



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index

<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Castro Gómez, Susana; Márquez Padilla, Ana María; Navas Ruiz, Álvaro. Vivencias del paciente trasplantado de progenitores hematopoyéticos ante la perspectiva del alta hospitalaria. Biblioteca Lascasas, 2012; 8(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0641.php>

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL PROYECTO:

Vivencias del paciente trasplantado de progenitores hematopoyéticos ante la perspectiva del alta hospitalaria.

DURACIÓN DEL PROYECTO:

Dos Años. Desde septiembre 2010 a septiembre 2012.

EQUIPO INVESTIGADOR:

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Susana Castro Gómez: Enfermera de la UGC Oncología Radioterápica del HRU Carlos Haya de Málaga.

E-mail para correspondencia: suancastro.g@hotmail.com

INVESTIGADORES COLABORADORES

Ana María Márquez Padilla: Enfermera de la UGC de Hematología del HRU Carlos Haya de Málaga.

E-mail para correspondencia: ann_marquez@hotmail.com

Álvaro Navas Ruiz: Enfermero de la UGC de Oncología, Hospital de día médica del HRU Carlos Haya de Málaga.

E-mail para correspondencia: alvaro.navas.sspa@juntadeandalucia.es

FINANCIACIÓN:

El Presente Proyecto de Investigación ha sido Subvencionado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (España) con el expediente nº 0601-2010.

CENTRO DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO:

Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga, Servicio de Hematología 6ª planta del PA. Avda. Carlos Haya s/n CP.- 29010

REUMEN:

El trasplante de progenitores hemopoyético (TPH) tiene dos posibles finalidades: por un lado sustituir la hemopoyesis del paciente por ser total o parcialmente defectuosa, insuficiente o neoplásica, y por otro lado permitir un tratamiento antineoplásico en dosis muy elevada, que originaría mielodepresión prolongada o definitiva.

El Paciente sometido a Trasplante Médula Ósea (TMO) presenta dudas y temores que pueden afectar negativamente a su tratamiento durante la estancia en la unidad de aislamiento, pudiendo alargar su recuperación y su tiempo de ingreso. Posteriormente al alta hospitalaria las causas de temor con respecto a los problemas físicos, psicosociales y de reinserción en la sociedad pueden dificultar su recuperación. La enfermera juega un papel fundamental en esta situación.

Aplicando la enfermería basada en la evidencia, sería deseable que nuestra actuación enfermera mitigara los problemas de este tipo, tanto en la etapa pre-TMO como en la post-TMO y tras el alta domiciliaria. Teniendo en cuenta siempre que la información debe darse atendiendo a los rasgos de personalidad, factores sociodemográficos, creencias, actitudes y expectativas, es necesario efectuar un cambio positivo a través de la educación del paciente. Todo ello nos llevaría a disminuir las causas de temor en la etapa pre-TMO, post-TMO y al alta hospitalaria consiguiendo una mejor adaptación del paciente a su vida así como una mejora en la calidad de la misma. El objetivo general de éste estudio es conocer las inquietudes, percepciones, angustias y temores de los pacientes trasplantados de Progenitores Hematopoyéticos en relación al alta hospitalaria.

PALABRAS CLAVE:

Trasplante de progenitores hematopoyéticos; Alta hospitalaria; Temor; Trasplante médula ósea.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA:

La actividad del Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH) en Europa se ha ido incrementando en todas las indicaciones salvo en las leucemias agudas, en las que parece haberse estabilizado y en las leucemias mieloides crónicas en las que se ha reducido. También destaca el aumento de la actividad de alo-TPH HLA-idéntico y de TPH con donantes alternativos (otros familiares y no emparentados). En España la actividad de alo-TPH ha aumentado y la de auto-TPH ha descendido ligeramente por el menor número de trasplantes por neoplasia de mama.

Todo TPH persigue uno de los siguientes objetivos: sustitución de la celularidad anómala del paciente por otra sana y evitar una mielodepresión prolongada o irreversible mediante PH de rescate.

Los tipos de TPH se dividen: según el tipo de donante en autólogo cuando los PH son del propio paciente, singénico cuando es de gemelo univitelino, alogénico emparentado (donante familiar del receptor) o no emparentado y xenogénico o de donante de distinta especie; y según la procedencia de los PH pueden ser de medula ósea, de sangre periférica obtenidos mediante aféresis, de cordón umbilical y de hígado fetal de fetos procedentes de abortos.

La información que se le proporciona al paciente y a sus familiares en la primera visita y más detalladamente en las sucesivas hasta el ingreso se basa en explicar la indicación de un TPH (dar información al paciente en función de cada caso), el procedimiento del trasplante, así como las posibles complicaciones y efectos secundarios. Hablar de: náuseas, vómitos y diarrea, complicaciones inmediatas como la alopecia, infecciones y hemorragias, grados de aislamiento, enfermedad injerto contra huésped (EICH) aguda (ventajas e inconvenientes), profilaxis de la EICH, EICH crónica, recidiva de la enfermedad, cataratas, esterilidad, hipotiroidismo por el tratamiento, etc.

A pesar de las múltiples complicaciones precoces y tardías que pueden aparecer en el contexto de un TPH, fundamentalmente en el alogénico, muchos pacientes sobreviven y permanecen libres de su enfermedad más allá de los 5 años. Estos pacientes requieren unos controles que varíaran a lo largo de tiempo en función de la aparición de complicaciones y del tratamiento inmunosupresor que reciben.

