



Universidad
Zaragoza



Trabajo Fin de Grado

Plan de cuidados de enfermería
individualizado de una paciente con
afecciones crónicas múltiples

Individualized nursing care plan for a
patient with multiple chronic conditions

Autor

Adrián Dolz Sanz

Director/es

Felisa Yuste Vicente

Escuela Universitaria de Enfermería. Teruel.
Curso Académico 2024-2025

ÍNDICE

Índice de abreviaturas.....	3
Índice de tablas.....	4
Resumen	5
Abstract	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. JUSTIFICACIÓN.....	11
3. OBJETIVOS.....	12
4. METODOLOGÍA	13
5. DESARROLLO	19
5.1. Introducción a la paciente.....	20
5.2. Valoración de enfermería	21
5.3. Listado de problemas de la paciente.....	24
5.4. Diagnósticos de enfermería	24
5.5. Problemas de colaboración/Complicaciones potenciales	25
5.6. Desarrollo de los diagnósticos de enfermería.....	26
5.7. Desarrollo de los problemas de colaboración.....	31
5.8. Ejecución de los diagnósticos de enfermería.....	34
5.9. Evaluación de los diagnósticos de enfermería.....	40

6. CONCLUSIÓN	44
7. LOGROS Y LIMITACIONES.....	45
8. BIBLIOGRAFIA.....	46
9. ANEXOS.....	50
Anexo 1. Consentimiento	50
Anexo 2. Algoritmo de la fragilidad.....	51
Anexo 3. Escala MNA.....	52
Anexo 4. Escala de Barthel.....	53
Anexo 5. Escala de EVA	54
Anexo 6. Escala de Norton	55
Anexo 7. Escala de Downton	56
Anexo 8. Morisky	57
Anexo 9. Escala de Zarit.....	58
Anexo 10. Escala de MMSE.....	59

Índice de abreviaturas

NANDA	North American Nursing Diagnosis Association.
NIC	Nursing Interventions Classification.
NOC	Nursing Outcomes Classification.
DeCS	Descriptores en Ciencias de la Salud.
MeSH	Medical Subject Headings.
BVS	Biblioteca Virtual en Salud.
INE	Instituto Nacional de Estadística.
PC	Problema de colaboración.
CP	Complicación potencial.
HTA	Hipertensión arterial.
IMC	Índice de masa corporal.
EVA	Escala Visual Analógica.
MNA	Mini Nutritional Assessment.
MMSE	Mini-Mental State Examination.
ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria.
UPP	Úlceras Por Presión.
SPPB	Short Physical Performance Battery.
VM	Velocidad de la Marcha.
TUG	Timed Up and Go.

Tabla 1. Índice de abreviaturas. Fuente: elaboración propia.

Índice de tablas

<i>Tabla 1</i>	3
<i>Tabla 2</i>	8
<i>Tabla 3</i>	13
<i>Tabla 4</i>	13
<i>Tabla 5</i>	16
<i>Tabla 6</i>	17
<i>Tabla 7</i>	17
<i>Tabla 8</i>	21
<i>Tabla 9</i>	23
<i>Tabla 10</i>	26
<i>Tabla 11</i>	28
<i>Tabla 12</i>	30
<i>Tabla 13</i>	31
<i>Tabla 14</i>	33
<i>Tabla 15</i>	37
<i>Tabla 16</i>	39
<i>Tabla 17</i>	42

Resumen

Introducción: Los avances en sanidad han conseguido frenar la mortalidad, aumentando la esperanza de vida y el crecimiento de la población mayor, esto conlleva un aumento del desarrollo de enfermedades crónicas. La multimorbilidad se define como tener dos o más enfermedades crónicas, va ligado de la fragilidad y la polifarmacia. La enfermería desempeña un papel esencial en el cuidado de los pacientes pluripatológicos.

Objetivo principal: Elaborar un plan de cuidados de enfermería individualizado para una paciente pluripatológica en el ámbito de atención primaria.

Metodología: Para la realización del plan de cuidados individualizado, se ha realizado una búsqueda bibliográfica. Para poder realizar los diagnósticos, objetivos e intervenciones se ha utilizado el modelo de Virginia Henderson y el uso de las taxonomías NANDA, NIC Y NOC.

Desarrollo: Después de la valoración enfermera, se han identificado los diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración. Se han priorizado los diagnósticos, se han escogido los más importantes y se han desarrollado.

Conclusión: Este trabajo ha permitido diseñar y aplicar un plan de cuidados individualizado en atención primaria para una paciente pluripatológica, logrando una mejora en la calidad de vida y la autonomía. Destaca el papel fundamental de la enfermería en la prevención, promoción de la autonomía y acompañamiento en el envejecimiento.

Palabras clave: enfermería, cuidados de enfermería, multimorbilidad, afecciones crónicas múltiples y fragilidad.

Abstract

Introduction: Advances in healthcare have managed to reduce mortality, increasing life expectancy and the growth of the elderly population. This has led to a rise in the development of chronic diseases. Multimorbidity is defined as having two or more chronic conditions and is closely linked to frailty and polypharmacy. Nursing plays a key role in the care of patients with multiple chronic conditions.

Main Objective: To develop an individualized nursing care plan for a patient with multiple chronic conditions in the primary care setting.

Methodology: To create the individualized care plan, a literature review was conducted. The Virginia Henderson model was used to establish nursing diagnoses, goals, and interventions, along with the NANDA, NIC, and NOC taxonomies.

Development: After the nursing assessment, nursing diagnoses and collaborative problems have been identified. The diagnoses have been prioritized, the most important ones have been selected, and they have been developed.

Conclusion: This work has enabled the design and implementation of an individualized care plan in primary care for a pluripathological patient, resulting in improved quality of life and autonomy. It highlights the fundamental role of nursing in prevention, promotion of autonomy, and support throughout the aging process.

Keywords: nursing, nursing care, multimorbidity, multiple chronic conditions, and frailty.

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, los avances en sanidad y las mejoras en los sistemas de atención han conseguido frenar la mortalidad, contribuyendo al aumento de la esperanza de vida. Como consecuencia, ha crecido la población mayor, generando nuevos retos en la planificación de los recursos sanitarios y sociales. ¹

A este fenómeno se suma el descenso de la natalidad, sumado al constante envejecimiento de la población, está generando un desequilibrio demográfico. Además, la variación natural de la población, que muestra la diferencia entre los nacimientos y las muertes en un año, es negativa, lo que indica que cada vez hay más fallecimientos que nacimientos, empeorando el envejecimiento poblacional. ²

El envejecimiento de la población es un proceso natural difícil de evitar o revertir y, en la actualidad, representa un desafío a nivel mundial. Se caracteriza por la pérdida progresiva de funcionalidad en tejidos y órganos, lo que aumenta el riesgo de padecer afecciones asociadas a la edad. ^{3,4}

Además, se espera que en los próximos años continúe incrementándose la esperanza de vida, lo que conllevará un mayor número de personas mayores (≥ 65 años) y una estrecha relación con el desarrollo de enfermedades crónicas. ^{3,5}

Sin embargo, este aumento en la longevidad no siempre se traduce en una mejor calidad de vida, ya que los altos índices de fragilidad y vulnerabilidad siguen siendo una preocupación en términos de salud pública. ^{4,6}

La pérdida de capacidades físicas, psíquicas y funcionales en personas mayores implica una alta demanda de asistencia y cuidados, lo que supone un desafío tanto para las familias como para el sistema sanitario. Este incremento ha conseguido un mayor interés en conocer el estado de salud de este colectivo y su impacto en servicios de atención sanitaria y social. ^{7,8}

España, al igual que otros países occidentales, enfrenta un gran porcentaje de población envejecida, una creciente demanda de cuidados debido a la dependencia y un aumento de las enfermedades crónicas. ^{7,8}

La multimorbilidad o paciente pluripatológico se define como tener dos o más enfermedades crónicas concurrentes y afecta a gran parte de la población. En especial, afecta a la población

mayor y, teniendo en cuenta que cada vez hay más envejecimiento, es un problema a tener en cuenta.^{9, 10}

Se considera una persona con multimorbilidad si tiene 2 o más de estas enfermedades crónicas no transmisibles.^{9, 11}

Sistema	Enfermedades Comunes
1. Sistema cardiovascular	- Hipertensión arterial (HTA)
	- Insuficiencia cardíaca crónica
	- Cardiopatía isquémica (infarto, angina de pecho)
	- Fibrilación auricular
2. Sistema respiratorio	- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
	- Asma
	- Apnea del sueño
3. Sistema endocrino y metabólico	- Diabetes mellitus tipo 2
	- Hipotiroidismo
	- Dislipemia (colesterol alto)
	- Obesidad
4. Sistema musculoesquelético	- Osteoartritis (artrosis)
	- Osteoporosis
	- Lumbalgia crónica
5. Sistema neurológico	- Demencia (Alzhéimer, demencia vascular)
	- Accidente cerebrovascular (ictus)
	- Parkinson
6. Sistema digestivo	- Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)
	- Hepatopatía crónica (hígado graso, cirrosis)
7. Sistema renal	- Insuficiencia renal crónica
	- Litiasis renal (piedras en el riñón)
8. Sistema hematológico e inmunológico	- Anemia crónica
	- Síndrome de inmunodeficiencia en ancianos
9. Salud mental	- Depresión
	- Ansiedad crónica

Tabla 2. Enfermedades Comunes en Pacientes Pluripatológicos por Sistemas. Fuente: elaboración propia basada en: (8-11).

