



# **Plan de cuidados individualizado a un paciente geriátrico.**

**Trabajo de fin de grado**

**Autora: Alejandra Barrera Morín**

**Tutor: Dr. Domingo Ángel Fernández Gutiérrez**

**Grado en Enfermería**

**Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería.**

**Sede Tenerife**

**Fecha: Junio de 2021**

## **RESUMEN.**

Introducción. El aumento de la esperanza de vida en España ha provocado el envejecimiento poblacional y como consecuencia de este envejecimiento, el incremento de la incidencia de trastornos cognitivos como el deterioro cognitivo. Es por ello, que los centros sociosanitarios y el papel de la enfermera en ellos se ha vuelto más relevante. Realizar planes de cuidados donde se valore al paciente desde un punto de vista biopsicosocial es crucial para mejorar el bienestar y salud de estos.

Objetivo. Proporcionar cuidados desde una visión biopsicosocial a un paciente geriátrico que ingresa en un centro de atención sociosanitaria, a través de la elaboración de un plan de cuidados individualizado, previsto para un periodo de tiempo de tres meses.

Método. Este plan de cuidados se realizó individualmente a una paciente geriátrica, residente de un centro sociosanitario. Para llevarlo a cabo, se ha empleado el método "Proceso Enfermero (PE)". Realizándose de forma ordenada y sistemática en cada una de las cinco fases del proceso. La valoración se realizó mediante el modelo teórico de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon; y en la asignación de los diagnósticos enfermeros, resultados e intervención se empleó las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Resultados. El análisis y seguimiento de los resultados NOC muestran efectos positivos en la consecución de los objetivos, aunque no llegan a los resultados esperados.

Conclusión. Con este plan de cuidados, se ha conseguido mejorar el estado general de la paciente en tres meses, aunque no ha sido suficiente para conseguir los resultados esperados, posiblemente por un periodo insuficiente de aplicación.

## **PALABRAS CLAVES.**

Plan de cuidados.

Fragilidad del anciano.

Centro sociosanitario.

Proceso enfermero.

Deterioro cognitivo.

## **ABSTRACT.**

Introduction. The aging of the Spanish dwellers have been influenced by the augmentation of the prospect of life in Spain. So due to that, it has induced to increasing of cognitive disorders diseases such as Cognitive impairment. For that reason, the management of Health systems and nursing's role have taken a greater role. To Set up to a social care plan whereby the patients have been assessed from an outlook biopsychosocial model to determining to improve welfare and health of them.

Objective. setting up to an individual care plan to provide care from an Outlook biopsychosocial to a patient' geriatric who get into a socio-health care centre, intended for a period of three months.

Method. Care's Plan has been individuality performed to a geriatric' patient who stay a socio-health centre in. To carrying out it has been used "nurse system". This is a system made up by five stages being carried out in an orderly and systematic way in each phase. It's worth mentioning that this process was carried out to by means of Marjory Gordon's 11 functional health patterns and to fulfill to assignment of nursing diagnoses made up by target and intervention was used the taxonomy NANDA, NOC and NIC.

Results. Analysis and monitoring of the targets NOC showing positive outcome to achievements' targets though it has not got to expected results.

Conclusion. With This individual care's plan has got to improve the behaviour, actions, health, etc... within 3 months though it has not enough to get the expected results, likely due to an insufficient period of application.

## **KEYWORDS.**

Care plan.

Fragility of the elderly.

Socio-health center.

Nursing process.