Existen diferentes niveles de readaptación al medio cuando un paciente es dado de alta y para cada nivel existen una serie de controles a realizar:

a) en el autotrasplante los controles precoces se realizan desde el alta a los 3 meses, reevaluación a los 3 meses para valoración de la enfermedad de base con especial énfasis en las características clínicas de la patología de base

y controles a largo plazo, se recomienda visita cada 6 meses hasta los dos años y luego anualmente;

b) en el alo-TPH los controles precoces se realizan desde el alta a los 3 con visita semanal a hospital de día durante el primer mes y quincenal posteriormente, excepto si aparecen problemas, poniendo especial énfasis en los aspectos clínicos de la EICH aguda, infecciones y complicaciones pulmonares. Se realiza reevaluación a los 3 meses, este punto marca la inflexión para que, si el paciente no presenta problemas, pueda ser controlado por el mÉdico que lo ha remitido para el TPH. Los controles a largo plazo dependen en gran parte de las complicaciones que aparezcan a lo largo del seguimiento. En principio se recomienda, en caso de no existir complicaciones, una visita al centro de trasplante cada 6 meses hasta los 3 años y anualmente después.

En cuanto a los aspectos médicos sociales del periodo de aislamiento entre el 6º y 9º mes se inicia la recuperación inmunológica (que puede demorarse considerablemente en enfermos con EICH crónica), se aconseja evitar contactos con personas con infecciones víricas y niños recién vacunados, máxima higiene y frecuente lavado de manos, en especial en lugares públicos. Hay centros que recomiendan a los pacientes el empleo de mascarillas de alta eficiencia para deambular fuera de su domicilio (en especial en el hospital).

Con respecto a las actividades diarias se recomienda ejercicio físico diario, muchos pacientes continúan inapetentes hasta que recuperan la función salival, el olfato y el gusto alterados por el tratamiento de acondicionamiento. La anorexia puede persistir mientras se toma ciclosporina. Se recomienda no fumar, no ingesta alcohólica habitual sobre todo si EICH crónica. Puede tener en casa animales domésticos, pero se recomienda no tener contacto directo con ellos y en especial evitar contacto con pájaros durante los 9-12 meses post-TPH. Se recomienda no bañarse en piscinas públicas durante los primeros 9-12 meses. Se recomienda no tomar el sol durante el primer año y siempre que exista actividad de EICH crónica.¹

En 1994 Andrykowshi et al. realizaron un estudio prospectivo donde evaluaron en 42 pacientes que recibieron trasplante de medula ósea alogénico, las variables psicosociales (estado de ánimo depresivo, la calidad funcional de la vida y la adaptación mental al cáncer) que fueron relacionadas con la supervivencia después del trasplante de medula ósea (TMO) y/o enfermedad, leucemia aguda o crónica. Concluyeron en que era necesaria más investigación para identificar los mecanismos por los que las variables psicosociales podrían contribuir a la supervivencia post-trasplante de médula ósea.²

Posteriormente Andrykowski et al. realizaron un estudio multicéntrico, prospectivo-longitudinal, donde colaboraron 5 centros de TMO. Se pasaron

cuestionarios de evaluación sobre la calidad de vida en 200 adultos trasplantados de médula ósea. Los encuestados se habían sometido a trasplante alogénico (un 46%) o TMO autólogo (54%) para una enfermedad maligna hematológica y estaban libres de la enfermedad al menos 12 meses después del TMO (media 43 meses). La variabilidad en la calidad de vida post-TMO se informó con déficit funcionamiento físico, sexual y laboral. Los pacientes de trasplantes alogénicos informaban de peor calidad de vida que los pacientes de trasplante autólogo. Señalaban como factores de riesgo la edad avanzada, menor nivel de educación y la persistencia/progresión de enfermedad en el TMO para una peor calidad de vida. Concluían que mientras que muchos TMO informaron de una calidad de vida normal, la mayoría indicaron que su calidad de vida se había visto comprometida en relación con el estado pre-enfermedad.³

Holder D. e Inkster S. describen la creación de un grupo de receptores de médula ósea en la que los miembros discuten abiertamente sus sentimientos, una nueva visión ya que aunque los efectos físicos de los TMO están bien documentados apuntan a que los aspectos psicosociales aparecen menos descritos.⁴

En 1995 Molassiotis A. describe a través de diferentes revisiones bibliográficas una serie de etapas psicológicas por las que pasa el trasplantado a lo largo del proceso TMO y para ello utiliza como referencia a Brown y Kelly que ya en 1976 dividen el citado proceso en ocho etapas. Es en la séptima etapa del proceso donde podemos encontrar referencias al temor manifestado por el paciente a vivir sin la seguridad que le proporciona la asistencia hospitalaria. El miedo a la muerte es quizás el mayor factor estresante. Temor y muerte alternan con la incertidumbre acerca de cuál será la calidad de vida durante y después de TMO y si esto valdrá la pena.⁵

En 1999 Tarzian et al. realizaron un estudio donde reflejan que los pacientes trasplantados de medula ósea tenían distintas necesidades de información. Estaban los que sentían que el personal sanitario les decía lo que necesitaban saber y aquellos que querían saber tanto como fuera posible y que habían movilizad recursos para obtener la información que querían. Otros sufrían una ambivalencia entre la necesidad de saber frente al miedo de saber. Señalan que los pacientes tienen que recibir información individual ya que tienen necesidades particulares y la importancia que tiene la inclusión de miembros de la familia en las sesiones de enseñanza pre-trasplante y post-trasplante.⁶

Baker F, Zabora J, Polland A y Wingard J examinan los problemas de receptores de trasplante de medula ósea al regresar a su vida en comunidad después del trasplante. Identifican tres áreas de morbilidad psicosocial: problemas físicos(fatiga, sentimiento de daño físico, empeoramiento de la

aparición, preocupación por la continuación de problemas de salud, dificultades al comer, restricciones físicas, miedo a la recaída, preocupación por los problemas sobre sexualidad y la infertilidad), problemas psicológicos (el temor por el futuro, sensación de pérdida de control, ansiedad y depresión, mas precaución sobre cómo vivir, sentimientos de aislamiento, sentimientos de culpa, ira interna y externa) y problemas de reinserción en la comunidad (dificultad de volver a los antiguos roles sociales, separación de la casa, familia y amigos, dificultad en la reanudación de las relaciones sociales, la estigmatización, problemas con la familia y los hijos, inseguridad financiera, problemas laborales, dificultad con las facturas hospitalarias). Concluyen que los resultados de estos problemas pueden utilizarse para guiar y preparar a los receptores de TMO y a sus familias para la vida después del trasplante.⁷