Un concepto estrechamente vinculado a la multimorbilidad es la fragilidad, la cual se define como una condición dinámica y multicomponente que está determinada por, o conduce a, una

vulnerabilidad extrema ante factores estresantes y una menor capacidad de resiliencia. Aunque existe consenso en esta definición, también se ha interpretado la fragilidad como el resultado de la acumulación de déficits o como un síndrome clínico.¹¹

Para el cribado de la fragilidad, actualmente se emplea el algoritmo (anexo 2) aprobado en el documento de consenso sobre prevención de la fragilidad y caídas en la persona mayor del SNS. Su objetivo es identificar a las personas mayores con mayor riesgo de perder su autonomía, con el fin de aplicar medidas preventivas que favorezcan el mantenimiento de su calidad de vida y salud general. Para ello, se selecciona a la población mayor de 70 años y se le realiza cuestionarios sobre ABVD, equilibrio, velocidad de la marcha, capacidad para levantarse y sentarse, así como una valoración basada en los criterios del fenotipo de fragilidad de Fried, que incluyen pérdida de peso no intencionada, debilidad y fuerza muscular.¹²

Además, el padecer estas condiciones conlleva una reducción de la esperanza de vida, deterioro de las actividades diarias, peor calidad de vida, polifarmacia y mayores costes en la salud pública. La polifarmacia se define como el uso regular de cinco o más medicamentos. Entre sus consecuencias se incluyen el aumento de las morbilidades y la extensión de la estancia hospitalaria.¹³⁻¹⁵

Todo esto, supone un gran reto para los sistemas sanitarios, ya que hay muchas enfermedades crónicas que tratar por los profesionales. Además, la fragilidad de la mayoría de los pacientes, hace que haya que proporcionar muchos recursos asistenciales. Esta situación, sumada a la elevada carga de pacientes, provoca que en muchos casos los recursos disponibles sean insuficientes para atenderlos de manera óptima.^{16, 17}

Debido a esto, hay que mejorar los sistemas de salud evitando la saturación de los servicios, mejorar la atención sanitaria, reducir costes, reducir los ingresos hospitalarios y mejorar la satisfacción de la población.^{18, 19}

Para ello, hay que incluir procesos de vinculación y coordinación para superar la fragmentación. En la mayoría de los casos, las personas tienen atención de múltiples servicios, lo que puede dar una falta de coordinación.^{20, 21}

El aumento de la esperanza de vida y los avances en el ámbito de la salud han conseguido un crecimiento significativo de la población anciana. Por lo tanto, cada vez son más las personas con enfermedades crónicas y, por ello, la necesidad de un control cercano y continuo.²²

La enfermería desempeña un papel esencial en el cuidado de los pacientes pluripatológicos, especialmente en la gestión de enfermedades crónicas. A través de un seguimiento constante y un control adecuado, la enfermería se encarga de prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes. La educación sanitaria es clave, ya que proporciona herramientas a los pacientes para gestionar mejor su salud, fomentar su autonomía y responder de manera adecuada a posibles complicaciones.²²

2. JUSTIFICACIÓN

En atención primaria, la enfermera tiene un rol crucial en el manejo integral del paciente pluripatológico. En el caso de mi abuela, quien padece varias enfermedades crónicas, la enfermera se enfoca no solo en el control de su salud, sino también en promover el autocuidado mediante la educación y orientación. Gracias a su relación cercana con el paciente y la familia, la enfermera puede anticipar necesidades, mejorar la adherencia al tratamiento y ofrecer un apoyo emocional continuo.

Además, la mejora en la gestión de la enfermedad afecta positivamente a las familias reduciendo la carga asistencial. En definitiva, una intervención de enfermería efectiva, a través de un plan de cuidados individualizado, contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes con múltiples enfermedades crónicas.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Elaborar un plan de cuidados de enfermería individualizado para una paciente pluripatológica en el ámbito de atención primaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Exponer la metodología enfermera a través de un caso clínico para identificar los principales diagnósticos enfermeros (NANDA), los principales resultados (NOC) y las intervenciones enfermeras (NIC) de la paciente.
- Realizar un seguimiento y registro de la evolución clínica de la paciente para mejorar su calidad de vida e intervenir en su sintomatología.
- Destacar la importancia del rol de la enfermería en la atención y seguimiento de pacientes pluripatológicos.

4. METODOLOGÍA

A continuación, se aborda la búsqueda bibliográfica realizada durante los meses de octubre y noviembre de 2024.

Primeramente, se identificaron los términos a utilizar. Mediante la biblioteca virtual en salud (bvs), se eligieron diferentes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).

DeCS.	MeSH.
“Afecciones crónicas múltiples”.	“Multiple chronic conditions”.
“Epidemiología”.	“Epidemiology”.
“Multimorbilidad”.	“Multimorbidity”.
“Comorbilidad”.	“Comorbidity”.
“Polifarmacia”.	“Polypharmacy”.
“Prevalencia”.	“Prevalence”.
“Fragilidad”.	“Frailty”.
“Anciano”.	“Elderly”.
“España”.	“Spain”.
“Envejecimiento”.	“Aging”.
“Calidad de vida”.	“Quality of life”.
“Carga del cuidador”.	“Caregiver burden”.
“Salud”.	“Health”.
“Enfermería”.	“Nursing”.

Tabla 3. Clasificación de los DeCS seleccionados. Fuente: elaboración propia.

Criterios de inclusión.	Artículos publicados en español e inglés. Publicaciones realizadas en los últimos 5 años.
Criterios de exclusión.	Artículos de pago. Personas menores de 65 años.

Tabla 4. Clasificación de los DeCS seleccionados. Fuente: elaboración propia.

Seguidamente, se examinaron las bases de datos PubMed y Embase. Para lo cual, se combinaron los MeSH mediante los operadores booleanos AND, NOT y OR.

Base de datos.	Combinación empleada.	Filtros aplicados.	Título.	Resumen.	Artículos utilizados.
<u>PubMed.</u>	(Multiple Chronic Conditions) AND (Epidemiology) AND (Multimorbidity)	- Texto completo gratuito. - 2020-2025. - Edad: 65+ años.			
	636 resultados.	123 resultados.	21 resultados.	8 resultados.	4 resultados.
	(Multimorbidity) AND (Aging) AND (Comorbidity) AND (Frailty)	- Texto completo gratuito. - 2020-2025. - Edad: 65+ años.			
	280 resultados.	105 resultados.	19 resultados.	6 resultados.	1 resultado.
	(Multimorbidity) AND (Comorbidity) AND (Polypharmacy)	- Texto completo gratuito. - 2020-2025. - Edad: 65+ años.			
	717 resultados.	178 resultados.	34 resultados.	14 resultados.	1 resultado.

	(Multimorbidity) AND (Comorbidity) AND (Prevalence)	- Texto completo gratuito. - 2020-2025. - Español.	4 resultados.	2 resultados.	1 resultado.
	(Multiple Chronic Conditions) AND (Multimorbidity) AND (Frailty)	- Texto completo gratuito. - 2020-2025.	6 resultados.	3 resultados.	2 resultados.
	((Elderly) AND (Spain) AND (Health)) NOT (Covid-19)	- Texto completo gratuito. - 2020-2025. - Edad: 65+ años. - Español.	13 resultados.	7 resultados.	3 resultados.

	(Nursing) AND (Multiple Chronic Conditions) AND (Multimorbidity)	- Texto completo gratuito. - 2020-2025. - Edad: 65+ años.	8 resultados	4 resultados.	1 resultado.
Resultados.	56386.	627.	105.	44.	13.
Embase.	(Spain) AND (Aging) AND (Multiple Chronic Conditions) AND (Quality Of Life)	- 2020-2025.	13 resultados.	6 resultados.	2 resultados.
	(Caregiver Burden) AND (Spain) AND (Multimorbidity)	- 2020-2025.	3 resultados.	3 resultados.	3 resultados.
Resultados.	64.	39.	16.	9.	5.
Resultados totales.	56450.	666.	121.	53.	18.

Tabla 5. Búsqueda bibliográfica realizada en PubMed y Embase. Fuente: elaboración propia.

Finalmente, se consultaron páginas webs oficiales con el objetivo de recopilar información sobre los contenidos a tratar.

Páginas webs oficiales.	
	Instituto Nacional de Estadística (INE).
	Ministerio de Sanidad.

Tabla 6. Clasificación de las páginas webs oficiales consultadas. Fuente: elaboración propia.

Otros recursos utilizados.	
Herramientas.	ClinicalKey Student.
Software.	Mendeley.

Tabla 7. Otros recursos utilizados. Fuente: elaboración propia.

Para la búsqueda bibliográfica, se consultaron las bases de datos PubMed y Embase utilizando términos MeSH. No se emplearon los términos DeCS, ya que, al utilizar el formato en español, el número de artículos encontrados era muy limitado. En cambio, al realizar la búsqueda en inglés, se obtuvo una mayor variedad de resultados. Una vez identificados los artículos, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión para optimizar la selección. Inicialmente, se revisaron los títulos de los estudios y, posteriormente, se analizaron los resúmenes para determinar su relevancia. Además, se utilizó el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Ministerio de Sanidad como fuente de información complementaria. Para la gestión de referencias y citas, se empleó el gestor bibliográfico Mendeley.

En cuanto a la elaboración del plan de cuidados individualizado, este se diseñó con la ayuda del programa ClinicalKey Student y siguiendo las taxonomías NANDA para los diagnósticos enfermeros, NOC para los resultados esperados y NIC para las intervenciones. El plan está orientado a cubrir las necesidades de una paciente pluripatológica en el ámbito de la atención primaria. Para ello, se llevó a cabo una valoración integral basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson, identificando diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración. Posteriormente, se establecieron objetivos (NOC) y se definieron las intervenciones necesarias (NIC).