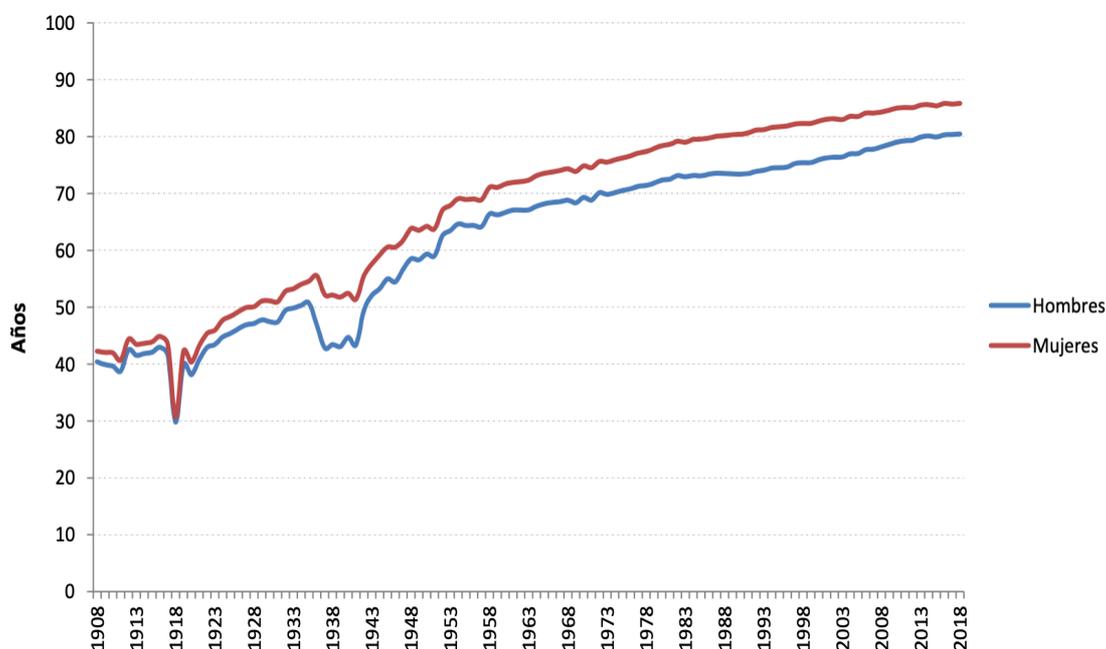
Cognitive impairment.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>3</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>3</b>
3.1. Objetivo general	3
3.2. Objetivos específicos	4
<b>4. METODOLOGÍA</b>	<b>4</b>
<b>5. ANAMNESIS</b>	<b>5</b>
<b>6. DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS</b>	<b>6</b>
6.1. Valoración del paciente	6
6.2. Detección del problema	10
6.3. Planificación del plan de cuidados	11
<b>7. RESULTADOS</b>	<b>20</b>
<b>8. CONCLUSIÓN</b>	<b>24</b>
<b>- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>25</b>
<b>- ANEXOS</b>	<b>28</b>
- Anexo I. Escala de Braden	28
- Anexo II. Escala de Barthel	29
- Anexo III. Escala de Downton	31
- Anexo VI. Escala de Deterioro Global (GDS)	32
- Anexo V. Escala de Paint Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)	33

## 1. INTRODUCCIÓN.

Según el Informe “Un perfil en las personas mayores en España 2020” (*Envejecimiento en red, Consejo Superior de Investigaciones Científicas*), la esperanza de vida de la población española ha aumentado significativamente respecto a los años 80. De hecho, es uno de los países más envejecidos dentro de la Unión Europea, después de Francia. Este incremento se debe en parte, a la mejora de las condiciones sociales y económicas, al avance de la sanidad y sus condiciones, a la disminución de la mortalidad infantil y a la mejora de los estilos de vida. La esperanza de vida media en mujeres se sitúa en 85,9 años frente a los hombres con 80,5 años en el año 2018 <sup>1</sup> (Imagen 1).



**Imagen 1.** Gráfica donde se muestra el aumento de la esperanza de vida en España desde el año 1908 hasta el 2018 diferenciados por el sexo. Extraída de: Pérez Díaz, J. ; Abellán García, A. ; Aceituno Nieto, P.; Ramiro Fariñas D. (2020). “Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red, 2020, nº 25, 39 p. Disponible en:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>>

Esta situación crea una problemática social, puesto que propicia el aumento de la incidencia de personas mayores con algún grado de dependencia, no permitiéndole realizar las actividades básicas de la vida diaria de forma autónoma; además de aumentar la incidencia de enfermedades que se asocian a la edad como el deterioro cognitivo <sup>2, 3</sup>.

Estableciendo la necesidad de prestar cuidados específicos para la persona, es en este momento, cuando la figura de los centros sociosanitarios toma un papel primordial <sup>4</sup>. En estos centros, se presta una atención personalizada y con una visión holística del individuo, donde intervienen muchos profesionales, entre ellos, la enfermera <sup>5,6</sup>. La figura de esta profesión es esencial para el cuidado, asistencia y bienestar del paciente geriátrico, pues son los encargados de valorar de forma continua y sistemática el estado general del paciente, bajo unos criterios con una visión biopsicosocial. En muchas ocasiones, el perfil de paciente con mayor prevalencia en estos centros es aquel con algún tipo de deterioro cognitivo, con dependencia severa y grave; y con criterios propios del anciano frágil (edad igual o superior a 80 años, caídas reciente, padecer enfermedad crónica incapacitante, polimedicado, problemas de índole económica y social, no tiene apoyo, etc.) <sup>7</sup>. A estos pacientes, se les ofrece unos cuidados de larga duración, lo cuales deben ser supervisados y revisados de forma continua, valorando los cambios que surjan a nivel biopsicosocial.