Otro estudio reciente (2007) señala que el paciente en TMO está expuesto a muchas demandas de atención como: ausencia de la familia, el miedo a la muerte, incertidumbre por el futuro, espacio físico restringido, alejamiento del trabajo, exceso de manipulación del equipo de enfermería, entre otras, concluyendo también en que el enfermero necesita conocer las diferentes demandas de atención a que estos pacientes están expuestos, ya que tienen un papel esencial en el proceso de cuidar, por lo que pueden actuar realizando intervenciones o implementar estrategias para minimizar o eliminar estas demandas. Una forma de minimizar estas demandas consiste en alterar o reconstruir una rutina de trabajo, revisar el proceso de comunicación y contribuir con el equipo interdisciplinar para los cambios del ambiente hospitalario.⁸

Estudios de Wataru et al. en 2008 señalan que aunque el trasplante de células madre hematopoyéticas (TPH) potencialmente puede curar algunas enfermedades hematológicas, los pacientes que se someten a la experiencia sufren de angustia psicológica. En este estudio el sufrimiento psicológico fue evaluado antes de TPH y en el séptimo día después de TPH mediante el Profile of Mood States (POMS). Puede ser importante el uso de escalas de medida del nivel de ansiedad para prestar apoyo psicológico a los pacientes durante el período de TPH en consideración a las diferencias en los cambios de humor asociados con la enfermedad subyacente y con el fin de facilitar la intervención psiquiátrica eficiente y los mejores resultados de supervivencia.⁹

Estudios en 2005 llegan a concluir que los receptores de trasplante alogénico son una población más vulnerable en lo que afecta a las infecciones y reingresos, y que enfermería debe planificar intervenciones más específicas con estos paciente.¹⁰

Un artículo reciente revisa la literatura sobre la calidad de vida de los adultos tras el trasplante de células madre hematopoyéticas (TPH), a través de una búsqueda de bases de datos (MEDLINE y PsycINFO) y búsqueda manual

de artículos publicados de 2002 a octubre de 2007. Obtiene como resultados que aunque los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la calidad de vida tenderán a mejorar durante los años siguientes al trasplante, una proporción significativa de los sobrevivientes de TPH experimentan ansiedad persistente y síntomas de depresión, fatiga, disfunción sexual y problemas de fertilidad. A pesar de los efectos secundarios del tratamiento en curso, la mayoría de los sobrevivientes de TPH reanudan su trabajo, la escuela o las actividades domésticas.¹¹

Ascensión Bellver et al. realizan una revisión bibliográfica y describen un programa de evaluación e intervención psicológica ya que la fase post-trasplante y de alta hospitalaria se inicia con cierto temor a abandonar la seguridad que le proporciona su estancia en un área protegida y la vigilancia continua de un equipo médico.¹²

El trasplante de médula ósea tiene efectos perjudiciales físicos, consecuencias emocionales, psicológicas y sociales, que se pueden resolver durante la hospitalización o continuar afectando a un paciente durante años. Las intervenciones y estrategias de afrontamiento de enfermería pueden ayudar a superar los efectos negativos asociados con los problemas psicosociales experimentados.

El objetivo de esta investigación es el de encaminar nuestra actuación hacia soluciones que mitiguen los problemas de este tipo de pacientes, teniendo en cuenta siempre que la información debe darse atendiendo a los rasgos de personalidad, factores sociodemográficos, creencias, actitudes y expectativas; y ser conscientes que es necesario efectuar un cambio positivo a través de la educación del paciente, todo ello nos llevaría a disminuir las causas de temor en la etapa pre-TMO, post-TMO y al alta hospitalaria consiguiendo una mejor adaptación del paciente a su vida y una mejora en su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA ACTUALIZADA Y PERTINENTE AL TEMA PROPUESTO:

1.- Carreras E, Brunet S, Ortega JJ, Rovira M, Sierra J, Urbano Ispizua A. Manual de Trasplante Hemopoyético. 3ª ed. Sabadell: Ediciones Antares, SCP; 2004.

2.- Andrykowski MA, Brady MJ, Henslee Downey PJ. Psychosocial factors predictive of survival after allogeneic bone marrow transplantation for leukemia. Psychosom Med 1994; 56(5): 432-439.

Estudio prospectivo donde se evalúan, en 42 pacientes que recibieron trasplante de médula ósea alogénico, las variables psicosociales (estado de ánimo depresivo, la calidad funcional de la vida y la adaptación mental al

cáncer) que han sido relacionadas con la supervivencia después del trasplante de médula ósea y/o enfermedad, leucemia aguda o crónica. Concluye con que es necesaria más investigación para identificar los mecanismos por los que las variables psicosociales podrían contribuir a la supervivencia post-trasplante de médula ósea.

3.- Andrykowski MA, Greiner CB, Altmaier EM, Burish TG, Antin JH, Gingrich R et al. Quality of life following bone marrow transplantation: findings from a multicentre study. Br J Cancer 1995; 71(6): 1322–1329.

