetivos Generales

- Recopilar los diferentes test, índices, guías y escalas, que actualmente se utilizan para la valoración funcional y cognitiva de pacientes que han sufrido un AVC.

- Estudiar cada uno de forma individual, para llevar a cabo un análisis tanto de su desarrollo práctico como de su posterior eficacia en la aplicación de los tratamientos más adecuados, teniendo en cuenta la escala de valoración establecida la actual Ley de Dependencia.

- Aplicarlos en la muestra de pacientes de nuestros centros, y seleccionar y clasificar los más efectivos.

- Analizar los resultados obtenidos e interpretar los diferentes valores en función de los distintos grados de situación de dependencia funcional.

- Sintetizar los test, índices, guías y escalas seleccionados en una única escala integral que permita una valoración práctica, eficaz e innovadora de la situación de dependencia de un paciente tras haber sufrido un AVC.

2.2. Objetivos Procedimentales

- Analizar los posibles antecedentes sobre nuestro proyecto, mediante una búsqueda bibliográfica, y valorar las limitaciones estructurales que puedan presentar.

- Incluir en todo el proceso, la evaluación de los tres ámbitos de valoración de los pacientes: físico (anamnesis, factores de riesgo, examen físico...), psíquico (percepción, atención, nivel de información, orientación, comprensión, lenguaje, memoria...), y social (familia, entorno, hábitat...).

- Definir actuaciones de intervención concretas en la valoración de los pacientes, que faciliten la elaboración de la escala.

- Dinamizar el trabajo de campo, saber detectar la introducción de cambios y actuar oportunamente.

- Trabajar en equipo, de forma multidisciplinar, contrastando y compartiendo toda la información recopilada a lo largo de la investigación.

2.3. Objetivos Actitudinales

- Respetar las ideas y los argumentos de todos los integrantes del equipo de investigación.

- Comprometerse en la valoración rigurosa de los pacientes analizados.

- Trabajar con responsabilidad, desarrollando las funciones que competen a cada profesional y respetando el trabajo desempeñado por el resto del equipo.

- Respetar la intimidad de todos los pacientes a estudio, mediante el consentimiento informado.

3. ETAPAS DE LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO

El desarrollo de la elaboración de la escala integral geriátrica que valora la situación de dependencia tras sufrir un accidente vascular cerebral (A.V.C.) se ha llevado a cabo a través de tres etapas diferenciadas que nos han permitido ir siguiendo nuestro plan de trabajo inicialmente establecido:

A. Elaboración de un cuestionario inicial a partir del análisis de 33 escalas.

B. Aplicación de éste cuestionario inicial a una muestra de pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de A.V.C.

C. Evaluación y análisis de la información recolectada a través de los cuestionarios para confeccionar la Escala Integral Geriátrica final.

3.1. Etapa A: Elaboración de un cuestionario inicial a partir del análisis de 33 escalas

En esta etapa inicial del proyecto se llevó a cabo una recopilación, a través de una búsqueda bibliográfica y telemática, de diferentes test, escalas y índices, tanto generales como específicos, utilizadas actualmente en los centros sanitarios para la valoración de los diferentes parámetros de salud que afectan a pacientes que han sufrido un A.V.C. Todos ellos en su conjunto, evalúan la intensidad de los síntomas y signos neurológicos, la capacidad de ejecución de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, y la situación social actual [2].

Fruto de esta recopilación se seleccionaron 33 de test y/o escalas (*Tabla I*) que permiten evaluar algún aspecto físico, cognitivo o social de pacientes que hayan sufrido daño cerebral. Estas 33 escalas fueron sometidas a un proceso de análisis individual a través de unas fichas descriptivas (*Tabla II*). A partir de un exhaustivo análisis fueron seleccionados los ítems, fragmentos y dimensiones de mayor interés para una valoración objetiva de pacientes con diagnóstico de A.V.C y mayores de 65 años.

Las diferentes variables seleccionadas (ítems, fragmentos y dimensiones) fueron divididas en tres apartados de valoración: cognitivo, funcional y social, y posteriormente agrupados en un cuestionario final con 20 ítems con 4 respuestas para cada uno, ordenadas de menor a mayor gravedad y con una puntuación ordinal para cada respuesta, oscilando entre el 4 y el 0.

3.2. Etapa B: Aplicación de éste cuestionario inicial a una muestra de pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de A.V.C.

En la segunda etapa de nuestro proyecto aplicamos el cuestionario confeccionado a una muestra de pacientes seleccionados entre ingresados en el Hospital Socio-sanitario Jaume d'Urgell de Balaguer, así como los pacientes del Hospital Duran y Reinalds de Barcelona, ambos pertenecientes a la Fundación Socio-sanitaria de Barcelona.