Este seguimiento es realizado a través de una herramienta llamada “Proceso Enfermero (PE)” o “Proceso de Atención de Enfermería (PAE)”, la cual permite prestar unos cuidados centrados en la persona, mediante un método ordenado, sistemático y dividido en cinco fases bien diferenciadas (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) <sup>8</sup>. Además, los enfermeros suelen emplear una serie de conceptos relacionados con los diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras con el fin de mantener un lenguaje universal entre profesionales, las llamadas taxonomías NANDA, NOC y NIC <sup>9</sup>. Cabe mencionar que, para detectar los problemas del paciente y obtener un juicio clínico, se debe realizar una valoración integral, es decir se evalúen los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Para ello, se puede emplear el modelo teórico de los “patrones funcionales” de Marjory Gordon. Este consiste en el análisis de 11 patrones funcionales con la que se obtiene información de gran importancia acerca del estado de salud del paciente. Según Marjory Gordon, los patrones funciones se definen como el conjunto de comportamientos (común en todas las personas) que ayudan a mejorar el estado de salud y calidad de vida del individuo, a lo largo del tiempo y de forma secuencial, permitiendo valorar independientemente cada aspecto del individuo. Todo esto se emplea en un plan de cuidados personalizado y relacionado con el estado y salud del individuo, permitiendo un seguimiento adecuado y la obtención de un juicio diagnóstico correcto del paciente <sup>10, 11</sup>.

A continuación, se va a exponer un plan de cuidados de una paciente geriátrica con criterios de fragilidad en el anciano y un deterioro cognitivo de progresión avanzada, donde se hará una valoración inicial empleando el modelo teórico de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, el “Proceso Enfermero” y las taxonomías NANDA, NOC y NIC. También

se mostrará los resultados de la valoración de los resultados NOC tras la ejecución de las intervenciones previamente planificadas, en un periodo de tres meses.

## **2. JUSTIFICACIÓN.**

La población española está sufriendo el envejecimiento progresivo de la población, de hecho, el Instituto Nacional de Estadística (INE), prevé que, en el año 2050, la población con una edad superior a los 65 años represente el 31,4 % de la población total, además señalan que las personas mayores de 80 años supondrán el 11,6 % de la población <sup>12</sup>. Unos datos preocupantes, y que hace de esta situación un problema social a nivel internacional, teniendo que actuar de forma previsora mediante el estudio de políticas, protocolos y actuaciones centrados en el cuidado del paciente geriátrico.

En efecto, la Organización Mundial de la Salud ha establecido una serie de objetivos y metas que responde a la situación actual de la sociedad, los llamados “*Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS)*”, aprobados en la “*Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible*” (2015). Estos constituyen un total de 17 objetivos, los cuales contribuyen a mejorar la calidad y el estilo de vida de las personas a nivel mundial <sup>13</sup>. Con este trabajo o desarrollo de este plan de cuidados, se contribuye con unos de los objetivos de la OMS, el “*Objetivo 3 - Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*”, ya que se pretende mejorar el estado de salud en todos los niveles del individuo, mejorando así el bienestar y la calidad de vida <sup>14</sup>.

Por lo tanto, este trabajo contribuye al estudio e investigación acerca de los cuidados necesarios que se deben prestar al adulto mayor, más concretamente al anciano frágil con deterioro cognitivo. Además de apoyar los retos internacionales como los “*Objetivos de Desarrollo Sostenible*”.

## **3. OBJETIVOS.**

### **3.1. Objetivo general.**

- Proporcionar cuidados desde una visión biopsicosocial a un paciente geriátrico que ingresa a un centro de atención sociosanitaria, a través de la elaboración de plan de cuidados individualizado, previsto para un periodo de tiempo de tres meses.

### **3.2. Objetivos específicos.**

- Identificar los problemas que presenta en el momento del ingreso, mediante la valoración de los 11 patrones del Modelo de Marjory Gordon.
- Establecer los diagnósticos enfermeros.
- Establecer resultados e intervenciones en relación con las necesidades que del paciente.

## **4. METODOLOGÍA.**

Este plan de cuidados se ha desarrollado en base a una herramienta esencial para brindar de forma adecuada e integral los cuidados propios de enfermería, es decir, el “Proceso Enfermero” o también denominado “Plan de Atención de Enfermería”. Este consta de cinco fases que se centran exclusivamente en el paciente y permite al profesional de enfermería mantener un pensamiento crítico a lo largo del proceso, estas son: valorar, diagnosticar, planificar, implementar y evaluar <sup>4</sup>.