Estudio multicéntrico, prospectivo-longitudinal, donde colaboraron 5 centros de trasplante de médula ósea. Se pasaron cuestionarios de evaluación sobre la calidad de vida en 200 adultos trasplantados de médula ósea. Los encuestados se habían sometido a trasplante alogénico (un 46%) o trasplante de médula ósea autólogo (54%) para una enfermedad maligna hematológica y estaban libres de la enfermedad al menos 12 meses después del trasplante de médula ósea (media 43 meses). La variabilidad en la calidad de vida post-trasplante de médula ósea se informó con déficit funcionamiento físico, sexual y laboral. Los pacientes de trasplantes alogénicos informaban de peor calidad de vida que los pacientes de trasplante autólogo. Concluye que mientras que muchos TMO informaron de una calidad de vida normal, la mayoría indicó que su calidad de vida se había visto comprometida en relación con el estado pre-enfermedad.

4.- Holder D, Inkster S. Psychosocial effects of bone marrow transplantation. Nurs Times 1994; 90(39): 44-45.

Artículo que describe la creación de un grupo de receptores de médula ósea en la que los miembros discuten abiertamente sus sentimientos, una nueva visión ya que aunque los efectos físicos de los trasplantes de médula ósea están bien documentados los aspectos psicosociales aparecen menos descritos.

5. - Molassioti A. Psychological care in bone marrow transplantation. Nurs Times 1995; 91(37): 36-37.

Artículo que describe los estados psicológicos del paciente en el TMO, el stress y las respuestas que suponen tanto para él mismo como para su familia, así como la reacción psicológica del paciente a la terapia de aislamiento. Este trabajo se llevó a cabo en la Universidad de Birmingham. El autor describe a través de diferentes revisiones bibliográficas una serie de etapas psicológicas por las que pasa el trasplantado a lo largo del proceso TMO y donde podemos encontrar referencias al temor manifestado por el paciente a vivir sin la seguridad que le proporciona la asistencia hospitalaria.

6.- Tarzian AJ, Iwata PA, Cohen MZ. Autologous bone marrow transplantation: the patient's perspective of information needs. Cancer Nurs 1999; 22(2): 103-110.

Estudio de investigación fenomenológico llevado a cabo en un Hospital del suroeste de California en el año 1999, se centra en un análisis de textos de un estudio mayor en el que se evaluaron resultados de las medidas de costo, la satisfacción del paciente y personal, la calidad de vida del paciente y experiencias en auto trasplantados de médula ósea, antes y después de la implementación de una vía clínica para auto-TMO que incluía un protocolo de información al paciente. El objetivo del estudio fue el de proporcionar una descripción elocuente y exacta de este fenómeno desde la perspectiva individual de cada paciente, pretrasplantados y postrasplantados, antes y después de la implementación de la citada vía clínica, para determinar si emergían temas diferenciados para estos dos grupos y luego combinarlos. Un tema que reflejó diferentes experiencias en pre y postrasplantados fue la necesidad de conocimiento detallada para el auto-TMO y el temor a conocer demasiado acerca del proceso, refrendado dicho temor en el grupo de pacientes post-trasplantados.

7.- Baker F, Zabora J, Polland A, Wingard J. Reintegration after bone marrow transplantation. Cancer Pract 1999; 7(4): 190-197.

Estudio cualitativo que examina los problemas de 84 receptores de trasplante de médula ósea al regresar a su vida en comunidad después del trasplante, fueron entrevistados a los 6 meses y al año del trasplante de médula ósea. Se identifican tres áreas de morbilidad psicosocial: problemas físicos, problemas psicológicos y problemas de reinserción en la comunidad. Concluye en que los resultados de estos problemas pueden utilizarse para guiar y preparar a los receptores de TMO y a sus familias para la vida después del trasplante.

8.- Pontes L, Guirardello EB, Campos CJG. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2007; 41(1): 154-160.

Estudio de metodología cualitativa, estudio de caso, desarrollado en un Hospital ubicado al sur de Brasil y cuyo objetivo era identificar las demandas de atención experimentadas por el paciente en la unidad de TMO. El tema de estudio fue un paciente, varón, de 34 años, diagnosticado de leucemia mieloide aguda que se sometió a un TMO procedente de un donante no emparentado. La obtención de datos se llevó a cabo mediante la técnica de entrevista semiestructurada, una observación sistemática, y posteriormente un análisis temático de contenido. Los resultados indicaron que el paciente sometido a TMO vive múltiples demandas de atención, que establecen en cuatro categorías de dominio y que hacen referencia en términos generales a la ausencia de familia, miedo a la muerte, incertidumbre sobre el futuro, espacio físico restringido, la ausencia de trabajo, demasiado manejo por parte del personal de enfermería, entre otros, y concluye manifestando que el conocimiento de la atención de estas demandas resultan esenciales para los profesionales de la salud, en concreto para los enfermeros/as, para poder

establecer y planificar las necesidades de asistencia específicas para el paciente.

9.- Wataru Fukuo, Kazuhiro Yoshiuchi, Yoshiyuki Takimoto, Noriyuki Sakamoto, Hiroe Kikuchi, Maki Hachizuka et al.: Comparison of temporal changes in psychological distress after hematopoietic stem cell transplantation among the underlying diseases of Japanese adult patients. BioPsychosocial Medicine 2008; 2: 24.

Aunque el trasplante de células madre hematopoyéticas (TPH) potencialmente puede curar algunas enfermedades hematológicas, los pacientes que se someten a la experiencia sufren de angustia psicológica. Este es un estudio el sufrimiento psicológico fue evaluado antes de TPH y en el séptimo día después de TPH mediante el Profile of Mood States (POMS). Puede ser importante para prestar apoyo psicológico a los pacientes durante el período de TPH en consideración a las diferencias en los cambios de humor asociados con la enfermedad subyacente y sexo del paciente con el fin de facilitar la intervención psiquiátrica eficiente y los mejores resultados de supervivencia.

10.- Grant M, Cooke L, Bratia S, Forman SJ. Discharge and Unscheduled Readmissions of Adult Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Implications for Developing Nursing Interventions. Oncol Nurs Forum 2005; 32(1): online exclusive E1-E8.