Los criterios de inclusión en nuestro estudio fueron: ser pacientes con diagnóstico de haber cursado un primer AVC (isquémico o hemorrágico), entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del 2010, ser mayores de 65 años y haber firmado el consentimiento informado. La búsqueda no consideró el sexo de los pacientes. Se excluyeron los casos que presentaban AVC de causa indeterminada (para no incluir pacientes con diagnóstico dudoso de AVC), los casos con limitaciones para cumplir el seguimiento y los casos en que no aceptaron participar en el estudio ni firmar el consentimiento informado. También,

quedaron desestimados aquellos pacientes que por situaciones de salud, fueron dados de alta o fallecieron antes de terminar el estudio.

Se contemplo la posibilidad de que debido a los daños cerebrales producidos por un ictus pudieran producir alteraciones en el habla, alteraciones de memoria, y desorientación en tiempo y espacio, lo cual podía dificultar el trabajo de recolección de la información a través de la escala geriátrica inicial. Debido a este hecho fue necesaria la colaboración de los familiares y/o acompañantes de los pacientes con los déficits anteriormente descritos.

De conformidad con lo que establece la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, se utilizaron tres tipos de formularios de consentimiento informado: formulario de consentimiento informado escrito, formulario de consentimiento informado del representante y formulario de consentimiento informado oral ante testigos. Se seleccionó para cada paciente de la muestra el tipo de formulario adecuado a sus necesidades.

La muestra resultante quedó compuesta por 35 pacientes a los cuales se les aplicó la escala geriátrica inicial dando lugar al proceso de recolección de la información. Este proceso de recolección dio como resultado una serie de información de la situación de dependencia cognitiva, funcional y social después de sufrir un A.V.C de todos los pacientes de la muestra.

Durante esta etapa de trabajo de campo se pusieron de manifiesto una serie de carencias y limitaciones tanto prácticas como metodológicas del cuestionario inicial, que fueron evaluadas en la etapa 3 de nuestro proyecto.

3.3. Etapa C: Evaluación y análisis de la información recolectada a través de los cuestionarios para confeccionar la Escala Integral Geriátrica final

En esta etapa se sometió la información obtenida a un minucioso proceso de análisis y síntesis de la información obtenida, para comprobar que ésta reprodujera con precisión, rigor, objetividad y exactitud el estado funcional, social i cognitivo de los 35 pacientes de la muestra, también se revisó el proceso de recolección de la información a través de los cuestionarios.

Debido a este proceso de evaluación y análisis se modificó el cuestionario inicial, para que este se adaptara con más fiabilidad a la realidad de los pacientes con A.V.C y nos transmitiera una información más precisa y fidedigna de su estado inicial de dependencia.

Nuestra práctica diaria con este tipo de pacientes, y el trabajo interdisciplinar que conlleva tanto su valoración inicial como su posterior tratamiento, nos ha llevado a la creación de una Escala Integral Geriátrica global, la cual se convierta en una herramienta de fácil manejo, capaz de integrar todos los tipos de alteración que puede llegar a provocar un A.V.C y que permita obtener un resultado de fácil comprensión, a la vez que global, de la situación funcional con al que abordar el tratamiento.

Con el estudio detallado de los 33 test iniciales, llegamos a la conclusión que actualmente para evaluar la situación de dependencia funcional tras sufrir un A.V.C., los profesionales deben recurrir a varias escalas o índices de valoración para tener unos datos objetivos de su situación funcional global, por lo que se convierte una ardua tarea.

Se obtuvo una escala final de 20 ítems con 4 opciones de respuesta comprensibles y específicas, adaptadas a las nuevas necesidades que fueron detectadas durante el trabajo precedente de recolección y análisis de la información.

Los resultados produjeron tres grandes grupos claramente diferenciados entre sí, pero con continuidad dentro de la escala final (valoración cognitiva, funcional y social), medidos de forma ordinal, con una evaluación objetiva y sistemática.

Este hecho permitió ajustarse más y mejor al objetivo inicial del proyecto en el que se pretendía establecer un modelo de valoración funcionalmente práctico y objetivo, con la finalidad de satisfacer la necesidad de las instituciones geriátricas, y de los centros socio-sanitarios en particular, para optimizar el tiempo de los profesionales y para mejorar tanto los cuidados como los posteriores tratamientos multidisciplinares [3], teniendo en cuenta la especificidad de cada caso.