En la primera fase o fase de valoración se obtuvo información de la propia paciente, mediante la entrevista clínica, además de la exploración física inicial. Ambos métodos se emplearon de forma ordenada y sistemática con el fin de conocer el estado de salud que presenta la paciente en el momento del ingreso. Todo ello, mediante el modelo teórico de valoración de los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

Tras esta valoración inicial, se procedió a identificar los problemas que presentaba la paciente, y por consiguiente los patrones disfuncionales. Esto nos permitió asignar unos diagnósticos enfermeros específicos para el estado de salud de la paciente, elaborando así, unos resultados esperados e intervenciones relacionadas con el diagnóstico enfermero y médico. Estos fueron elaborados en base a las taxonomías NANDA, NIC y NOC, ya que facilita la continuidad de aplicación entre los profesionales de enfermería (emplea un mismo lenguaje y criterios estandarizados) <sup>5</sup>. Tras el diagnóstico y planificación, se procedió a ejecutar o implementar las acciones previamente organizadas, en un periodo de tiempo de tres meses. Finalmente, se examinó la relación entre los resultados esperados y los obtenidos mediante una escala tipo *Likert*.

Cabe mencionar que el desarrollo de este plan de cuidados se ha completado con la búsqueda bibliográfica de artículos de carácter científicos y herramientas online relacionados con el “Proceso Enfermero” y las taxonomías NANDA, NIC y NOC. Todo ello, mediante las siguientes bases de datos: *Scielo*, *Medline* y *NNNConsult* (encontradas en el portal de búsqueda bibliográfica de la Universidad de La Laguna, *Punto Q*). Y toda la información referente a la planificación del plan de cuidados, diagnósticos de enfermería, resultados, intervenciones y actividades se ha realizado en base a la herramienta online *NNNConsult*.

En relación con los criterios de inclusión o selección del paciente fueron: persona mayor de 65 años, sea considerado como anciano frágil (por tener criterios para el diagnóstico del “Síndrome de Fragilidad en el Anciano”) y tenga diagnosticado deterioro cognitivo en etapa avanzada.

## **5. ANAMNESIS.**

Paciente mujer de 97 años ingresa en un centro de atención sociosanitaria para larga estancia o estancia permanente. En relación con los antecedentes médicos personales podemos destacar: presenta alergia medicamentosa al ácido acetilsalicílico (A.A.S.), deterioro cognitivo severo, asma bronquial, hipertensión arterial (HTA), dislipemia, colecistectomía, histerectomía, cataratas bilateral y prótesis de rodilla bilateral.

En el momento del ingreso, la paciente se encuentra consciente, desorientada en espacio – tiempo y colaboradora. Al comenzar la entrevista clínica, me percató que no es capaz de emitir una frase coherente, pudiendo verbalizar palabras sueltas casi inentendibles. Por este motivo, se realiza la entrevista a su hija (único apoyo familiar). Con la información dada por su familiar y la extraída de los informes de continuidad de cuidados y resto de documentos de la historia clínica, pude completar la valoración por patrones funcionales.

En relación con la exploración física, la paciente presenta una complexión delgada con una evidente disminución de la masa muscular, no se observan alteraciones en la piel ni en las mucosas ni lesiones cutáneas (piel normohidratada). Carece de dentadura propia, no es portadora de prótesis dental y presenta problemas en la deglución (disfagia).

Hemodinámicamente y respiratoriamente estable con las siguientes constantes vitales:

- Tensión arterial: 125/ 69 mmHg. .

- Pulso: 78 pulsaciones por minuto.
- Temperatura: 36,4 C°.
- Saturación de oxígeno: 97 %.
- Frecuencia respiratoria: 15 respiraciones por minuto (eupneica).

El tratamiento farmacológico de la paciente es el siguiente:

- Paracetamol 1 gramo en comprimido: 1 - 0- 0 (vía oral).
- Acetil cisteína 200 mgr. en comprimido: 1- 1- 1 (vía oral).
- Betahístina 8 mgr. en comprimido: 1- 1- 1 (vía oral).
- Quetiapina 25 mgr.: 1 -1- 2 (+ 1 si precisa) (vía oral).
- Torasemida 5 mgr. en comprimido: 1- 0- 0 (vía oral).
- Nexium mups 40 mgr. en comprimido: 1- 0- 0 (vía oral).
- Trazodona 100 mgr. en comprimido: 0- 0- 1 (vía oral).
- Valium 10 mgr. en ampolla: 1 si precisa por agitación (vía intramuscular).
- Budesonida 200 mcgr. en pulverizador (puff.): 0- 2- 0 (+ 2 si precisa) (vía inhalatoria).