Para el seguimiento de la evolución de la paciente a lo largo de seis meses, se utilizó el programa de gestión OMI, herramienta empleada en atención primaria para la monitorización y registro de la evolución clínica. Se hizo todo con entrevista personal y con revisión de su historia clínica con la ayuda de su enfermera de referencia.

5. DESARROLLO

En primer lugar, se realizó una planificación inicial del abordaje del caso clínico. El proceso comenzó con una búsqueda bibliográfica dirigida a obtener información actualizada y basada en la evidencia sobre el problema de salud en cuestión. Posteriormente, se llevó a cabo la recogida de datos clínicos de la paciente, complementada con la toma de constantes vitales y la aplicación de diversas escalas de valoración, con el objetivo de reunir la mayor cantidad de información relevante posible. Con los datos obtenidos, se identificaron los problemas reales de la paciente. A partir de esta valoración, se formularon los correspondientes diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA, así como los PC. A continuación, se procedió al desarrollo de los diagnósticos enfermeros y de los problemas de colaboración, estableciendo para cada uno de ellos los objetivos esperados y seleccionando las intervenciones de enfermería más adecuadas para alcanzar dichos objetivos.

Una vez completada la fase de planificación, se procedió a la ejecución del plan de cuidados. En esta etapa, se desarrollaron de forma detallada los objetivos (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC) previamente seleccionados, adaptándolos a las necesidades específicas de la paciente. A continuación, se elaboró una programación estructurada de las actividades e intervenciones, detallando qué acciones se iban a realizar, cómo y en qué momento, a lo largo de los seis meses previstos de seguimiento. Esta planificación permitió organizar el trabajo de forma sistemática y garantizar la continuidad de los cuidados.

Finalmente, se llevó a cabo la evaluación del plan de cuidados, en la que se analizaron los indicadores asociados a los objetivos (NOC), comparando los resultados esperados con los resultados obtenidos. Esta comparación permitió valorar el grado de consecución de los objetivos y la efectividad de las intervenciones aplicadas. Además, se elaboró un plan de continuidad de cuidados, fundamental en el abordaje de pacientes con enfermedades crónicas, dado que estas requieren un seguimiento prolongado en el tiempo para garantizar una atención integral, prevenir complicaciones y mantener la calidad de vida del paciente.

5.1. Introducción a la paciente

En el contexto de la atención integral a la salud, es muy importante entender la dificultad e individualidad de cada paciente, reconociendo tanto sus aspectos médicos como psicosociales. Este plan de cuidados se basa en la atención de CDC, una mujer de 82 años de edad, la cual está sumergida en un entorno familiar sólido y enriquecedor.

La paciente, madre de dos hijas y un hijo, vive con su cónyuge en un entorno rural dentro de la pedanía de la ciudad, formando entre los dos un núcleo familiar firme en su bienestar emocional y social. Tiene todas las vacunas en regla. Padece múltiples patologías entre las que se incluyen hipertensión arterial, dislipemia, hipotiroidismo, artrosis y una oclusión arterial de la visión que ha causado la pérdida de la visión del ojo izquierdo, ella es totalmente independiente y tiene una actitud muy positiva.

Se puede destacar su compromiso con el autocuidado, visto en su hábito de ir a caminar una hora diaria y jugar a las cartas con sus amigas. Actividades que ayudan a mejorar su bienestar físico y mental. Tiene un gran apoyo en su entorno familiar, este está formado por hijos, nietos y cónyuge.

Este plan de cuidados se desarrolla teniendo en cuenta las necesidades de CDC, sus preferencias, intereses y valores personales. Se busca fomentar su autonomía, calidad de vida y su máximo bienestar, siempre teniendo en cuenta el respeto hacia su dignidad, creencias y deseos.

Tiene un tratamiento habitual en el que la mayoría de fármacos son consumidos a diario: Omeprazol 20mg 1cap/24h, Fosavance 70mg/2800UI 1com/7d, Adiro 100mg 1com/24h, Simvastatina 20mg 1com/24h, Enalapril 20mg 1com/24h, Eutirox 50mcg 1com/24h y Brimvera 2mg/ml 2gotas/24h. Además, cuando lo necesita, por cualquier tipo de dolor o el más recurrente que suele ser el dolor debido a la artrosis, usa Paracetamol 1000mg, Pazital 37.5/325mg y Prednisona 5mg.

Las constantes de la paciente son:

Constante	Valor	Unidad
Frecuencia respiratoria	15	respiraciones/minuto
Saturación de oxígeno	98	% (basal)
Frecuencia cardíaca	60	latidos/minuto
Presión arterial	125/67	mmHg
Peso	65	kg
Estatura	1,60	metros
Índice de masa corporal	25,4	kg/m ²
Temperatura corporal	36,2	°C

Tabla 8. Constantes de la paciente. Fuente: elaboración propia.

5.2. Valoración de enfermería

Se ha realizado una valoración enfermera para buscar y analizar los problemas y necesidades de la paciente pluripatológica. Para la realización de la valoración, se ha escogido el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, ya que reúne todas las condiciones indispensables para el desarrollo correcto de una valoración eficiente y útil.

1. NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE.

Tiene una frecuencia respiratoria de 15 respiraciones por minuto y una saturación de oxígeno basal del 98%, se encuentra dentro de los parámetros normales para su edad y condición física. Ninguna dificultad respiratoria y no hay signos de esfuerzo respiratorio. No se observa disnea ni secreciones. No requiere ningún tipo de dispositivo de soporte. Frecuencia cardíaca de 60 pulsaciones por minuto y tensión arterial de 125/67.

2. NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE.

Es autónoma para alimentarse e hidratarse, dieta habitual: basal hiposódica baja en grasas debido a su hipertensión arterial y dislipemia. Tiene prótesis dental removible.

Alimentación e hidratación adecuadas, sabe lo que puede comer y beber, aunque alguna vez no lo cumple como debería. No hay signos de desnutrición ni deshidratación. Tiene un peso de 65kg y una altura de 1.6m. Su IMC es de 25.4, presenta sobrepeso.	
<u>ESCALAS</u>	MNA resultado de 14 (anexo 3).
3. NECESIDAD DE ELIMINAR NORMALMENTE POR TODAS LAS VÍAS.	
Autónoma para la eliminación, alguna vez presenta incontinencia urinaria de esfuerzo por lo que usa compresas como dispositivo de ayuda. No incontinencia fecal ni estreñimiento.	
4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS.	
Autónoma para la movilización, limitación de la movilidad física por dolor e inestabilidad debido a su artrosis, su dispositivo de ayuda es un bastón. El dolor no es frecuente, tiene episodios cada varios meses que duran 2-3 días. Realiza deporte adecuado a su situación, camina casi todos días una hora con su bastón, aunque algún día le cuesta más y no sale.	
<u>ESCALAS</u>	Barthel resultado de 95 (anexo 4) y EVA resultado de 2 estando normal y 8 cuando le dan los episodios de dolor fuerte (anexo 5).
5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR.	
No alteraciones del sueño, ni precisa ayuda para dormir. Sueño reparador, duerme 9 horas nocturnas y 2 horas diurnas.	
6. NECESIDAD DE ESCOGER ROPA ADECUADA, VESTIRSE Y DESVESTIRSE.	
Autónoma para vestirse y desvestirse. Utiliza ropa adecuada a la estación, época y temperatura en cada momento.	
7. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL.	
Temperatura corporal: normal, 36.2 °C.	
8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.	
Autónoma para la higiene, lavado de dientes: correcto, estado de pies y uñas: adecuado. Integridad de piel y mucosas. No presenta edemas.	
<u>ESCALAS</u>	Norton resultado de 19 (anexo 6).
9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS.	
Presenta dolor agudo debido a la artrosis, medidas de control farmacológicas. En cuanto al régimen terapéutico, hay adherencia tanto al tratamiento farmacológico como al no	

farmacológico, no hay automedicación. Hay riesgo de caídas, por ello utiliza bastón y calzado adecuado.	
<u>ESCALAS</u>	Downton resultado de 4 (anexo 7) y Morisky resultado de 4 (anexo 8).
10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS EXPRESANDO EMOCIONES Y NECESIDADES.	
Dificultad para comunicarse debido a un déficit sensorial auditivo, utiliza audífonos con los que escucha perfectamente.	
Déficit sensorial visual, solo ve con un ojo (derecho), usa gafas.	
Vive con su cónyuge en su propia casa, el estado de la vivienda es adecuado. Se siente apoyada, la situación socio familiar es muy buena y pide ayuda cuando la necesita.	
<u>ESCALAS</u>	Zarit resultado de 8 (anexo 9).
11. NECESIDAD DE PRACTICAR SUS CREENCIAS.	
Vive de acuerdo a sus creencias y valores. Muy buena relación con su familia y amigos, para ella es lo más importante de su vida.	
Planes de futuro: vivir la mayor cantidad de años posible, con buena calidad de vida.	
12. NECESIDAD DE TRABAJAR EN ALGO GRATIFICANTE PARA LA PERSONA.	
Dedica su tiempo a las tareas del hogar. Expresa satisfacción por seguir siendo útil para su familia. Refiere sentirse feliz y realizada.	
13. NECESIDAD DE DESARROLLAR ACTIVIDADES LÚDICAS Y RECREATIVAS.	
Buenas relaciones sociales con las que está muy satisfecha. Interés por el ocio, hobbies: ir a caminar y jugar a las cartas con sus amigas.	
14. NECESIDAD DE APRENDER A SATISFACER LA CURIOSIDAD.	
Interés para aprender. Cuando se le explican las necesidades de cuidados puede estar sola. Es conocedora del proceso de la enfermedad, del manejo adecuado de los dispositivos y del manejo adecuado del tratamiento farmacológico y no farmacológico. No hay deterioro cognitivo.	
<u>ESCALAS</u>	MMSE resultado de 25 (anexo 10).