4. RECURSOS HUMANOS

Las integrantes del grupo para a cabo el proyecto, formamos parte de un equipo multidisciplinar perteneciente al Centro Socio-sanitario Jaume d'Urgell, y cada ha tenido definida la siguiente función dentro del marco de actuación de todo el proyecto:

- Eva Caselles i Pujol, fisioterapeuta. Coordinadora del proyecto. Se encargó de dirigir y organizar el planteamiento, y posterior desarrollo del proyecto, así como de colaborar en el desarrollo de las técnicas de recolección, análisis y posterior evaluación de la información.
- Miracle Camarasa i Barbosa, directora médica. Se encargó de proporcionar el perfil médico al proyecto, y supervisar los resultados obtenidos en las valoraciones.
- Aida Curià i Fabregat, enfermera. Se encargó de las técnicas de recolección, aplicación y posterior evaluación de la información.
- Neus Larré i Ferrer, enfermera. Se encargó también de las técnicas de recolección, aplicación y posterior evaluación de la información.
- Elibia Villalba i Fernández, supervisora de enfermería. Trabajó conjuntamente con las enfermeras y la coordinadora en todos los aspectos del proyecto. Especialmente en la coordinación de la realización de las valoraciones en otros centros socio-sanitarios, y en la facilitación de datos y soporte técnico.

Todas, en el mismo grado de implicación hemos colaborado en el diseño y la elaboración final de la escala definitiva.

5. RECURSOS MATERIALES

- ✓ Material inventariable.
 - Equipamientos informáticos: dos ordenadores, una impresora, un equipo de fax y cinco memorias externas.
 - Adquisición de libros y varias bases de datos.
- ✓ Material fungible.
 - Grapadoras, bolígrafos, folios y cinco carpetas archivadoras.

6. ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Tabla I. Test, escalas e índices evaluados

Apgar familiar
Cuestionario de Barber
Escala Confusion Assessment Method (CAM)
Escala de demencia de Blessed
Escala de isquemia de Hachinski
Escala de AIVD de Lawton y Brody
Escala de Ashworth
Escala de Cornell
Escala de depresión de Hamilton
Escala de depresión y ansiedad de Golberg (EADC)
Escala de evaluación rápida de la incapacidad (RDRS-2)
Escala de Gijón
Escala de incapacidad física de la Cruz Roja
Escala de Plutchik
Escala Pulses para la valoración funcional
Escala de Rankin modificada
Escala de recursos sociales OARS (Older Americans Resource and Service Group)
Escala de Yesavage
Escala Emina
Evaluación de autocuidados de Kenny
Examen físico abreviado para la primera consulta del gerente
Funcional Independence Measure (FIM)
Índice de Barthel
Índice de disnea basal de Mahler
Índice de Karnofsky
Índice de Katz
Mini mental state examination de Folstein
Mini nutritional assessment
Perfil de salud de Nottingham
Test del informador
Test de Pfeiffer
Test de Tinetti
Test de Yesavage

Tabla II. Ficha descriptiva utilizada para el análisis de cada test

Nombre del test, índice o escala
Dimensión evaluada
Población diana
Número de ítems
Tiempo de realización
Material
Puntuación global
Puntuación parcial
Observaciones positivas
Observaciones negativas
Otros comentarios

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y WEBGRAFÍA

- [1] Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte el año 2008. Tasas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. [Acceso 11 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2008/10/&file=01004.px&type=pcaxis&L=0>
- [2] **Arias, A.** "Rehabilitación del A.V.C.: evaluación, pronóstico y tratamiento". Medicina Física y Rehabilitación. Rev. Galicia Clin 2009; Vol. 7, (3): 25-40.
- [3] **Martin Arribas, M.C.** "Diseño y validación de cuestionarios". Instituto de Salud "Carlos III". Rev. Matronas Profesión 2004; Vol. 5. nº 17.
- Bermejo Pareja, M.; Porta-Etessam, J.; Díaz Guzmán, J.; y Martínez-Martin, P.** "Mas de cien escalas en Neurología". Biblioteca Aula Médica, 2008.
- Badia, X.; Salamero, M.; Alonso, L.** "La medida de la salud. Guía de escalas de medición es español". Fundación Lilly, 2002.
- Grau, G.**, "Metodología para la validación de cuestionarios". Medifam, 1995.
- Miralles, R.; Esperanza, A.; Vázquez, O.**, "Valoración geriátrica en el hospital: unidades de postagudos". Universisat Autònoma de Barcelona. Rev. Mult Gerontol 2005; Vol. 15, (1): 30-35.

De la Biblioteca Cochrane plus (<http://www.update-software.com>):