## **6. DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS.**

### **6.1. Valoración del paciente.**

#### **Patrón 1: Percepción – manejo de la salud.**

La paciente presenta como diagnóstico médico principal el deterioro cognitivo severo, además de otros antecedentes médicos de interés como el asma bronquial, dislipemia, hipertensión arterial (HTA), histerectomía, colecistectomía, prótesis de rodilla y cataratas bilaterales. Debido a su estado cognitivo, la paciente no tiene una percepción adecuada acerca de su estado de salud, quien además necesita de ayuda para cumplir con el plan terapéutico pautado.

Otros datos de relevancia son: presenta alergia medicamentosa al ácido acetilsalicílico, no teniendo ninguna alergia alimenticia; se encuentra correctamente vacunada y no presenta hábitos tóxicos.

#### **Patrón 2: Nutricional – metabólico.**

La vía de ingesta o alimentación es la oral, aunque presenta problemas en el momento de la deglución (disfagia), concretamente para los líquidos (se realiza el “Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad”), donde se observan alteraciones de seguridad como tos y cambios el nivel del tono de voz. Por otro lado, carece de piezas dentales, lo cual genera problemas en la masticación. Por ello, el tipo de dieta habitual es la molida fina. He de destacar que presenta una buena higiene bucal; piel y mucosas normohidratadas, estado de uñas y cabello normal; y no presenta ningún tipo de lesión cutánea, incluida las úlceras por presión. Sin embargo, presenta un riesgo alto de sufrirlas (“Escala de Braden” <sup>(Anexo I)</sup> con un resultado cuantitativo de 12). No presenta signos de náuseas ni vómitos.

La paciente presenta una temperatura corporal de 36,4 C° (afebril), un peso de 57 kilogramos, una talla de 1,59 metros y un índice de masa corporal (IMC) de 22,5 (normopeso).

### **Patrón 3: Eliminación.**

La paciente presenta deposiciones con una frecuencia y apariencia normal, no es necesario el uso de laxantes ni presenta dolor en el momento de defecar. No es portadora de ostomías ni presencia de sangre en heces. Sin embargo, presenta incontinencia intestinal.

En relación con la excreción urinaria, presenta incontinencia, no es portadora de urostomía ni sondas vesicales. La frecuencia y aspecto de la diuresis es normal. Cabe destacar que la sudoración es normal.

### **Patrón 4: Actividad – ejercicio.**

La paciente no presenta amputaciones en ninguna extremidad, no padece de paresias o plejias, portadora de prótesis de rodilla bilateral, presenta movilidad muy limitada.

La frecuencia respiratoria es normal y con una saturación de oxígeno al 97 %, lo cual, no genera la necesidad de oxigenoterapia.

En relación con la independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), la paciente es dependiente en el uso del retrete, el baño, para vestirse, la movilidad y la continencia; aunque independiente en el momento de comer, ya que es capaz de llevarse los alimentos (molidos) a la boca. (Escala de Barthel” <sup>(Anexo II)</sup>: 10 puntos, grado de dependencia total). Además, presenta un riesgo alto de caídas (“Escala de Downton” <sup>(Anexo III)</sup>: 4 puntos).

**Patrón 5: Sueño – descanso.**

La paciente presenta problemas en el momento de conciliar el sueño con un patrón medio de 5 a 6 horas diarias. Por ello, requiere de ayuda farmacológica para dormir.

**Patrón 6: Cognitivo - perceptivo.**

No refiere dolor (“Escala de Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)” (Anexo V): 0, nada de dolor), presenta problemas en la visión (cataratas bilaterales), pero no en la audición. No tiene alteraciones del gusto y olfato. Aunque su nivel de orientación (en persona, espacio y tiempo), la memoria y la comunicación se encuentran alterados, presentando un nivel de deterioro cognitivo avanzado (“Escala de deterioro Global (GDS)” (Anexo IV): 12 puntos, deterioro cognitivo grave). Su nivel de conciencia es normal y no presenta alucinaciones ni delirios.

**Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto.**

Debido al deterioro cognitivo, la paciente presenta un nivel de percepción de su propia imagen corporal y autoconcepto, confuso.

**Patrón 8: Rol – relaciones.**

Presenta buen apoyo familiar por parte de su hija. No presenta conflicto en las relaciones familiares y debido a la complejidad de los cuidados se decidió institucionalizarla.

**Patrón 9: Sexualidad – reproducción.**

No influencia de su enfermedad en las relaciones sexuales, es decir no hay interferencia a nivel emocional.

**Patrón 10: Adaptación – tolerancia al estrés.**

Carece de preocupaciones frente a la enfermedad y no tiene control de la situación debido a su estado cognitivo.

**Patrón 11: Valores – creencias.**

No interferencia ente las creencias religiosas o culturales con el proceso de la enfermedad.