Tabla 9. 14 necesidades según Virginia Henderson. Fuente: elaboración propia.

5.3. Listado de problemas de la paciente

- Dolor agudo debido a la artrosis.
- Riesgo de caídas.
- Hipertensión arterial.
- Dislipemia.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Limitación de la movilidad física.
- Déficit sensorial auditivo.
- Déficit sensorial visual.
- Sobrepeso.

5.4. Diagnósticos de enfermería

Dado el elevado número de diagnósticos, resulta complicado abordar todos en la práctica clínica. Por ello, he decidido priorizar los siguientes, ya que, al desarrollarlos de manera adecuada, se trabajarán indirectamente otros diagnósticos relacionados.

Los diagnósticos que voy a desarrollar son:

- [00017] Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- [00340] Disposición para mejorar el envejecimiento saludable.
- [00357] Riesgo de síndrome de fragilidad en el anciano.

Al abordar el riesgo de síndrome de fragilidad, también estaré trabajando aspectos como el sobrepeso, el deterioro de la movilidad física y el riesgo de caídas. A su vez, al intervenir sobre el riesgo de caídas, se incluirá de forma indirecta la atención al déficit sensorial auditivo y visual.

5.5. Problemas de colaboración/Complicaciones potenciales

- PC: Dolor agudo secundario a artrosis.
- CP: Trombosis secundaria a hipertensión arterial y dislipemia.

5.6. Desarrollo de los diagnósticos de enfermería

NANDA: [00017] Incontinencia urinaria de esfuerzo r/c debilidad del suelo pélvico m/p pérdida de orina al toser y pérdida de orina al estornudar. Definición: Pérdida involuntaria de orina con actividades que aumentan la presión intraabdominal, que no está asociada con la urgencia de eliminar.	
NOC	NIC
[0502] Continencia urinaria. Definición: Control de la eliminación de orina de la vejiga. Indicadores: [050221] Utiliza estrategias de entrenamiento de la vejiga. [050211] Pérdidas de orina al estornudar, reírse o levantar peso.	[0610] Cuidados de la incontinencia urinaria. Definición: Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal. Actividades: • Proporcionar prendas protectoras o compresas, si es necesario. • Instruir sobre cómo realizar los ejercicios de Kegel para fortalecer los músculos del piso pélvico. • Ayudar a seleccionar la prenda o compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo mientras se determina un tratamiento más definitivo.
[1608] Control de síntomas. Definición: Acciones personales para minimizar las manifestaciones físicas y psicológicas adversas percibidas o los signos de enfermedad. Indicadores: [160806] Utiliza medidas preventivas.	

Tabla 10. Diagnóstico de enfermería 1. Fuente: elaboración propia.

NANDA: [00340] Disposición para mejorar el envejecimiento saludable m/p deseo de mejorar la autonomía y deseo de mejorar la calidad de vida.

Definición: Patrón de desarrollo o mantenimiento del bienestar físico, mental, social, espiritual y el funcionamiento asociado al avance de la edad, que puede reforzarse.

NOC	NIC
[2000] Calidad de vida. <u>Definición:</u> Alcance de la percepción positiva de las condiciones actuales de vida. <u>Indicadores:</u> [200001] Estado de salud. [200015] Autonomía.	[5510] Educación para la salud. <u>Definición:</u> Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten los cambios voluntarios de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades. <u>Actividades:</u> • Identificar los factores internos y externos individuales, grupales o comunitarios que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables. • Determinar el conocimiento de salud actual y las conductas del estilo de vida. • Formular objetivos claros y asequibles para el programa de Educación para la salud. • Utilizar estrategias para motivar el cambio de conductas de salud o estilo de vida en la gente.

[1504] Soporte social. <u>Definición:</u> Recibe ayuda fiable de los demás. <u>Indicadores:</u> [150414] Disposición a pedir ayuda a otras personas. [150420] Personas disponibles para ayudarlo.	[7110] Favorecimiento de la implicación familiar. <u>Definición:</u> Facilitación de la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente. <u>Actividades:</u> • Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. • Identificar los déficits de autocuidado del paciente. • Identificar las preferencias de los miembros de la familia para implicarse con el paciente.
---	---

Tabla 11. Diagnóstico de enfermería 2. Fuente: elaboración propia.

NANDA: [00357] Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano r/c deterioro del equilibrio postural y autogestión ineficaz del sobrepeso. <u>Definición:</u> Susceptible de un estado dinámico de desequilibrio que incluye el deterioro de las funciones y reservas en todo el sistema fisiológico.	
NOC	NIC
[1909] Conducta de prevención de caídas. <u>Definición:</u> Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal. <u>Indicadores:</u> [190925] Modifica los riesgos del hogar. [190901] Utiliza correctamente los dispositivos de ayuda.	[6490] Prevención de caídas. <u>Definición:</u> Establecimiento de precauciones en personas con riesgo de caída. <u>Actividades:</u> • Identificar déficits cognitivos o físicos que puedan aumentar el riesgo de caídas. • Identificar las características del ambiente que aumentan las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos, alfombras, escaleras sin barandillas). • Disponer superficies antideslizantes en la bañera, la ducha y el suelo. • Establecer un acuerdo de seguridad frente a las caídas, según proceda. • Animar a utilizar un bastón, un andador o un cinturón de marcha, según corresponda.

[1841] Conocimiento: manejo del peso. <u>Definición:</u> Grado de conocimiento transmitido sobre la promoción y el mantenimiento del peso corporal óptimo y un porcentaje de grasa compatible con la estatura, la complexión, el sexo y la edad. <u>Indicadores:</u> [184102] Índice de masa corporal óptimo. [184105] Relación entre dieta, ejercicio y peso.	[1260] Manejo del peso. <u>Definición:</u> Facilitación del mantenimiento del peso corporal y el porcentaje de grasa corporal óptimos. <u>Actividades:</u> • Comentar la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso. • Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas coherentes con el nivel de gasto energético. • Desarrollar un método para llevar un registro diario de ingesta, sesiones de ejercicio y/o cambios en el peso corporal.
--	--

Tabla 12. Diagnóstico de enfermería 3. Fuente: elaboración propia.

5.7. Desarrollo de los problemas de colaboración

PC: Dolor secundario a artrosis.
NIC: [2210] Administración de analgésicos.
<u>Definición:</u> Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.
<u>Actividades:</u> • Establecer patrones de comunicación efectivos entre el paciente, la familia y los cuidadores para lograr un manejo adecuado del dolor. • Determinar el nivel actual de comodidad y el nivel de comodidad deseado del paciente utilizando una escala de medición del dolor apropiada. • Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. • Comprobar la respuesta previa del paciente a los analgésicos (p. ej., si la medicación no opiácea es tan eficaz como la opiácea). • Asegurarse de que el paciente no tenga riesgos al usar AINE (p. ej., antecedentes de sangrado gastrointestinal o insuficiencia renal). • Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno.
NIC: [1410] Manejo del dolor: agudo.
<u>Definición:</u> Alivio o reducción del dolor a un nivel aceptable para el paciente en el período inmediatamente posterior al daño de los tejidos tras traumatismo, cirugía o lesión.
<u>Actividades:</u> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan. • Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación (p. ej., tos y respiración profunda, deambulación, transferencia a una silla). • Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen. • Evitar el uso de analgésicos que puedan tener efectos adversos en ancianos.

Tabla 13. Problema de colaboración 1. Fuente: elaboración propia.

CP: Trombosis secundaria a hipertensión arterial y dislipemia.

NIC: [4162] Manejo de la hipertensión.

Definición: Prevención y tratamiento de los niveles de presión arterial más altos de lo normal.

Actividades:

- Obtener una historia clínica detallada del paciente para determinar el nivel de riesgo, incluyendo el uso de medicamentos.
- Medir la presión arterial (PA) para determinar la presencia de hipertensión (p. ej., normal, menos de 120/80; elevada, 120 a 129/80 o menos; hipertensión en estadio 1, 130 a 139/80 a 89; hipertensión en estadio 2, igual o mayor de 140/90).
- Instruir en la forma de tener una pauta alimenticia saludable.
- Instruir al paciente para que reconozca y evite situaciones que puedan causar aumento de la PA (p. ej., estrés o interrupción repentina del tratamiento farmacológico).
- Ayudar a los pacientes con hipertensión en estadio 2 y sin afecciones comórbidas (p. ej., insuficiencia cardíaca, diabetes, enfermedad renal) a practicar cambios en el estilo de vida y a utilizar la terapia farmacológica adecuada (p. ej., combinaciones de inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, bloqueadores de los receptores de angiotensina, betabloqueantes, bloqueadores de los canales de calcio).

NIC: [6650] Vigilancia.

Definición: Monitorización, recopilación, interpretación y síntesis intencionada y continuada de información de forma presencial.

Actividades:

- Determinar los riesgos para la salud y las percepciones del estado de salud, incluida la información sobre la conducta y las rutinas normales, según proceda.
- Preguntar por signos, síntomas y problemas recientes.
- Monitorizar el estado actual y compararlo con el estado anterior para detectar mejoras y deterioro del estado (p. ej., patrones de conducta, tendencia hemorrágica, estado neurológico, estado de oxigenación, signos vitales).
- Facilitar la realización y la interpretación de pruebas diagnósticas, incluidos los datos de laboratorio, según proceda.
- Implicar a la persona y a la familia en las actividades de seguimiento, según proceda.

NIC: [2125] Manejo de la hiperlipidemia.

Definición: Prevención y tratamiento de los niveles de colesterol y triglicéridos en sangre más altos de lo normal.