- Azizna, Leonardi-bee J., Philips, M., Gladman, JRF, Legg, L, Walker M.F.**, "Servicios de terapias de rehabilitación para pacientes con residencia domiciliaria después de un año del accidente cerebrovascular" (Revisión Cochrane traducida).
- Lincoirn, N.B., Majid, M.J., Weyman, N.**, "Rehabilitación cognoscitiva para déficits de atención después de un accidente cerebro-vascular" (Revisión Cochrane traducida).
- Hackett Maree, L., Anderson Craig, S., House Allan, Halteh Christina**, "Intervenciones para prevenir la depresión después del accidente cerebrovascular" (Revisión Cochrane traducida).
- Smith, J., Forster, A., House, A., Knapp, P., Wright, J., Young, J.**, "Información para pacientes con un accidente cerebrovascular y sus cuidadores" (Revisión Cochrane traducida).
- Elizabeth McGeough, Alex Pollock, Lorraine N. Smith, Martin Dennis, Michael Sharpe, Susan Lewis, Gilian E. Mead.** "Intervenciones para la fatiga posterior al accidente cerebrovascular" (Revisión Cochrane traducida).
- Sellars, C., Hughes, T., Langhorne, P.**, "Terapia del habla y del lenguaje para la disartria por daño cerebral no progresivo" (Revisión Cochrane traducida).
- West, C., Bowen, A., Hesketh, A., Vail. A.** "Intervenciones para la apraxia motora posterior a un accidente cerebrovascular" (Revisión Cochrane traducida).
- Kwan, J., Sandercock, P.**, "Vías de atención hospitalaria para el accidente cerebrovascular" (Revisión Cochrane traducida).

Conflicto de intereses

Los autores hemos recibido ayuda económica de FUNDACIÓN MAPFRE para la realización de este proyecto. No hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial o de FUNDACIÓN MAPFRE.

8. ANEXOS

8.1. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

Yo, (nombre y apellidos)

He recibido la hoja de información sobre la investigación titulada:

ELABORACIÓN DE UNA ESCALA INTEGRAL GERIÁTRICA, QUE VALORE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA TRAS SUFRIR UN ACCIDENTE CEREBRAL VASCULAR (A.V.C.), que se me ha entregado.

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He hablado con:
(nombre del investigador)

- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 1. Cuando quiera.
 2. Sin tener que dar explicaciones.
 3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

De conformidad con lo que establece la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, declaro haber estado informado de mis derechos, de la finalidad de la recogida de mis datos y de los destinatarios de la información.

Expreso mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento expreso y revocable para la revisión de mi historia clínica por parte del personal autorizado del estudio y para que mis datos puedan ser utilizados con fines de investigación.

Firma del participante Fecha:

Por la presente certifico que he explicado personalmente la naturaleza y objetivo del estudio: **“ELABORACIÓN DE UNA ESCALA INTEGRAL GERIÁTRICA, QUE VALORE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA TRAS SUFRIR UN ACCIDENTE CEREBRAL VASCULAR (A.V.C.)”** al paciente anteriormente mencionado.

Firma del investigador Fecha:

8.2. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE

Yo, (nombre y apellidos)
En calidad de.....

De (nombre del participante)

He recibido la hoja de información sobre la investigación titulada:

ELABORACIÓN DE UNA ESCALA INTEGRAL GERIATRICA, QUE VALORE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA TRAS SUFRIR UN ACCIDENTE CEREBRAL VASCULAR (A.V.C.), que se me ha entregado.

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
• He podido hacer preguntas sobre el estudio.
• He hablado con: (nombre del investigador)
• Comprendo que la participación es voluntaria.
• Comprendo que puede retirarse del estudio:
4. Cuando quiera.
5. Sin tener que dar explicaciones.
6. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
• En mi presencia se ha dado a (nombre del participante) toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en participar.

De conformidad con lo que establece la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, declaro que ha estado informado de sus derechos, de la finalidad de la recogida de sus datos y de los destinatarios de la información.

Expresa su conformidad para que participar en el estudio y da su consentimiento expreso y revocable para la revisión de su historia clínica por parte del personal autorizado del estudio y para que sus datos puedan ser utilizados con fines de investigación.

Firma del representante Fecha:

Por la presente certifico que he explicado personalmente la naturaleza y objetivo del estudio: "ELABORACIÓN DE UNA ESCALA INTEGRAL GERIATRICA, QUE VALORE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA TRAS SUFRIR UN ACCIDENTE CEREBRAL VASCULAR (A.V.C.)" al paciente anteriormente mencionado.

Firma del investigador Fecha:

8.3. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ORAL ANTE TESTIGOS

Yo, (nombre y apellidos)

Declaro bajo mi responsabilidad que:
(nombre del participante)

Ha recibido la hoja de información sobre la investigación titulada:

ELABORACIÓN DE UNA ESCALA INTEGRAL GERIATRICA, QUE VALORE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA TRAS SUFRIR UN ACCIDENTE CEREBRAL VASCULAR (A.V.C.), que se me ha entregado.

- Ha leído la hoja de información que se me ha entregado.
- Ha podido hacer preguntas sobre el estudio.
- Ha hablado con:
(nombre del investigador)

- Comprende que la participación es voluntaria.
- Comprende que puede retirarse del estudio:
 7. Cuando quiera.
 8. Sin tener que dar explicaciones.
 7. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

- En mi presencia se ha dado a (nombre del participante)
toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en participar.