Estudio retrospectivo y de revisión de la literatura. En una muestra de 100 pacientes adultos sometidos a TPH se recogen datos en el ámbito demográfico, clínico y los reingresos en los seis primeros meses después del alta. Llegan a la conclusión que los receptores de trasplante alogénico son una población más vulnerable en lo que afecta a las infecciones y reingresos y que enfermería debe planificar intervenciones más específicas.

11.- Mosher CE, Redd WH, Rini CM, Burkhalter JE, DuHamel KN. Physical, psychological, and social sequelae following hematopoietic stem cell transplantation: a review of the literature. Psychooncology 2009; 18(2): 113-127.

Este artículo revisa la literatura reciente sobre la calidad de vida de los adultos tras el trasplante de células madre hematopoyéticas (TPH), a través de una búsqueda de bases de datos (MEDLINE y PsycINFO) y búsqueda manual de artículos publicados de 2002 a octubre de 2007. Obtiene como resultados que aunque los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la calidad de vida tenderán a mejorar durante los años siguientes al trasplante, una proporción significativa de los sobrevivientes de TPH experimentan ansiedad persistente y síntomas de depresión, fatiga, disfunción sexual y problemas de fertilidad. Esta investigación examina la evolución de las normas de supervivencia y las definiciones de la calidad de vida para mejorar la precisión y el significado de la

evaluación y la incorporación de los factores biológicos, psicológicos y contextuales que pueden contribuir a un ajuste positivo.

12.- Bellver A, Moreno P. Riesgos psicosociales e intervención psicológica en los pacientes trasplantados de médula ósea. Psicooncología 2009; 6(1): 65-81.

Este artículo realiza una primera fase de revisión bibliográfica en las bases Medline y PsycINFO y posteriormente elabora un programa de evaluación e intervención psicológica para favorecer la adaptación del paciente al diagnóstico y proceso de tratamiento con el objetivo de conseguir el mantenimiento óptimo del bienestar psicológico y la calidad de vida. Estudio desarrollado en los Hospitales La Fé y Clínico Universitario de Valencia.

Describe que la fase post-trasplante y de alta hospitalaria se inicia con cierto temor a abandonar la seguridad que le proporciona su estancia en un área protegida y la vigilancia continua de un equipo médico.

13.- Junta de Andalucía. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. Andalucía: Comunidad de Andalucía, Consejería de Salud; 2003.

Edición especial para enfermeros/as de familia de los Equipos Básicos de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud. Plan de Apoyo a las familias andaluzas (Decreto 137/2002, de 30 de abril, de la Consejería de Presidencia de la Junta de Andalucía).

Documento de apoyo utilizado en el apartado de Dimensiones de Estudio.

14.- Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos aires: Paidós; 1990.

Documento de apoyo para el análisis de datos cualitativos.

HIPÓTESIS:

La realización de este estudio cualitativo de enfoque fenomenológico no contempla a priori hipótesis alguna, sin embargo después de haber realizado las revisiones bibliográficas pertinentes, y desde la experiencia clínica de los investigadores en la Unidad Clínica de Hematología, partimos del convencimiento de que puede existir diversidad de causas y/o fuentes de temor en los pacientes sometidos a TPH ante la perspectiva del alta hospitalaria.

OBJETIVOS:

GENERAL:

- Conocer las inquietudes, percepciones, angustias y temores de los pacientes trasplantados de Progenitores Hematopoyéticos en relación al alta hospitalaria.

ESPECÍFICOS:

- Describir las vivencias de los pacientes durante el proceso del trasplante.
- Conocer las demandas de información de los pacientes al alta hospitalaria.
- Conocer las opiniones y expectativas de los pacientes acerca del proceso del trasplante y post-trasplante.
- Identificar necesidades de formación e información de los pacientes.

METODOLOGÍA

DISEÑO:

Estudio cualitativo, descriptivo y de enfoque fenomenológico.

EMPLAZAMIENTO:

El estudio se va a llevar a cabo en la Unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos del Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga.

La Unidad se encuentra ubicada en el ala derecha de la sexta planta del pabellón general A, está compuesta por ocho habitaciones en régimen de aislamiento individual y cuenta con 2 Enfermeros/as y 1 Auxiliar de Enfermería en turnos de mañana, tarde y noche.

SUJETOS DE ESTUDIO:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: 1- Los sujetos del estudio serán los pacientes ingresados en la Unidad de TPH, sin tener en cuenta el diagnóstico médico, ni la modalidad de trasplante al que hayan sido sometidos (selección poblacional). 2- El tamaño de la selección comprenderá toda la población trasplanta en el ciclo de un año, que no pertenezca al grupo de excluidos, y que a modo orientativo puede oscilar entre 40 y 50 sujetos, aunque vendrá determinada por el principio de suficiencia a través de la saturación de la información.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: No comprender el idioma, Pacientes con alteraciones psíquicas o con antecedentes de enfermedades psiquiátricas, Pacientes cuyo estado mental no permita la conversación (inconsciente, obnubilado...), así como a pacientes con un índice de Pfeiffer mayor o igual a 4 (ANEXO 3), Ingreso para realización del trasplante fuera de la Unidad de aislamiento.

VARIABLES:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Edad, sexo, ¿Vive solo? ¿Dispone de cuidador-familiar?, Índice de Barthel (Autonomía para las actividades de la vida diaria. (ANEXO 4).

MODALIDAD DEL TPH: 1- Auto TPH. Modalidad de trasplante en la que la infusión de progenitores hematopoyéticos proviene del propio paciente, obtenidos con anterioridad al tratamiento a dosis altas. 2- Alo TPH. Modalidad en la que los progenitores hematopoyéticos provienen de un individuo de la misma especie distinto a un gameto univitelino, en cuyo caso se denominaría singénico o isogénico. 3-TPH de Sangre de Cordón Umbilical (SCU). Modalidad en la que los progenitores hematopoyéticos se recogen por punción de la vena umbilical inmediatamente después del parto y su posterior almacenaje en un banco de trasplantes.