En la tabla 1, se puede observar el estado de cada patrón, es decir, si es funcional o disfuncional (de riesgo o alterado) tras la valoración del paciente.

<b>FUNCIONAL</b>	<b>DISFUNCIONAL RIESGO</b>	<b>DISFUNCIONAL ALTERADO</b>
Patrón 8: Rol – relaciones.	Patrón 5: Sueño – descanso	Patrón 1: Percepción- manejo de la Salud
Patrón 9: Sexualidad - reproducción.		Patrón 2: Nutricional- metabólico
Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés.		Patrón 3: Eliminación.
Patrón 11: Valores - creencias.		Patrón 4: Actividad - ejercicio.
		Patrón 6: Cognitivo - perceptivo.
		Patrón 7: Autopercepción - autoconcepto.

**Tabla 1.** Relación de los 11 patrones del Modelo Teórico de Marjory Gordon y su estado, tras la valoración integral de la paciente. *Fuente: Elaboración propia*

## 6.2. Detección del problema.

Tras realizar la valoración sistemática de la paciente, se determinaron los patrones funcionales que se encontraban alterados, siendo estos: el patrón 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7. Sin embargo, los más relevantes y prioritarios para mantener el bienestar, seguridad y salud de la paciente son: el patrón 2: nutricional- metabólico, el patrón 4: actividad- ejercicio, el patrón 5: sueño-descanso y el patrón 6: cognitivo-perceptivo. A continuación, se va a mostrar una tabla donde se relacionan los problemas detectados y los diagnósticos de enfermería NANDA asignados:

PROBLEMA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA
Problema en la deglución (disfagia).	(00103) Deterioro de la deglución r/c déficit neurológico m/p disfagia
Alto riesgo de caída.	(00155) Riesgo de caídas r/c debilidad muscular
Alto riesgo de sufrir úlceras por presión	(00249) Riesgo de úlceras por presión r/c encamamiento prolongado
Dependiente para realizar las actividades básicas de la vida diaria	(00257) Síndrome de fragilidad en el anciano r/c deterioro de la movilidad física m/p déficit en el autocuidado
Nivel de deterioro cognitivo grave	(00129) Confusión crónica r/c déficit neurológico m/p alteración de las funciones cognitivas

**Tabla 2.** Asignación de los diagnósticos de enfermería basados en la taxonomía NANDA a los problemas que presenta la paciente. *Fuente: elaboración propia.*

### 6.3. Planificación del plan de cuidados.

A continuación, se va a especificar la fase de planificación de este plan de cuidados, señalando los diagnósticos de enfermería (NANDA), los resultados (NOC) y las intervenciones (NIC).

**Diagnóstico de enfermería (NANDA): (00103) Deterioro de la deglución r/c déficit neurológico m/p disfagia.**

Características o factores definitorios:

- Masticación insuficiente.
- Tos previa a la deglución.
- Los alimentos se caen de la boca.
- Duración prolongada de la formación del bolo.
- Ineficacia de la acción de la lengua para formar el bolo.

**Criterio de resultado (NOC): (1010) Estado de la deglución.**

Objetivo: paso seguro de los alimentos por las diferentes estructuras que intervienen en la deglución. Los siguientes indicadores se evaluarán cada 24 horas:

INDICADORES	RESULTADOS INICIALES	RESULTADOS ESPERADOS
(101001) Mantiene la comida en la boca. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar	2 (sustancialmente comprometido)	5 (no comprometido)
(101004) Capacidad de masticación. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar.	2 (sustancialmente comprometido)	5 (no comprometido)
(101020) Tos. Escala 14. Grado de un estado o respuesta negativo o adverso.	2 (sustancial)	5 (ninguno)

- **Escala 01:** 1. Gravemente comprometido, 2. Sustancialmente comprometido, 3. Moderadamente comprometido, 4. Levemente comprometido, 5. No comprometido.
- **Escala 14:** 1. Grave, 2. Sustancial, 3. Moderado, 4. Leve, 5. Ninguno

**Intervención (NIC): (1803) Ayuda con el autocuidado: alimentación.**

Actividades:

- Identificar la dieta prescrita.
- Examinar la capacidad de deglutir de la paciente.
- Asegurar una posición correcta de la paciente para facilitar el proceso de masticación y deglución.
- Proteger con un babero.
- Ofrecer ayuda física, si es necesario.
- Controlar el estado de hidratación de la paciente.

**Intervención (NIC): (3200) Precauciones para evitar la aspiración.**

Actividades:

- Mantener la cabecera de la cama elevada de 30 a 45 minutos después de la alimentación.
- Colocación erguida a más de 30° a 90°, o lo más incorporado posible.
- Proporcionar la alimentación en pequeñas cantidades.
- Supervisar la comida o ayudar.
- Evitar líquidos o utilizar agentes espesantes.
- Romper o desmenuzar las pastillas antes de su administración.
- Inspeccionar la cavidad oral en busca de alimentos o fármacos retenidos.