Actividades:

- Obtener una historia clínica detallada del paciente para determinar la presencia de hiperlipidemia o el nivel de riesgo del paciente, incluyendo el uso de medicamentos y los valores analíticos.
- Identificar las posibles causas de la hiperlipidemia (p. ej., dieta rica en grasas saturadas, carnes rojas, alimentos fritos y productos lácteos, y pobre en fibra; fumar; obesidad; estilo de vida sedentario; antecedentes familiares de hipercolesterolemia), incluyendo enfermedades metabólicas y medicamentos que afectan al metabolismo de los lípidos (p. ej., hipotiroidismo, enfermedad hepática o renal, anorexia nerviosa, diabetes no tratada, glucocorticoides, estrógenos).
- Realizar una exploración física completa, incluyendo signos vitales, estatura, peso, índice cintura-cadera (ICC) e índice de masa corporal (IMC).
- Aconsejar a los pacientes de riesgo que practiquen cambios en su estilo de vida para reducir el riesgo de desarrollar hiperlipidemia (p. ej., aumentar el ejercicio, disminuir el peso, modificar la dieta, evitar o dejar de fumar, evitar el consumo excesivo de alcohol).
- Formar sobre el peso adecuado, el control del peso y la relación entre el peso y la hiperlipidemia.

Tabla 14. Problema de colaboración 2. Fuente: elaboración propia.

5.8. Ejecución de los diagnósticos de enfermería

Antes de llevar a cabo la ejecución, se procedió a la valoración inicial de la paciente mediante la toma de constantes vitales y la realización de diversas escalas clínicas con el fin de obtener una visión global de su estado de salud.

Durante los dos primeros meses, la paciente acudía una vez por semana para el control de constantes vitales, la resolución de posibles dudas y la realización de los ejercicios de Kegel. A partir del segundo mes, las visitas se espaciaban, realizándose cada dos o tres semanas. En cada encuentro se continuaba con el seguimiento de las constantes y se ofrecía un espacio de escucha por si la paciente deseaba comentar alguna inquietud. Este enfoque permitió mantener una vigilancia adecuada y continua de su evolución.

Diagnóstico de enfermería	Ejecución de las actividades	
[00017] Incontinencia urinaria de esfuerzo	<u>Primer mes</u>	En la primera reunión se le explicó en qué consistiría la intervención, contextualizándola sobre el uso de compresas y medidas preventivas, animándola a utilizarlas. Se le propuso realizar una vez por semana ejercicios de Kegel para fortalecer el suelo pélvico y se le ofrecieron estrategias para evitar la pérdida de orina. Todo quedó por escrito para facilitar su realización en casa.
	<u>Tercer mes</u>	En las siguientes consultas, se le preguntó por el uso de compresas y se comprobó que las estuviera utilizando. También se valoró si necesitaba seguir haciendo los ejercicios semanalmente en consulta o si ya era capaz de realizarlos por su cuenta. Se le recordó que podía acudir a consulta ante cualquier duda.

	<u>Sexto mes</u>	Por último, se evaluó si las compresas ya formaban parte de su rutina diaria y si los ejercicios de Kegel habían sido efectivos. Aunque la pérdida total de orina no podía evitarse, se valoró si había habido mejoría con las medidas aplicadas.
[00340] Disposición para mejorar el envejecimiento saludable	<u>Primer mes</u>	En la primera entrevista se abordó cómo se sentía a nivel físico y emocional, su percepción sobre su estado de salud, su grado de autonomía y el papel de su familia. A partir de esta información, se dialogó sobre sus objetivos, deseos y límites. Se le ofreció un espacio de confianza para expresar cualquier preocupación.
	<u>Tercer mes</u>	En el siguiente encuentro, se valoraron posibles mejoras y se profundizó en sus inquietudes, especialmente el miedo a la cronificación de sus enfermedades. Expresó su deseo de mantenerse bien y se abordó la relación con su familia, que, aunque implicada, no había tratado estos temas directamente. Se le animó a hablarlo con ellos. También se ofrecieron recomendaciones para mejorar su autonomía, como el uso regular de dispositivos de ayuda (bastón, audífonos, gafas), lo cual aceptó positivamente.
	<u>Sexto mes</u>	En la última reunión, comentó que había hablado con su familia, recibiendo el apoyo de hijos y nietos respecto a su preocupación por una futura dependencia. Refirió que ahora utilizaba siempre los dispositivos de ayuda, se sentía más autónoma, segura y tranquila, con una percepción positiva de su salud.

[00357] Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano	<u>Primer mes</u>	En la primera reunión se abordó el tema de las caídas. Se analizaron los riesgos presentes en su hogar y sus debilidades físicas, comentándole que el uso de dispositivos de ayuda como gafas para mejorar la visión, bastón para caminar y audífonos para la audición, podría reducir el riesgo de caídas. También se le aconsejó evitar situaciones peligrosas, como subirse a superficies inestables o resbaladizas. Como tarea para la siguiente visita, se le pidió que identificara zonas de su casa donde no se sintiera segura para poder buscar soluciones. Respecto a su peso, se realizó un pesaje y se le propuso una pérdida de peso moderada. Se le ofreció educación nutricional utilizando la pirámide alimentaria para explicarle qué alimentos debía priorizar y cuáles evitar. Además, se le presentó el "Plato de Harvard" como herramienta para planificar sus comidas de forma equilibrada. Ambos esquemas se le imprimieron para facilitar su consulta. También se le recomendó caminar diariamente, usando el bastón, y elegir rutas seguras sin riesgo de tropiezos.
	<u>Tercer mes</u>	En la siguiente consulta, trajo una lista de zonas de la casa donde no se sentía del todo segura, como el baño. Se le sugirió instalar barras de apoyo, superficies antideslizantes y una luz en la escalera con poca visibilidad. Ella comentó que hablaría con sus hijos para que le ayudaran con estas adaptaciones.

		En cuanto a la alimentación, expresó dificultad para aplicar el método del Plato de Harvard, por lo que se le facilitaron cinco ejemplos de menús variados, incluyendo alternativas para evitar la monotonía. En esta visita, ya había comenzado a caminar diariamente y había perdido 2 kg.
	<u>Sexto mes</u>	En la revisión posterior, comentó que sus hijos habían hecho las mejoras recomendadas en casa y que ahora se sentía más segura, sin haber sufrido más sustos. Se le recordó la importancia de pedir ayuda a su familia ante cualquier situación que le generara inseguridad. En cuanto a su evolución física, había perdido otro kilo, pero con ganancia de masa muscular, lo que le hacía sentirse más fuerte y vital. Gracias a los menús de ejemplo, había adoptado una rutina alimentaria más saludable, que ya preparaba por sí misma. Además, había reducido significativamente el consumo de alimentos poco saludables. Afirmó que se sentía bien y que pensaba continuar con estos hábitos.

Tabla 15. Ejecución de los diagnósticos de enfermería. Fuente: elaboración propia.

Problema de colaboración	Ejecución de las actividades	
PC: Dolor secundario a artrosis	<u>Primer mes</u>	En la primera visita se abordaría la percepción que tiene del dolor, identificando en qué momentos experimenta mayor intensidad y cuándo se siente mejor. También se revisaría qué analgésicos pautados utiliza en esas situaciones. Se le explicarían algunas técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor, con el objetivo de reducir el uso de analgésicos. A continuación, se le indicaría cómo debe tomar la medicación según la intensidad del dolor, siguiendo la escala analgésica correspondiente. En todo momento se le recordaría que puede acudir a la consulta ante cualquier duda o necesidad.
	<u>Tercer mes</u>	Dos meses después se realizó una nueva visita, en la que la paciente manifestó encontrarse mejor. Sin embargo, comentó que aún no comprendía del todo el funcionamiento de la escala analgésica. Por ello, se le volvió a explicar con detalle y se le proporcionó un esquema visual en papel para que pudiera consultarlo en casa ante cualquier duda. El manejo del dolor había mejorado notablemente, y la paciente ya era capaz de identificarlo con mayor precisión.
	<u>Sexto mes</u>	Finalmente, en la última visita refirió que el esquema le había resultado muy útil. Comentó que ahora era capaz de identificar mejor el tipo de dolor que experimentaba y sabía qué medicación debía tomar en cada caso. Además, se le informó de que,

		en caso de que le modificaran la pauta analgésica o surgiera cualquier duda, podía acudir de nuevo a la consulta para que se le explicara todo otra vez y se reestructurara la escala si fuera necesario.
CP: Trombosis secundaria a hipertensión arterial y dislipemia	<u>Primer mes</u>	En la primera visita se le explicó, de forma sencilla, en qué consisten la HTA y la dislipemia. A continuación, se le informaron algunos signos y síntomas de alarma ante los cuales debería contactar con alguien o acudir al médico. Para facilitar su reconocimiento, se le entregó un documento con dichos síntomas. También se le comentó que pequeños cambios en su estilo de vida podrían tener un impacto positivo en su salud.
	<u>Tercer mes</u>	En la siguiente visita se profundizó en los pequeños cambios en el estilo de vida. Uno fue la reducción del consumo de sal en las comidas, recomendándole utilizar la menor cantidad posible. Además, se le animó a realizar algo de actividad física diaria, como caminar, y se le sugirieron modificaciones sencillas en su alimentación: optar por comidas con menos grasas y aceites, sustituir los fritos por alimentos a la plancha y aumentar el consumo de verduras hervidas, entre otros.
	<u>Sexto mes</u>	A la última visita acudió muy contenta, ya que había implementado pequeños cambios en su alimentación que no le supusieron un gran esfuerzo. Además, había comenzado a caminar con mayor regularidad y ya empezaba a notar algunas mejoras en su estado de salud.

Tabla 16. Ejecución de los problemas de colaboración. Fuente: elaboración propia.