DIMENSIONES DE ESTUDIO:

Las dimensiones que se pretenden conocer son:

1.- ALTERACIÓN DEL ROL. Patrones de la conducta y expresiones de los sujetos en cada uno de los siguientes ámbitos:

- Social
- Familiar
- Profesional

2.- EFECTOS 2º DEL PROCESO DEL TRASPLANTE

- Alteración de la imagen corporal. Confusión en la imagen mental del yo físico.
- Incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Según el índice de Barthel (ANEXO 4).
- Riesgo de infecciones. Riesgo de padecer o contraer infecciones, por contacto, ingesta, inhalación etc. debido a la falta de recuperación del sistema inmunológico del paciente.

3.- EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

- Miedo a la muerte. Aprensión o preocupación relacionada con la muerte o con la agonía.
- Miedo al dolor. Reacción emocional de angustia o alarma ante el peligro o ataque real de experimentar sensaciones o

emociones desagradables ocasionadas por lesiones titulares reales o potenciales o descritas en tales términos.

- Miedo a la recaída. Preocupación relacionada con volver a enfermar de la misma dolencia.

4.- INCERTIDUMBRE DE FUTURO

- Abandono del módulo de aislamiento. Abandono de la seguridad que proporciona al sujeto el equipo de profesionales que integran la Unidad de TPH.
- Restricciones de la vida fuera del Hospital. Limitaciones o reducciones aconsejadas por una recomendación sanitaria.
- Régimen de controles y visitas hospitalarias. Visitas y controles post-trasplante, que se realizan en el Hospital con gran frecuencia, para el control y seguimiento del paciente, modificaciones de tratamiento, así como para la detección precoz de complicaciones potenciales.

5.- DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS. Necesidad de información y valoración de la información recibida.

RECOGIDA DE DATOS:

A.- Se realizará mediante entrevistas semiestructuradas en el módulo de la Unidad de TPH por parte del Equipo investigador entre el día 10-12 (auto-TPH), 20-22 (alo-TPH) y 28-30 (alo-TPH de SCU). La estancia media en la Unidad de TPH del HRU Carlos Haya es de 18 días para el auto-TPH, de 30 días para el alo-TPH, y de 35-40 días para el TPH procedente de SCU.

Se proporcionará un ambiente adecuado para facilitar la realización de las mismas: Puerta y ventanas cerradas, Eliminación de estímulos acústicos y visuales, Silla con respaldo y reposabrazos, Vaso de agua.

Estas entrevistas se realizarán siguiendo una guía elaborada, previa firma del consentimiento informado, según (ANEXO 1). La duración de cada entrevista será de 30-45 minutos y se grabará en soporte digital, para posteriormente hacer una transcripción literal de la misma, que permita un análisis riguroso y escrupuloso por parte del Equipo investigador. Asignaremos a cada entrevista un código de identificación para poder conocer en cada momento la persona de quien proviene la información.

B.- Las observaciones e incidencias que aparezcan durante la realización de la entrevista individual se recogerán en un cuaderno de campo.

C.- Y finalmente, mediante registros disponibles en la Unidad, como es el caso de la Historia Clínica del paciente.

Mensualmente (primer lunes) se revisará el listado de pacientes ingresados para detectar nuevos candidatos al estudio, e iniciar el proceso de información y recogida de datos.

El rigor en la recogida de datos vendrá determinado por:

- La fiabilidad en la recogida de los mismos, comparando los resultados obtenidos con la utilización de un mismo instrumento en diferentes momentos.
- La utilización de distintas categorías de métodos de recogida de datos, como son las entrevistas, la observación ligada a la misma y la utilización de documentos escritos como es el caso de la H^a C^a del paciente, sin olvidarnos de que todas las entrevistas quedarán grabadas en un soporte digital.
- Y finalmente con la investigación en equipo, como es el caso, ya que ésta es en sí misma una forma de triangulación.

ANÁLISIS DE DATOS: El responsable de la transcripción de las entrevistas será el equipo investigador con la ayuda de un becario experto en la materia, utilizando el método de Taylor-Bogdan. El proceso de análisis cualitativo contemplará la siguiente secuencia:

- 1.- Una vez transcritos los datos de las entrevistas a documentación informática (Microsoft Word), los agruparemos según procedencia (documentos, observación ligada a entrevista y transcripción de ésta), trabajaremos con copias de los documentos a papel para salvaguardar la protección de los mismos, los clasificaremos en orden a la realización de las entrevistas y/o según los intereses del Equipo investigador.
- 2.- Lectura de la entrevista.
- 3.- Segunda lectura para poder resaltar los aspectos más destacados de la misma y localizar temas emergentes que podamos ir añadiendo al estudio, revisión del material bibliográfico y elaboración de una guía de la historia.
- 4.- Clasificación de datos más destacados en dimensiones o categorías, codificarlos y eliminar los que han sobrado para ir refinando el análisis.
- 5.- Relativización de los datos, teniendo en cuenta cuales surgen de nuestro interés al preguntar y cuales surgen espontáneamente.
- 6.- Redactar o describir los temas comunes y más importantes en cada una de las categorías.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO: Solamente se entrevistará al sujeto de estudio si éste, o en su defecto su tutor o representante, en el único caso de ser menor de edad, han firmado previamente el consentimiento según (ANEXO 2).