**Diagnóstico de enfermería (NANDA): (00155) Riesgo de caídas r/c debilidad muscular.**

Características o factores definitorios:

- Deterioro de la movilidad.
- Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.
- Incontinencia.
- Alteración del funcionamiento cognitivo.

**Criterio de resultado (NOC): (1934) Entorno seguro de asistencia sanitaria.**

Objetivo: aplicar medidas físicas para reducir o eliminar los factores de riesgo que puedan producir la caída del paciente. Los siguientes indicadores se evaluarán cada 24 horas:

INDICADORES	RESULTADOS INICIALES	RESULTADOS ESPERADOS
(193405) Cama en posición baja. Escala 06. Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.	5 (Completamente adecuado)	5 (Completamente adecuado)
(193406) Disposición de los muebles para reducir riesgos según las necesidades del paciente. Escala 06. Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.	5 (Completamente adecuado)	5 (Completamente adecuado)
(193427) Evaluación del uso de restricciones físicas y política de revaloración. Escala 06. Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.	5 (Completamente adecuado)	5 (Completamente adecuado)

- **Escala 06:** 1. Inadecuado, 2. Ligeramente adecuado, 3. Moderadamente, 4. Sustancialmente adecuado, 5. Completamente adecuado.

En la actualidad no existen intervenciones NIC asociadas a este resultado NOC. sin embargo, algunas de las actividades que se pueden realizar son:

- Colocar el mobiliario sanitario, de tal forma que reduzca el riesgo de que el paciente sufra una caída.
- Posicionar la cama hospitalaria en lo más cerca posible del suelo.
- Analizar el uso de las restricciones físicas y las políticas de revaloración.

**Diagnóstico de enfermería (NANDA): (00249) Riesgo de úlceras por presión r/c encamamiento prolongado.**

Características o factores de riesgo definitorios:

- Disminución de la movilidad.
- Presión sobre prominencia ósea.
- Inmovilización física.
- Déficit de autocuidados.

**Criterio de resultado (NOC): (1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.**

Objetivo: mantener intacta la integridad de la piel y mucosas. Los siguientes indicadores se evaluarán cada 24 horas:

INDICADORES	RESULTADOS INICIALES	RESULTADOS ESPERADOS
(110101) Temperatura de la piel. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar.	5 (no comprometido)	5 (no comprometido)
(110104) Hidratación. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar.	5 (no comprometido)	5 (no comprometido)
(110113) Integridad de la piel. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar.	5 (no comprometido)	5 (no comprometido)

- **Escala 01:** 1. Gravemente comprometido, 2. Sustancialmente comprometido, 3. Moderadamente comprometido, 4. Levemente comprometido, 5. No comprometido.

### **Intervención (NIC): (3590) Vigilancia de la piel.**

#### Actividades:

- Instaurar las siguientes medidas con el fin de evitar un mayor deterioro: uso de colchón antiescaras y planificación de los horarios de los cambios posturales (cada 2 horas).
- Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.
- Vigilar el color y la temperatura de la piel.
- Utilizar la “escala de Braden” como herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel.
- Observar si hay zonas de presión y fricción
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas.
- Documentar los cambios en la piel y las mucosas.

### **Intervención (NIC): (0840) Cambio de posición.**

#### Actividades:

- Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.
- Animar al paciente a participar en los cambios de posición.
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
- Colocar en posición de alineación corporal correcta.
- Desarrollar un protocolo para el cambio de posición.

### **Intervención (NIC): (3540) Prevención de úlceras por presión.**

#### Actividades:

- Utilizar la “escala de Braden” como herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo.
- Documentar el peso y los cambios de peso.
- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.

- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
- Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad.
- Poner el programa de cambios posturales al lado de la cama.
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.
- Utilizar camas y colchones especiales.

**Diagnóstico de enfermería (NANDA): (00257) Síndrome de fragilidad en el anciano r/c deterioro de la movilidad física m/p déficit en el autocuidado.**

Características definitorias:

- Déficit de autocuidado en el vestido (00109).
- Déficit de autocuidado en el uso del inodoro (00110).
- Déficit de autocuidado en el baño (00108).
- Deterioro de la memoria (00131).

Factores relacionados:

- Edad > 70 años.
- Género femenino.
- Sarcopenia.
- Hospitalización prolongada.
- Disminución de la fuerza muscular.