De conformidad con lo que establece la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, declaro haber estado informado de sus derechos, de la finalidad de la recogida de sus datos y de los destinatarios de la información.

Expreso mi conformidad para que participe en el estudio y doy mi consentimiento expreso y revocable para la revisión de su historia clínica por parte del personal autorizado del estudio y para que sus datos puedan ser utilizados con fines de investigación.

Firma del representante Fecha:

Por la presente certifico que he explicado personalmente la naturaleza y objetivo del estudio: **“ELABORACIÓN DE UNA ESCALA INTEGRAL GERIATRICA, QUE VALORE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA TRAS SUFRIR UN ACCIDENTE CEREBRAL VASCULAR (A.V.C.)”** al paciente anteriormente mencionado.

Firma del investigador Fecha:

8.4. Primer cuestionario.

VALORACIÓN COGNITIVA

1. ¿Cual es el nivel de orientación?

- Se encuentra orientado en tiempo y espacio
- Se encuentra desorientado en tiempo o espacio
- Está desorientado en tiempo y espacio
- Es incapaz de responder órdenes sencillas

2. ¿Cual es el nivel de conciencia?

- Está totalmente consciente, y responde a órdenes sencillas
- Se muestra pasivo, poco reactivo en responder a órdenes sencillas
- Se encuentra en un estado letárgico, que no puede responder a órdenes sencillas
- Inconsciente

3. ¿Cual es el nivel de colaboración?

- El paciente se siente con la energía suficiente para colaborar en su recuperación
- El paciente fluctúa en relación a la energía disponible
- El paciente no se siente con la energía suficiente para colaborar en su recuperación
- No es posible valorar la energía de que dispone el paciente

4. ¿Cual es su nivel de ansiedad?

- No presenta un estado nervioso, de excitación o tensión
- Rara vez presenta nerviosismo, excitación o tensión
- Presenta habitualmente nerviosismo, excitación o tensión
- No es posible valorar este ítem en el paciente

VALORACIÓN FUNCIONAL:

5. ¿Como realiza su alimentación?

- De forma totalmente autónoma
- Necesita ayuda para cortar alimentos y prepararse la comida
- Presenta disfagia a líquidos, que requiere espesantes
- Es dependiente total en la alimentación

6. ¿Cual es su estado nutricional?

- Realiza una dieta completa y equilibrada
- Ocasionalmente presenta una dieta incompleta
- Diariamente la dieta es incompleta
- Esta en dieta absoluta desde hace más de cuatro días

7. ¿Es continente?

- Controla las deposiciones y las micciones
- Tiene uno o dos episodios ocasionales diarios de incontinencia
- Presenta más de dos episodios ocasionales diarios de incontinencia
- Es incontinente total

8. ¿Cual es el nivel de espasticidad muscular?

- Tono muscular normal
- Hipertonía leve
- Hipertonía de moderada a grave
- Hipertonía total

9. ¿Que balance muscular presenta en las extremidades afectas?

- Movimiento activo
- Movimiento asistido

- Ligera actividad motora perceptible
- Flacidez

10. ¿Como realiza la transferencia de la cama a la silla?

- De forma autónoma
- Autónomamente, pero con ayudas técnicas (triángulo, soportes, tabla deslizante,...)
- Con supervisión o ayuda mínima de una persona
- Es totalmente dependiente.

11. ¿Como mantiene el equilibrio en sedestación?

- Se mantiene solo, seguro y estable
- Se mantiene estable utilizando las extremidades superiores
- Aparece inestabilidad, con lateralización del tronco
- No puede sentarse

12. ¿Como mantiene el equilibrio en bipedestación?

- De forma segura y estable, sin ayuda
- Se mantiene estable con apoyo de un soporte
- Con inestabilidad, y lateralización del tronco
- No puede mantenerse en bipedestación

13. ¿Como realiza la marcha?

- De forma segura y con pasos continuos
- De forma discontinua
- De forma inestable, con riesgo de caídas
- No puede caminar

14. ¿Puede subir y bajar escaleras?

- Si, de forma independiente
- Si, pero con supervisión de una persona
- Si, pero con ayudas técnicas (bastón, barandilla,...)
- No

15. ¿Presenta disnea?

- No
- Sí, en actividades mayores
- Sí, en pequeños esfuerzos
- Sí, en reposo

16. ¿Presenta afasia?

- No
- Sí, y es difícil mantener una conversación
- Sí, y el habla es con utilización de monosílabos y repeticiones
- Sí, total

VALORACIÓN SOCIAL:

17. ¿Cual es su situación familiar?

- Dispone de cuidador principal de forma continuada para cubrir todas las necesidades del paciente
- Dispone de cuidador principal de forma continuada pero insuficiente para cubrir todas las necesidades del paciente
- Dispone de cuidador principal de forma puntual
- No dispone de cuidador principal

18. ¿Como es su entorno social?