PLAN DE TRABAJO:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDAD \ MESES	MESES											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Rev. Bibliográfica	B C	B C	B C									
Contacto con Equipo	A	A	A									
Recogida de Datos				A B C	A B C	A B C	A B C	A B C	A B C	A B C	A B C	A B C
Transcripción										A B C D	A B C D	A B C D
Análisis de Datos										A B C	A B C	A B C

ACTIVIDAD \ MESES	MESES											
	13º	14º	15º	16º	17º	18º	19º	20º	21º	22º	23º	24º
Recogida de Datos	A B C	A B C	A B C									
Transcripción	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D	A B C D							
Análisis de Datos	A B C	A B C	A B C	A B C	A B C							
Verificación de los Datos						A B	A B	A B	A B			

						C	C	C	C			
Difusión de los Datos										A	A	A
										B	B	B
										C	C	C

A – INVESTIGADOR PRINCIPAL: Susana Castro Gómez

B – INVESTIGADOR COLABORADOR: Ana María Márquez Padilla

C – INVESTIGADOR COLABORADOR: Álvaro Navas Ruiz

D – BECARIO

DISTRIBUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES:

La dirección y coordinación del proyecto la realizará el Investigador principal.

1.- Meses 1º a 3º

- Búsqueda bibliográfica y revisión crítica de nuevos artículos - (Investigadores colaboradores).
- Contacto con los distintos profesionales que desempeñan su trabajo en la Unidad de Trasplante, para darles a conocer el proyecto de investigación y presentar al Equipo investigador - (Investigador principal).

2.- Meses 4º al 15º

- Recogida de los datos.- Realización y grabación de entrevistas semiestructuradas - (Equipo investigador).

3.- Meses 10º al 17º

- Transcripción de los datos - (Equipo investigador y Becario).
- Análisis de los datos - (Equipo investigador).

4.- Meses 18º al 21º

- Verificación de datos.- Presentación de los resultados a profesionales con experiencia en TPH del propio Hospital y de otros Hospitales - (Equipo investigador).

- Consulta a otros investigadores, que aporten su visión de los resultados obtenidos - (Equipo investigador).

El rigor en la investigación seguirá los pasos especificados en el apartado general de Análisis de datos.

5.- Meses 22º al 24º:

- Elaboración de las conclusiones - (Equipo investigador).

- Elaboración de la memoria final del proyecto - (Equipo investigador).

- Difusión del proyecto y sus resultados en Reuniones Científicas - (Equipo investigador).

- Redacción de un Artículo Original para su publicación en Revistas Científicas - (Equipo investigador).

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Desde el punto de vista ético se respetará el anonimato de los sujetos participantes así como su voluntariedad a ser incluidos en el estudio.

Se proporcionará consentimiento informado por escrito de los sujetos sometidos al mismo según (ANEXO 2).

El paciente podrá abandonar su decisión de participar y retirar el consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que ello altere su relación con el personal de enfermería, ni se produzca perjuicio en su tratamiento o en la atención que pueda necesitar.

Una vez finalizado el estudio los datos se archivarán en un fondo documental de materiales cualitativos "Archivos de la Memoria" de la Fundación Index. Dicho fondo garantizará la confidencialidad de los datos registrados, que en todo caso se han de ajustar a la Ley de Protección de Datos. (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal). Transcurrido el tiempo pertinente desde la finalización de la investigación, entre 7 y 10 años, se procederá a la destrucción de los datos recopilados.

PLAN DE DIFUSIÓN Y DIVULGACIÓN:

El equipo investigador dará a conocer el proyecto así como sus resultados en las principales reuniones científicas promovidas por los grupos afines a la especialidad de onco-hematología: Sociedad Española de enfermería Oncológica (SEEO), Asociación Nacional de Enfermería Hematológica (ANEH), European Blood Marrow Trasplantation (EBMT).

Se elaborará al menos un artículo original para su publicación en Revista científica de mayor impacto.

MEDIOS Y RECURSOS DISPONIBLES PARA REALIZAR EL PROYECTO:

- A) **MATERIAL INVENTARIABLE:** - Infraestructura de la Unidad de Trasplante.- Las entrevistas tendrán lugar en las propias habitaciones de la Unidad de trasplante en la 6ª planta PA del Hospital Carlos Haya. Dichas habitaciones están acondicionadas con cama o sillón confortable, así como posibilidad de ambiente íntimo y sin interrupciones.
- B) **MATERIAL BIBLIOGRÁFICO:** - a través de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía y Hemeroteca del Complejo Hospitalario, con acceso a bases de datos.
- C) **PERSONAL:** - 3 Investigadores, Diplomados en Enfermería, del Hospital Regional Universitario "Carlos Haya" de Málaga.

JUSTIFICACIÓN DE LA AYUDA SOLICITADA:

- 1 Ordenadores portátiles.- Para introducir los datos y tenerlos disponibles por los miembros del Equipo investigador.
- 3 Grabadoras digitales.- Grabadoras de voz para grabar las entrevistas, se ha previsto utilizar las dos para evitar pérdidas de información.
- 3 Memoria USB.- Para proporcionar copias de seguridad y facilitar el intercambio de trabajos entre los componentes del Equipo investigador.
- Material de oficina.- Para la toma de notas de campo y organización del trabajo.
- Viajes y dietas.- Para la difusión en congresos y Reuniones Científicas, se prevén gastos de inscripción, estancia y desplazamiento de al menos uno de los miembros del Equipo investigador a 3 eventos.
- Traducción.- Para las traducciones de los artículos en inglés y la redacción del proyecto en inglés para su publicación en revistas científicas.

IMPACTO CLÍNICO-ASISTENCIAL:

Los pacientes sometidos a TPH viven una experiencia de alta morbi-mortalidad que conlleva cambios sustanciales en su vida diaria. Las adaptaciones para la vida diaria y las alteraciones psicológicas que sufren estos pacientes justifican la implantación de un programa educativo que evite en la medida de lo posible los efectos psicosomáticos del miedo y la ansiedad.

La información que obtengamos con este proyecto acerca de los miedos y temores experimentados por estos pacientes, nos servirá para diseñar nuevas estrategias de intervención. Esto permitirá que el programa de educación para la salud implantado actualmente en la Unidad actúe eficazmente sobre los problemas detectados.