5.9. Evaluación de los diagnósticos de enfermería

NOC	Indicador	Primer mes	Tercer mes	Sexto mes	Esperado
[1608] Control de síntomas	[160806] Utiliza medidas preventivas.	Escala 13 → 3 A veces demostrado.	Escala 13 → 4 Frecuentemente demostrado.	Escala 13 → 5 Siempre demostrado	Escala 13 → 5 Siempre demostrado.
[0502] Continencia urinaria	[050211] Pérdidas de orina al estornudar, reírse o levantar peso.	Escala 19 → 2 Frecuentemente demostrado.	Escala 19 → 3 A veces demostrado.	Escala 19 → 3 A veces demostrado.	Escala 19 → 3 A veces demostrado.
	[050221] Utiliza estrategias de entrenamiento de la vejiga.	Escala 13 → 1 Nunca demostrado	Escala 13 → 2 Raramente demostrado.	Escala 13 → 3 A veces demostrado.	Escala 13 → 4 Frecuentemente demostrado.
[2000] Calidad de vida	[200001] Estado de salud.	Escala 18 → 2 Algo satisfecho.	Escala 18 → 3 Moderadamente satisfecho.	Escala 18 → 4 Moderadamente satisfecho.	Escala 18 → 4 Muy satisfecho.

	[200015] Autonomía.	Escala 18 → 3 Moderadamente satisfecho.	Escala 18 → 3 Moderadamente satisfecho.	Escala 18 → 4 Muy satisfecho	Escala 18 → 5 Completamente satisfecho.
[1504] Soporte social	[150420] Personas disponibles para ayudarle.	Escala 9 → 3 Moderado.	Escala 9 → 4 Sustancial.	Escala 9 → 5 Extenso.	Escala 9 → 5 Extenso.
	[150414] Disposición a pedir ayuda a otras personas.	Escala 9 → 2 Escaso.	Escala 9 → 3 Moderado.	Escala 9 → 4 Sustancial.	Escala 9 → 5 Extenso.
[1909] Conducta de prevención de caídas	[190925] Modifica los riesgos del hogar.	Escala 13 → 2 Raramente demostrado.	Escala 13 → 3 A veces demostrado.	Escala 13 → 4 Frecuentemente demostrado.	Escala 13 → 4 Frecuentemente demostrado.
	[190901] Utiliza correctamente los dispositivos de ayuda.	Escala 13 → 2 Raramente demostrado.	Escala 13 → 3 A veces demostrado.	Escala 13 → 3 A veces demostrado.	Escala 13 → 4 Frecuentemente demostrado.

[1841] Conocimiento: manejo del peso	[184102] Índice de masa corporal óptimo.	Escala 20 → 2 Conocimiento escaso.	Escala 20 → 2 Conocimiento escaso.	Escala 20 → 3 Conocimiento moderado.	Escala 20 → 3 Conocimiento moderado.
	[184105] Relación entre dieta, ejercicio y peso.	Escala 20 → 2 Conocimiento escaso.	Escala 20 → 3 Conocimiento moderado.	Escala 20 → 3 Conocimiento moderado.	Escala 20 → 3 Conocimiento moderado.

Tabla 17. Evaluación de los diagnósticos de enfermería. Fuente: elaboración propia.

La mayoría de los resultados obtenidos han sido acordes a lo esperado. Sin embargo, en algunos aspectos, como en la utilización de estrategias de entrenamiento de la vejiga para la continencia urinaria, no se alcanzaron completamente los objetivos previstos, ya que la paciente presentaba cierta dificultad para realizar los ejercicios. A pesar de ello, logró realizarlos parcialmente, lo que permitió una ligera reducción en la pérdida de orina. Se recomienda continuar con los ejercicios para alcanzar mejores resultados a largo plazo.

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la autonomía, los objetivos marcados inicialmente no se alcanzaron del todo, posiblemente debido a que las expectativas eran demasiado elevadas. No obstante, se evidenció una mejora significativa en su capacidad para realizar las ABVD, así como un aumento progresivo en su confianza.

En lo relativo a la disposición a pedir ayuda a otras personas para el soporte social, se observó una evolución positiva: la paciente ha mejorado notablemente y ahora solicita apoyo en la mayoría de las ocasiones, aunque en algunas situaciones todavía tiende a reservarse. Este aspecto podría seguir reforzándose.

Respecto al uso de dispositivos de ayuda para la prevención de caídas, los resultados fueron algo inferiores a lo esperado, ya que en ocasiones olvida utilizar el audífono, las gafas o el bastón, especialmente cuando tiene prisa. La paciente expresó su intención de mejorar en este sentido, recordando con mayor frecuencia el uso de dichos dispositivos.

En términos generales, los resultados han sido muy satisfactorios. Se han logrado avances importantes en diversos ámbitos y la evolución de la paciente ha sido positiva.

Dado que la paciente presenta múltiples enfermedades crónicas que progresarán con el tiempo y no se han alcanzado todos los objetivos planteados, sería recomendable establecer una continuidad en el plan de cuidados. Para ello, la paciente debería acudir a la consulta de su enfermera de atención primaria cada 2 o 3 meses. Estas revisiones periódicas permitirían reevaluar el cumplimiento de los objetivos no alcanzados, mantener aquellos que se han logrado y detectar posibles nuevas necesidades o complicaciones. El paciente pluripatológico presenta una gran complejidad, y la evolución de sus enfermedades hace necesario un seguimiento constante que favorezca la mejor calidad de vida y el mayor grado de autonomía posible, contribuyendo así a su bienestar y realización personal.

En cuanto a los problemas de colaboración, se ha observado una evolución muy positiva en el manejo del dolor agudo. Se le ofreció educación específica para identificar la intensidad del dolor y seleccionar el fármaco adecuado en cada caso, lo que le ha permitido afrontarlo de manera más eficaz. Además, ha mejorado el control de la hipertensión arterial y la dislipemia gracias a una mayor concienciación sobre los alimentos que le resultan más beneficiosos y aquellos que debería evitar. Todo ello ha sido acompañado por la incorporación de una rutina de ejercicio físico adecuada a su edad y condiciones.

6. CONCLUSIÓN

La realización de este trabajo ha permitido elaborar y aplicar un plan de cuidados de enfermería individualizado dirigido a una paciente anciana que presenta múltiples factores de riesgo que pueden derivar a una situación de dependencia a corto plazo.

Con la intervención enfermera desde un punto de vista integral, holístico e individualizado, centrado en la promoción de la salud, la prevención de complicaciones potenciales y la mejora de la calidad de vida, se ha conseguido mejorar su visión sobre su enfermedad, el saber que su familia está y estará para cualquier cosa, un cambio en el estilo de vida fomentando el ejercicio, un cambio en la forma de comer hacia un hábito más sano y su propio bienestar tanto mental como físico con cambios en la estructura de la casa para su autonomía y el uso de compresas y otros dispositivos para mejorar su calidad de vida. La atención primaria ha sido el contexto idóneo para el desarrollo de este plan ya que ha ofrecido un entorno cercano, accesible y continuado que hacen que la enfermera de atención primaria establezca vínculos terapéuticos de confianza con el paciente y la familia.

La identificación precoz de los factores de riesgo, junto con la disposición activa de la paciente para mejorar su proceso de envejecimiento, ha sido clave para establecer herramientas e intervenciones de enfermería efectivas.

Este trabajo pone de manifiesto la importancia del rol enfermero de AP en el abordaje y acompañamiento integral del proceso del envejecimiento desde una perspectiva biopsicosocial y centrada en la autonomía del paciente.

7. LOGROS Y LIMITACIONES

En cuanto a los logros, se ha logrado establecer una relación terapéutica efectiva con la paciente, fomentando su participación activa en el plan de cuidados. Se han promovido hábitos saludables, con especial énfasis en la alimentación equilibrada y la actividad física adaptada, lo que contribuyó a la mejora del estado general y al control parcial de los factores de riesgo. Se aplicaron intervenciones específicas para la prevención de caídas, aumentando la seguridad en el domicilio y la conciencia del riesgo por parte de la paciente y su entorno. Se impulsó la autonomía personal y se reforzaron las capacidades preservadas, favoreciendo un envejecimiento más activo y saludable.

Por otro lado, las limitaciones han sido el tiempo de seguimiento de la intervención, que ha sido limitado, lo que impidió una evaluación completa de la evolución clínica y funcional de la paciente a largo plazo. Además, la continuidad asistencial puede verse comprometida si no se garantiza una adecuada coordinación entre los distintos profesionales del equipo de atención primaria, especialmente a medida que la paciente envejezca y aumente su grado de dependencia. Otra limitación ha sido el grado de parentesco al ser un familiar cercano, en este caso mi abuela, ya que puede haber influido en la planificación, ejecución o interpretación del este PCI, generando un posible sesgo afectivo. La adherencia a largo plazo de las recomendaciones nutricionales y de ejercicio físico representa un desafío, especialmente por la posible aparición de barreras físicas y motivacionales propias de la edad avanzada y la intervención se vio limitada por el entorno social y familiar, que no siempre pudo ofrecer el apoyo necesario para mantener los cambios propuestos.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Esperanza de vida [Internet]. Instituto Nacional de Estadística (INE); 2024 [citado el 17 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
2. Menos nacimientos [Internet]. Instituto Nacional de Estadística (INE); 2021 [citado el 17 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/prodyser/demografia UE/bloc-2a.html?lang=es>
3. Barrón-Pavón V, González-Stager MA, Rodríguez-Fernández A. [Relationship between body composition and the risk of non-communicable chronic diseases in active older women from Chillán (Chile)]. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2023 [citado el 17 de marzo de 2025]; 22:97. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37387225/>
4. Una población envejecida [Internet]. Instituto Nacional de Estadística (INE); 2021 [citado el 17 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/prodyser/demografia UE/bloc-1c.html?lang=es>
5. Ruiz-Baena JM, Moreno-Juste A, Poblador-Plou B, Castillo-Jimena M, Calderón-Larrañaga A, Lozano-Hernández C et al. Influence of social determinants of health on quality of life in patients with multimorbidity and polypharmacy. PLoS ONE [Internet]. 2024 [citado el 17 de marzo de 2025]; 19 (9). Disponible en: <https://www-embase-com.ar-bvsalud.a17.csinet.es/records?subaction=viewrecord&id=L2034767533>
6. Ruiz-Baena JM, Moreno-Juste A, Poblador-Plou B, Castillo-Jimena M, Calderón-Larrañaga A, Lozano-Hernández C et al. Influence of social determinants of health on quality of life in patients with multimorbidity. MedRxiv [Internet]. 2024 [citado el 17 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www-embase-com.ar-bvsalud.a17.csinet.es/records?subaction=viewrecord&id=L2030219579>
7. Moral-García JE, González-Palomares A, García-Cantó E, Tárrega-López PJ. [Risk of dependence and self-esteem in elderly people according to physical activity and drug consumption]. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2020 [citado el 17 de marzo de 2025]; 27:94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32852480/>