- Vive en una familia bien estructurada y estable
- Vive en una familia desestructurada y en conflicto

- Vive solo con soporte familiar puntual
- Vive solo y sin apoyo externo

19. ¿Cual es el estado de su vivienda?

- Sin barreras arquitectónicas, adecuada para las necesidades del paciente
- Con barreras arquitectónicas, existe pocas posibilidades que el paciente pueda superarlas
- Con barreras arquitectónicas, pero existe la posibilidad de superarlas
- Con barreras arquitectónicas infranqueables

20. ¿Tiene tramitada la Ley de la Dependencia?

- Sí, ya cobra la prestación económica de la ayuda a la Ley de la Dependencia
- Tiene el grado y el nivel de dependencia concedidos, pero es necesaria una revaloración del grado debido a las nuevas necesidades adquiridas
- Está tramitada la solicitud en relación a la situación actual del paciente, pero pendiente de resolución
- Ningún trámite iniciado en relación a la Ley de Dependencia

8.5. SEGUNDO CUESTIONARIO MODIFICADO

* En color azul se muestran las modificaciones efectuadas.

VALORACIÓN COGNITIVA:

1. ¿Cuál es el nivel de orientación?

- Se encuentra orientado en tiempo y espacio
- Se encuentra desorientado en tiempo o espacio
- Está desorientado en tiempo y espacio
- Es incapaz de responder órdenes sencillas

2. ¿Cuál es el nivel de conciencia?

- Está totalmente consciente, y responde a órdenes sencillas
- Se muestra pasivo, poco reactivo en responder a órdenes sencillas
- Se encuentra en un estado letárgico, que no puede responder a órdenes sencillas
- Inconsciente

3. ¿Cuál es el nivel de colaboración?

- El paciente se siente con la energía suficiente para colaborar en su recuperación
- El paciente puede colaborar activamente
- El paciente fluctúa en relación a la energía disponible
- El paciente colabora con estimulación
- El paciente no se siente con la energía suficiente para colaborar en su recuperación
- El paciente no colabora, aunque se le estimule
- No es posible valorar la energía de que dispone el paciente
- No es posible valorar el nivel de colaboración

4. ¿Cuál es su nivel de ansiedad?

- No presenta un estado nervioso, de excitación o tensión
- Rara vez presenta nerviosismo, excitación o tensión
- Presenta habitualmente nerviosismo, excitación o tensión
- No es posible valorar este ítem en el paciente
- No es posible valorar el nivel de ansiedad

VALORACIÓN FUNCIONAL:

5. ¿Cómo realiza su alimentación?

- De forma totalmente autónoma
- De forma totalmente autónoma, Dieta Normal

- Necesita ayuda para cortar alimentos y prepararse la comida
- Necesita ayuda para cortar alimentos y prepararse la comida, Dieta Blanda
- Presenta disfagia a líquidos, que requiere espesantes
- Presenta disfagia a líquidos, que requiere espesantes y/o Dieta Triturada
- Es dependiente total en la alimentación
- Es dependiente total y/o portador de sonda para su alimentación

6. ¿Cuál es su estado nutricional?

- Realiza una dieta completa y equilibrada,
- Realiza una dieta completa y equilibrada, nutrición oral, enteral o parenteral adecuada
- Ocasionalmente presenta una dieta incompleta
- Ocasionalmente deja parte de la dieta
- Diariamente la dieta es incompleta
- Esta en dieta absoluta desde hace más de cuatro días
- Ingesta nula desde hace varios días y/o desnutrición previa

7. ¿Es continente?

- Controla las deposiciones y las micciones
- Tiene uno o dos episodios ocasionales diarios de incontinencia
- Ocasionalmente es incontinente vesical y/o fecal
- Presenta más de dos episodios ocasionales diarios de incontinencia
- Es incontinente vesical o fecal
- Es incontinente total
- Presenta doble incontinencia

8. ¿Cuál es el nivel de espasticidad muscular?**8. ¿Cuál es el tono muscular del hemicuerpo afectado?**

- Tono muscular normal
- Flacidez, ausencia de tono muscular.
- Hipertonía leve
- Hipertonía de moderada a grave
- Hipertonía moderada
- Hipertonía total
- Espasticidad, hipertonía total

9. ¿Qué balance muscular presenta en las extremidades afectas?

- Movimiento activo
- Movimiento asistido
- Ligera actividad motora perceptible
- Hay contracción muscular pero no movimiento
- Flacidez
- Es incapaz de realizar ninguna contracción muscular

10. ¿Cómo realiza la transferencia de la cama a la silla?

- De forma autónoma
- Autónomamente, pero con ayudas técnicas (triángulo, soportes, tabla deslizante,...)
- Con supervisión o ayuda mínima de una persona
- Con supervisión o ayuda de una persona
- Es totalmente dependiente.