Sentar las bases para nuevas líneas de investigación.

Sensibilizar a los profesionales sobre aquellas cuestiones que los propios pacientes manifiestan como generadores de miedo o temor.

Los resultados de este estudio se difundirán a la Comunidad Científica mediante la presentación de comunicaciones en Reuniones Científicas y la publicación de Artículos en Revistas Científicas.

ANEXOS:

ANEXO 1: ENTREVISTA A PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

El objetivo es conocer las causas de temor en el paciente trasplantado de PH al alta hospitalaria. El entrevistador usará esta guía para orientar la entrevista a las dimensiones de análisis.

Código de identificación:

Entrevista realizada por:

Fecha de entrevista:

Transcripción realizada por:

Fecha de transcripción:

1.- VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad.-
- Sexo.- Hombre Mujer
- ¿Vive sólo? Si No
- ¿Dispone de cuidador-familiar? Si No

2.- MODALIDAD DE TPH

AutoTPH AloTPH TPH-SCU

3.- DIMENSIONES DE ANÁLISIS

- ALTERACIÓN DEL ROL:
 - Social
 - Familiar
 - Profesional
 -
- EFECTOS 2º DEL PROCESO DEL TRASPLANTE
 - Alteración de la imagen corporal.
 - Incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria.
 - Riesgo de infecciones.

- EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD
 - Miedo a la muerte.
 - Miedo al dolor.
 - Recaída.

- INCERTIDUMBRE DE FUTURO
 - Abandono del módulo de aislamiento.
 - Restricciones de la vida fuera del hospital
 - Recomendaciones de la vida fuera del hospital
 - Régimen de controles y visitas hospitalarias.

- DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS.

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN AL PACIENTE

VIVENCIAS DEL PACIENTE TRASPLANTADO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS ANTE LA PERSPECTIVA DEL ALTA HOSPITALARIA

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que crea oportunas.

Se solicita su participación en un estudio de investigación que se lleva a cabo en la Unidad de Trasplante Hematopoyéticos de Hematología (6ª planta Pabellón A del H.R.U. Carlos Haya). Dicho estudio pretende conocer las vivencias de los pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos e identificar las causas de angustia o temor relacionadas con el TPH ante la perspectiva del alta hospitalaria.

La participación solicitada es en forma de entrevista, llevada a cabo por Enfermeros expertos vinculados a esa Unidad, investigadores de este proyecto. La entrevista se realizará durante su ingreso hospitalario, tendrá una duración entre 45 y 60 minutos y será grabada digitalmente.

La participación es voluntaria y no reporta ningún beneficio directo.

La entrevista no supone ningún daño físico ni psíquico. El paciente puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

Todos los datos de carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.

La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Si quiere información adicional se puede poner en contacto con el personal participante en el correo electrónico suancastro.g@hotmail.com.

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE

VIVENCIAS DEL PACIENTE TRASPLANTADO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS ANTE LA PERSPECTIVA DEL ALTA HOSPITALARIA

(Nombre y Apellidos)

Yo.....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Paciente).
- He podido hacer preguntas sobre el estudio “Vivencias del paciente trasplantado de progenitores hematopoyéticos ante la perspectiva del alta hospitalaria”
- He recibido suficiente información sobre el estudio “Vivencias del paciente trasplantado de progenitores hematopoyéticos ante la perspectiva del alta hospitalaria”. He hablado con el profesional sanitario informador.....
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera
 - Sin tener que dar explicaciones
 - Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos
- Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto titulado “Vivencias del paciente trasplantado de progenitores hematopoyéticos ante la perspectiva del alta hospitalaria”

Firma del paciente
(o representante legal en su caso)

Firma del profesional
sanitario informador

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fecha:

ANEXO 3. Índice de Pfeiffer.

CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-

Cuestionario heteroadministrado que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

ítems		ERRORES
1	¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
2	¿Qué día de la semana es hoy?	
3	¿Dónde estamos ahora?	
4	¿Cuál es su nº de teléfono? ¿Cuál es su dirección?- preguntar sólo si no tiene teléfono-	
5	¿Cuántos años tiene?	
6	¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
7	¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
8	¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
9	¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
10	Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
PUNTUACIÓN TOTAL		

ANEXO 4. Test de Barthel.

ALIMENTACIÓN:

- (10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- (5) Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- (0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

LAVARSE (BAÑARSE):

- (5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE:

- (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda. Se ata los zapatos.
- (5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- (0) Dependiente.

ARREGLARSE, ASEO PERSONAL:

- (5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.
- (5) Incontinente ocasional. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios.
- (0) Incontinente.

MICCIÓN (Valorar la semana previa):

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
- (5) Incontinente ocasional. Episodios ocasionales. Necesita ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
- (0) Incontinente.

USAR EL RETRETE:

- (10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona. Se sienta y se levanta solo o con barras.
- (5) Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.
- (0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLÓN / CAMA:

- (15) Independiente. No precisa ayuda. Puede usar la silla de ruedas independientemente.
- (10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- (5) Gran ayuda. Capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia en el traslado.
- (0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACIÓN:

- (15) Independiente. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
- (10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona para caminar al menos 50 metros. Precisa utilizar andador.
- (5) Independiente en silla de ruedas. Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.
- (0) Dependiente.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

- (10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones.

EVALÚA DIEZ ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA, Y SEGÚN ESTAS PUNTUACIONES CLASIFICA A LOS PACIENTES EN:

1. Totalmente independiente: 100 puntos (90 si permanece en silla de ruedas).

2. Dependiente leve: >60 puntos.
3. Dependiente moderado: hasta 55 puntos.
4. Dependiente severo: hasta 35 puntos.
5. Dependiente total: <20 puntos