8. Mosquera I, Machón M, Vergara I, Larrañaga I, Martín U. [Social inequalities in health among the elderly population: review of indicators used in Spain]. *Gac Sanit* [Internet]. 2020 [citado el 17 de marzo de 2025]; 34(3):297-304. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30665691/>
9. Pereira Rodrigues L, Toledo de Oliveira Rezende A, Mendes Delpino F, Rodrigues Mendonça C, Noll M, Pereira Nunes B et al. Association between multimorbidity and hospitalization in older adults: systematic review and meta-analysis. *Age ageing* [Internet]. 2022 [citado el 17 de marzo de 2025]; 51(7). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35871422/>
10. Klinedinst TC, Terhorst L, Rodakowski J. Multimorbidity groups based on numbers of chronic conditions are associated with daily activity. *Chronic Illn* [Internet]. 2022 [citado el 17 de marzo de 2025]; 18(3):634-642. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34159840/>
11. Gallucci A, Trimarchi PD, Tuena C, Cavedoni S, Pedroli E, Greco FR et al. Technologies for frailty, comorbidity, and multimorbidity in older adults: a systematic review of research designs. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. 2023 [citado el 17 de marzo de 2025]; 23(1):166. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37434136/>
12. Ministerio de Sanidad [Internet]. [Citado el 16 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/fragilidadCaidas/docs/ActualizacionDoc_FragilidadCaidas_personamayor.pdf
13. Yong Z, Jiuan Chun W, Xiaojuan Z, Xiyu Z, Yahui Z, Wen Z, Yan D. Multimorbidity and polypharmacy in hospitalized older patients: a cross-sectional study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2023 [citado el 17 de marzo de 2025]; 23(1):423. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37434147/>
14. Jungo KT, Streit S, Lauffenburger JC. Utilization and Spending on Potentially Inappropriate Medications by US Older Adults with Multiple Chronic Conditions using Multiple Medications. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2021 [citado el 17 de marzo de 2025]; 93:104326. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33516154/>
15. Boeykens D, Boeckxstaens P, De Sutter A, Lahousse L, Pype P, De Vriendt P et al. Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary

- care: A scoping review and concept analysis. PloS one [Internet]. 2022 [citado el 17 de marzo de 2025]; 17(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35120137/>
16. Hajat C, Siegal Y, Adler-Waxman A. Clustering and Healthcare Costs With Multiple Chronic Conditions in a US Study. Front Public Health [Internet]. 2021 [citado el 17 de marzo de 2025]; 8:607528. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33553094/>
17. Tambo-Lizalde E, Febrel Bordejé M, Urpí-Fernández AM, Abad-Díez JM. [Health care for patients with multimorbidity. The perception of professionals]. Aten primaria [Internet]. 2021 [citado el 17 de marzo de 2025]; 53(1):51-59. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33121824/>
18. Hurst C, Dismore L, Granic A, Noble JM, Hillman SJ, Witham MD et al. The feasibility and acceptability of engaging older adults living with multiple long-term conditions, frailty, and a recent deterioration in health in research: Findings from the Lifestyle in Later Life - Older People's Medicine (LiLL-OPM) study. BMC geriatr [Internet]. 2024 [citado el 17 de marzo de 2025]; 24(1):831. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39402452/>
19. Barrio-Cortes J, Benito-Sánchez B, Villimar-Rodriguez AI, Rujas M, Arroyo-Gallego P, Carlson J et al. Differences in healthcare service utilization in patients with polypharmacy according to their risk level by adjusted morbidity groups: a population-based cross-sectional study. Journal of Pharmaceutical Policy and Practice [Internet]. 2023 [citado el 17 de marzo de 2025]; 16 (1). Disponible en: <https://www-embase-com.ar-bvsalud.a17.csinet.es/records?subaction=viewrecord&rid=1&page=1&id=L2026845306>
20. González-González AI, Brünn R, Nothacker J, Schwarz C, Nury E, Dinh TS et al. Everyday lives of middle-aged persons with multimorbidity: A mixed methods systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2022 [citado el 17 de marzo de 2025]; 19 (1). Disponible en: <https://www-embase-com.ar-bvsalud.a17.csinet.es/records?subaction=viewrecord&rid=4&page=1&id=L2014995456>
21. Bally ELS, Van Grieken A, Ye L, Ferrando M, Fernández-Salido M, Dix R et al. 'Value-based methodology for person-centred, integrated care supported by

- Information and Communication Technologies' (ValueCare) for older people in Europe: study protocol for a pre-post controlled trial. BMC geriatrics [Internet]. 2022 [citado el 17 de marzo de 2025]; 22 (1). Disponible en: <https://www-embase-com.ar-bvsalud.a17.csinet.es/records?subaction=viewrecord&rid=3&page=1&id=L638780246>
22. Wu J, Zhang H, Shao J, Chen D, Xue E, Huang S et al. Healthcare for Older Adults with Multimorbidity: A Scoping Review of Reviews. Clin Interv Aging [Internet]. 2023 [citado el 10 de abril de 2025]; 18:1723-1735. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37868094/>
23. WeAreNutrition. Calculadora riesgo nutricional MNA [Internet]. [citado el 12 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.wearenutrition.es/servicios/calculadoras/mna>
24. SAMIUC. Índice de Barthel [Internet]. [citado el 12 de abril]. Disponible en: <https://www.samiuc.es/indice-de-barthel/>
25. IFSES. Escala EVA, ¿Cómo Interpretar el Dolor del Paciente? [Internet]. [citado el 12 de abril]. Disponible en: <https://ifses.es/escala-eva/>
26. Enfermería Creativa. Escala de Norton [Internet]. [citado el 12 de abril]. Disponible en: <https://enfermeriacreativa.com/escala-de-norton/>
27. Enfermería Creativa. Escala de Downton [Internet]. [citado el 12 de abril]. Disponible en: <https://enfermeriacreativa.com/2019/07/08/escala-de-downton/>
28. G-Educainflamatoria. Enfermedad inflamatoria intestinal Crohn y Colitis ulcerosa. Test de Morisky-Green [Internet]. [citado el 12 de abril]. Disponible en: <https://educainflamatoria.com/quiz/test-de-morisky-green/>
29. Escala de carga del cuidador de Zarit [Internet]. [citado el 12 de abril]. Disponible en: <https://www.hipocampo.org/zarit.asp>
30. MMSE: Mini-Mental State Examination. [Internet]. [citado el 12 de abril]. Disponible en: <https://www.rccc.eu/indicadores/MMSE.html>

9. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento

Yo, con DNI
en calidad de paciente objeto del trabajo de fin de grado de
con DNI
concedo permiso para la realización del mismo.

Así mismo, autor del trabajo, se comprometo a que en toda la extensión del mismo se garantice la confidencialidad del paciente ocultando tanto su rostro en fotografías, como sus datos filiales, de tal manera que si el trabajo es publicado en algún medio de divulgación científica o en la base de datos propia de la universidad nadie podrá identificar al paciente que ha sido objeto de este estudio.