11. ¿Cómo mantiene el equilibrio en sedestación?

- Se mantiene solo, seguro y estable
- Se mantiene estable utilizando las extremidades superiores
- Aparece inestabilidad, con lateralización del tronco
- No puede sentarse

12. ¿Cómo mantiene el equilibrio en bipedestación?

- De forma segura y estable, sin ayuda
- Se mantiene estable con apoyo de un soporte

- Con inestabilidad, y lateralización del tronco
- No puede mantenerse en bipedestación

13. ¿Cómo realiza la marcha?

- De forma segura y con pasos continuos
- De forma segura y con pasos continuos, totalmente autónoma
- De forma discontinua, con ayuda externa
- De forma continua, pero con ayuda externa (soporte material o humano)
- De forma inestable, con riesgo de caídas
- De forma discontinua e inestable, con riesgo de caídas (aun con soporte material o humano)
- No puede caminar

14. ¿Puede subir y bajar escaleras?

- Sí, de forma independiente
- Sí, pero con supervisión de una persona
- Sí, pero con ayudas técnicas (bastón, barandilla,...)
- No

15. ¿Presenta disnea?

- No
- Sí, en actividades mayores
- Sí, en pequeños esfuerzos
- Sí, en reposo

16. ¿Presenta afasia?

- No
- Sí, y es difícil mantener una conversación
- Sí, pero puede mantener una conversación
- Sí, y el habla es con utilización de monosílabos y repeticiones
- Sí, total

VALORACIÓN SOCIAL

17. ¿Cuál es su situación familiar?

17. ¿Dispone de cuidador principal?

- Dispone de cuidador principal de forma continuada para cubrir todas las necesidades del paciente
- Sí, de forma continuada para cubrir todas las necesidades del paciente
- Dispone de cuidador principal de forma continuada pero insuficiente para cubrir todas las necesidades del paciente
- Sí, de forma continuada pero insuficiente para cubrir todas las necesidades del paciente
- Dispone de cuidador principal de forma puntual
- Sí, de forma puntual
- No dispone de cuidador principal

18. ¿Cómo es su entorno social?

18. ¿Cómo es su entorno social o familiar?

- Vive en una familia bien estructurada y estable
- Vive en una familia desestructurada y en conflicto
- Vive solo con soporte familiar puntual
- Vive solo, con soporte familiar o social puntual
- Vive solo y sin apoyo externo

19. ¿Cuál es el estado de su vivienda?

- Sin barreras arquitectónicas, adecuada para las necesidades del paciente
- Con barreras arquitectónicas, existe pocas posibilidades que el paciente pueda superarlas
- Con barreras arquitectónicas, pero existe la posibilidad de superarlas
- Con barreras arquitectónicas, pero existe la posibilidad de superarlas
- Con barreras arquitectónicas, existe pocas posibilidades que el paciente pueda superarlas

- Con barreras arquitectónicas infranqueables

20. ¿Tiene tramitada la Ley de la Dependencia?

- Sí, ya cobra la prestación económica de la ayuda a la Ley de la Dependencia
- Sí, ya dispone de la ayuda a la ley de la Dependencia
- Tiene el grado y el nivel de dependencia concedidos, pero es necesaria una revaloración del grado debido a las nuevas necesidades adquiridas
- Está tramitada la solicitud en relación a la situación actual del paciente, pero pendiente de resolución
- Ningún trámite iniciado en relación a la Ley de Dependencia

8.6. ESCALA INTEGRAL GERIÁTRICA FINAL

NOMBRE			
EDAT		TIPO DE A.V.C.	
ANTECEDENTES			
FECHA DE LA VALORACIÓN			

VALORACIÓN FUNCIONAL

ALIMENTACIÓN	- Totalmente autónomo. Dieta normal - Necesita ayuda para cortar alimentos y prepararse la comida. Dieta blanda - Disfagia a líquidos. Requiere espesantes y/o dieta triturada - Dependencia total en la alimentación y/o portador de S.N.G	3 2 1 0
ESTADO NUTRICIONAL	- Realiza una dieta completa y equilibrada. Nutrición oral, enteral o parenteral adecuada. - Ocasionalmente deja parte de la dieta - Diariamente la dieta es incompleta - Ingesta nula, desde hace varios días y/o desnutrición previa	3 2 1 0
CONTINENCIA	- Control de deposiciones y micciones - Incontinente vesical y/o fecal ocasional - Incontinente vesical o fecal - Presenta doble incontinencia	3 2 1 0
TRANSFERENCIA CAMA -SILLA	- Autónoma - Autónoma, pero con ayudas técnicas (triángulo, soportes, tabla deslizante,...) - Con supervisión o ayuda mínima de una persona - Dependiente.	3 2 1 0
EQUILIBRIO EN SEDESTACIÓN	- Se mantiene solo, seguro y estable - Se mantiene estable utilizando las extremidades superiores - Aparece inestabilidad, con lateralización del tronco - No puede sentarse	3 2 1 0
EQUILIBRIO EN BIPEDESTACIÓN	- Se mantiene solo, seguro y estable - Se mantiene estable con apoyo de un soporte - Aparece inestabilidad, con lateralización del tronco - No puede mantenerse de pie	3 2 1 0
CALIDAD DE LA MARCHA	- Autónoma. Marcha segura y con pasos continuos - Continua, pero con ayuda externa - Discontinua, con riesgo de caídas - No puede caminar.	3 2 1 0
ESCALERAS	- Sube y baja de forma independiente - Sube y baja con supervisión de una persona - Sube y baja con ayudas técnicas (bastón, barandilla,...) - No puede subir ni bajar escaleras	3 2 1 0
TONO MUSCULAR DEL HEMICUERPO AFECTADO	- Flacidez, ausencia de tono muscular normal - Hipertonía leve - Hipertonía moderada - Espasticidad, hipertonía total	3 2 1 0