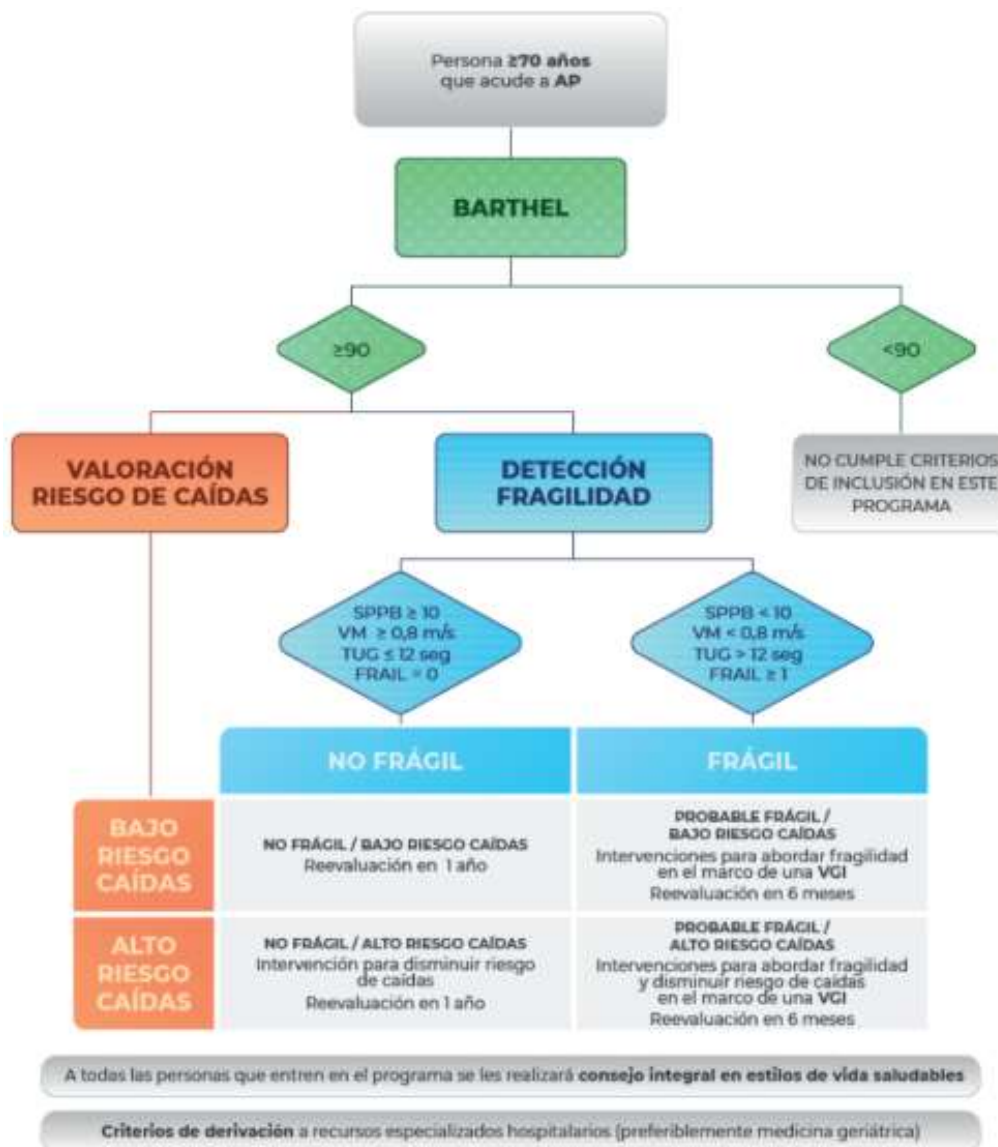
En Teruel a 23 de noviembre de 2024

Firma del paciente:



Fuente: Elaboración propia.

Anexo 2. Algoritmo de la fragilidad



Fuente: (12).

Anexo 3. Escala MNA

La escala Mini Nutritional Assessment (MNA) se utiliza para el cribado nutricional y permite identificar a personas mayores en riesgo de desnutrición. Son 6 preguntas con las que puedes sacar un resultado entre 0-14, siendo que si el resultado se encuentra entre 12-14 el estado nutricional es normal, si se encuentra entre 8-11 hay riesgo de malnutrición y si está entre 0-7 hay malnutrición.

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT

Evaluación del **Estado Nutricional (MNA®)**

Apellidos: Nombre:
Sexo: Edad: Peso, kg: Altura, cm: Fecha:
Complete el cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada una de las preguntas. El total obtenido determinará el estado nutricional del paciente.

CRIBAJE

A ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?

0 = ha comido mucho menos
1 = ha comido menos
2 = ha comido igual

B Pérdida reciente de peso (<3 meses)

0 = pérdida de peso >3 kg
1 = no lo sabe
2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg
3 = no ha habido pérdida de peso

C Movilidad

0 = de la cama al sillón
1 = autonomía en el interior
2 = sale del domicilio

D ¿Ha padecido alguna enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?

0 = sí
2 = no

E Problemas neuropsicológicos

0 = demencia o depresión grave
1 = demencia moderada
2 = sin problemas psicológicos

F1 Índice de masa corporal (IMC = peso/(talla)² en kg/m²)

0 = IMC <19
1 = 19 ≤ IMC <21
2 = 21 ≤ IMC <23
3 = IMC ≥23

SI NO DISPONE DEL IMC, SUSTITUYA LA PREGUNTA F1 POR LA F2.
NO CONTESTE LA PREGUNTA F2 EN EL CASO DE QUE DISPONGA DEL IMC.

F2 Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)

0 = CP <31
3 = CP ≥31

Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)

12-14 puntos: Estado nutricional normal
8-11 puntos: Riesgo de malnutrición
0-7 puntos: Malnutrición

Guardar
Imprimir
Borrar

Fuente: (23).

Anexo 4. Escala de Barthel

La escala de Barthel es una herramienta que mide la capacidad de una persona para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Se utiliza para determinar el grado de independencia de una persona y la necesidad de ayuda. Se obtiene una puntuación entre 0-100 donde según el resultado medirá el nivel de independencia de la persona.

Indice de Barthel

Indice de BARTHEL	
Alimentación	Independiente ▼
Baño	Independiente o puede ducharse ▼
Arreglo personal	Puede lavarse cara, peinarse, limpiarse dientes, afeitarse, etc. ▼
Vestido	Independiente, incluyendo botones, cremalleras, lazadas cordones, etc. ▼
Defecación	Continente ▼
Control vesical	Alguna incontinencia ocasional ▼
Uso del inodoro	Independiente, para sentarse, levantarse, limpiarse, vestirse ▼
Traslados, de la cama a una silla y viceversa	Independiente ▼
Movilidad en superficies planas	Independiente, (aunque precise bastón o muleta) más de 45 metros ▼
Escaleras	Independiente ▼

Calcula Indice de Barthel

Puntuación BARTHEL: 95

Valoración de la dependencia: Dependiente leve

Fuente: (24).

Anexo 5. Escala de EVA

La Escala Visual Analógica (EVA) es una herramienta utilizada para medir la intensidad del dolor. Se pregunta al paciente que describa su dolor en una escala de 0-10 siendo 0 el menor dolor posible y 10 el máximo dolor que puede tener.



Fuente: (25).

Anexo 6. Escala de Norton

La Escala de Norton es un instrumento de valoración utilizado para identificar el riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP). Se basa en la evaluación de cinco factores clave: estado físico, estado mental, actividad, movilidad y continencia. Cada factor se puntúa de 1 a 4, siendo 1 el peor y 4 el mejor. La suma de las puntuaciones de los cinco factores determina el nivel de riesgo de UPP.

	4	3	2	1
Estado Físico General	 BUENO	 MEDIANO	 REGULAR	 MUY MALO
Estado Mental	 ALERTA	 APÁTICO	 CONFUSO	 ESTUPOROSO
Actividad	 AMBULANTE	 CAMINA CON AYUDA	 SENTADO	 ENCAMADO
Movilidad	 COMPLETA	 LIMITADA LIGERAMENTE	 MUY LIMITADA	 INMÓVIL
Incontinencia	 NINGUNA	 OCASIONAL	 URINARIA O FECAL	 URINARIA Y FECAL



20 puntos 14 puntos 5 puntos

RIESGO ALTO DE UPP

Fuente: (26).

Anexo 7. Escala de Downton

La escala de Downton es una herramienta que evalúa el riesgo de caídas en una persona. Se utiliza para identificar a las personas con mayor probabilidad de sufrir caídas y prevenir lesiones. Se responden unas preguntas y si hay 3 o más puntos existe riesgo alto de caídas.



Fuente: (27).

Anexo 8. Morisky

La escala de Morisky de adherencia a la medicación es un cuestionario que mide la conducta de los pacientes al tomar sus medicamentos. Se utiliza para detectar a los pacientes que no cumplen con su tratamiento.

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí	No

Fuente: (28).

Anexo 9. Escala de Zarit

La Escala de Zarit, es un cuestionario de 22 preguntas para evaluar la sobrecarga de los cuidadores informales de personas dependientes. Permite cuantificar el grado de estrés y carga emocional, física y social que el cuidador experimenta al brindar cuidados a otro.

Escala de carga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)		
Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de «no sobrecarga» una puntuación inferior a 46, y de «sobrecarga intensa» una puntuación superior a 56.

Fuente: (29).

Anexo 10. Escala de MMSE

La escala Mini-Mental State Examination (MMSE) es una prueba de cribado que evalúa el estado mental de una persona. Se utiliza para detectar deterioro cognitivo o demencia.

30–27 puntos: Sin deterioro cognitivo.

26–25 puntos: Posible deterioro cognitivo.

24–10 puntos: Deterioro cognitivo leve a moderado.

9–6 puntos: Deterioro cognitivo moderado a severo.

Menos de 6 puntos: Deterioro cognitivo severo.

Mini-Mental State Examination (MMSE)

ORIENTACIÓN

¿En qué número y día de la semana, mes, año y estación estamos?		5
¿Dónde está Ud. ahora? (lugar, hospital, ciudad, provincia, país).		5

REGISTRO

Nombrar tres objetos lentamente. Ej: casa, zapato, papel.		3
---	--	---

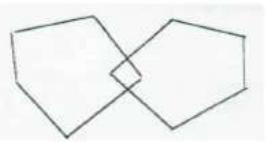
ATENCIÓN Y CALCULO

Múltiplos de siete de atrás hacia delante:	93	86	79	72	65				5
Deletrear de atrás hacia delante la palabra mundo.									

MEMORIA

Repetir los objetos nombrados anteriormente (casa, zapato, papel).		3
--	--	---

LENGUAJE

Mostrar un lápiz y un reloj, preguntar sus respectivos nombres		2
Repetir: tres perros en un trigal		1
Indicar: Tome el papel con su mano derecha, dóblelo a la mitad y póngalo en el suelo.		3
Lea y obedezca lo siguiente: -CIERRE LOS OJOS-		1
Escuba una oración.		1
Copie este dibujo 		1
Puntuación total:		30

Fuente: (30).