BALANCE MUSCULAR EXTREMIDADES AFECTADAS	- Movimiento activo	3
	- Movimiento asistido	2
	- Contracción muscular sin movimiento	1
	- Ausencia de contracción muscular	0
APARICIÓN DE DISNEA	- Ausencia de disnea. No invalidante	3
	- Disnea en actividades mayores. Ligera incapacidad	2
	- Disnea en pequeños esfuerzos. Severa incapacidad	1
	- Disnea presente en reposo. Incapacidad muy severa	0
AFASIA	- Habla fluida y sin limitaciones	3
	- Habla reducida, es difícil mantener una conversación	2
	- Habla incompleta, con utilización de monosílabos y repeticiones	1
	- Ausencia de habla	0
TOTAL		

VALORACIÓN COGNITIVA

ORIENTACIÓN	- Orientado en tiempo y espacio	3
	- Desorientado en tiempo o espacio	2
	- Desorientado en tiempo y espacio	1
	- Incapaz de responder órdenes sencillas.	0
CONSCIENCIA	- Totalmente consciente, responde a órdenes sencillas	3
	- Pasivo, poco reactivo en responder a órdenes sencillas	2
	- Letárgico, no puede responder a órdenes sencillas	1
	- Inconsciente	0
NIVEL DE COLABORACIÓN	- Colabora activamente	3
	- Colabora, pero con estimulación	2
	- No colabora, aunque se le estimule	1
	- No es posible valorar el nivel de colaboración	0
ESTADO ANSIOSO	- Nunca presenta nerviosismo, excitación o tensión	3
	- Presenta rara vez nerviosismo, excitación o tensión	2
	- Presenta habitualmente nerviosismo, excitación o tensión	1
	- No es posible valorar el nivel de ansiedad	0
TOTAL		

VALORACIÓN PSICOSOCIAL

CUIDADOR PRINCIPAL	- Dispone de cuidador principal de forma continuada para cubrir todas las necesidades del paciente	3
	- Dispone de cuidador principal de forma continuada pero insuficiente para cubrir todas las necesidades del paciente	2
	- Dispone de cuidador principal de forma puntual	1
	- No dispone de cuidador principal	0
ENTORNO FAMILIAR O SOCIAL	- Vive en una familia bien estructurada y estable	3
	- Vive en una familia desestructurada y en conflicto	2
	- Vive solo, con soporte familiar o social puntual	1
	- Vive solo	0
ESTADO DE LA VIVIENDA	- Sin barreras arquitectónicas, adecuada para las necesidades del paciente	3
	- Con barreras arquitectónicas, pero existe la posibilidad de superarlas	2
	- Con barreras arquitectónicas, existen pocas posibilidades que el paciente pueda superarlas	1
	- Con barreras arquitectónicas infranqueables	0
TRAMITACIÓN DE LA LEY DE LA DEPENDENCIA	- Dispone de la prestación económica de la ayuda a la Ley de la Dependencia	3
	- Grado y nivel de dependencia concebido, pero es necesaria una revaloración del grado debido a las nuevas necesidades adquiridas	2
	- Tramitada solicitud en relación a la situación actual del paciente, pendiente de resolución	1
	- Ningún trámite iniciado en relación a la Ley de Dependencia	0
TOTAL		

PUNTUACIÓN GLOBAL: FUNCIONAL + COGNITIVA + PSICOSOCIAL

Si la puntuación es $>$ de 50 hay una disfunción leve de las capacidades.

Si la puntuación es de entre 50 a 30 hay una disfunción moderada de las capacidades.

Si la puntuación es de entre 30 a 10 hay una disfunción severa de las capacidades.

Si la puntuación es $<$ de 10 hay una disfunción total de las capacidades.

Escala de isquemia de Hachinski