**Criterio de resultado (NOC): (2006) Estado de salud personal.**

Objetivo: mejorar, dentro de las limitaciones de la enfermedad, las capacidades biopsicosociales de la paciente. Los indicadores “(200602) Nivel de movilidad” y “(200605) Ejecución de actividades de la vida diaria” se evaluarán cada 48 horas y el indicador “(200604) Nivel de confort” cada 24 horas.

INDICADORES	RESULTADOS INICIALES	RESULTADOS ESPERADOS
(200602) Nivel de movilidad. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar.	2 (sustancialmente comprometido)	4 (levemente comprometido)
(200604) Nivel de confort. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar.	4 (levemente comprometido)	5 (no comprometido)
(200605) Ejecución de actividades de la vida diaria. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar.	1 (gravemente comprometido)	3 (moderadamente comprometido)

- **Escala 01:** 1. Gravemente comprometido, 2. Sustancialmente comprometido, 3. Moderadamente comprometido, 4. Levemente comprometido, 5. No comprometido.

#### **Intervención (NIC): (6650) Vigilancia.**

##### Actividades:

- Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales
- Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda.
- Determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata como la alteración del nivel de la consciencia, tensión arterial muy elevada o alteraciones del comportamiento.
- Establecer la frecuencia de recogida e interpretación de los datos (cada 24 horas).
- Comprobar el estado neurológico.
- Controlar el estado emocional.
- Monitorizar la capacidad cognitiva.
- Vigilar los patrones conductuales.
- Controlar el estado nutricional.

#### **Intervención (NIC): (2620) Monitorización neurológica.**

##### Actividades:

- Comprobar el nivel de orientación.
- Vigilar las características del habla.
- Observar la respuesta a los medicamentos.
- Monitorizar los signos vitales, es decir la temperatura, presión arterial, pulso y respiraciones.
- Comprobar el estado respiratorio, es decir emplear la pulsioximetría; y observar la profundidad, patrón y frecuencia respiratoria
- Analizar la memoria reciente, nivel de atención, memoria pasada, estado de ánimo, afecto y conductas.

**Diagnóstico de enfermería (NANDA): (00129) Confusión crónica r/c déficit neurológico m/p alteración de las funciones cognitivas.**

Características o factores definitorios:

- Aparición de deterioro cognitivo insidioso e irreversible.
- Alteración de la conducta.
- Alteración de como mínimo una función cognitiva además de la memoria.
- Demencia.
- Alteración del funcionamiento social.

**Criterio de resultado (NOC): (0900) Cognición.**

Objetivo: conseguir la capacidad para ejecutar procesos mentales con cierta complejidad.

Los siguientes indicadores se evaluarán cada 72 horas:

INDICADORES	RESULTADOS INICIALES	RESULTADOS ESPERADOS
(90003) Atiende. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar	3 (moderadamente comprometido)	5 (no comprometido)
(90004) Se concentra. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar	2 (sustancialmente comprometido)	5 (no comprometido)

(90005) Está orientado. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar	1 (gravemente comprometido)	5 (no comprometido)
---	--------------------------------	---------------------

- **Escala 01:** 1. Gravemente comprometido, 2. Sustancialmente comprometido, 3. Moderadamente comprometido, 4. Levemente comprometido, 5. No comprometido.

### **Intervención (NIC): (4720) Estimulación cognitiva.**

#### Actividades:

- Emplear la televisión y la música como terapia cognitiva con el fin de establecer estímulos planificados.
- Proporcionar una estimulación sensorial planificada.
- Fomentar el uso de un programa de multiestimulación como escuchar música, realizar ejercicio físico (dentro de los límites de la paciente) y mantener interacciones sociales para estimular y proteger la capacidad cognitiva.
- Hablar con el paciente.
- Situar con respecto al tiempo, lugar y persona.

### **Intervención (NIC): (6460) Manejo de la demencia.**

#### Actividades:

- Incluir a los familiares en la planificación, provisión y evaluación de cuidados, en el grado deseado.
- Determinar el historial físico, social y psicológico del paciente, hábitos corrientes y rutinas.
- Observar el funcionamiento cognitivo con una herramienta de evaluación normalizada.
- Identificar y retirar los peligros potenciales del entorno del paciente.
- Monitorizar la alimentación y el peso.
- Observar cuidadosamente si hay causas fisiológicas que aumenten una confusión que pueda ser aguda y reversible.
- Identificar el tipo y grado de déficit cognitivo mediante herramientas de evaluación normalizadas.

- Proporcionar un ambiente de baja estimulación (música tranquila de efecto relajante; decoración no recargada y simple, con dibujos familiares; expectativas de rendimiento que no sobrepasen la capacidad de proceso cognitivo, y comidas en grupos pequeños).
- Determinar las expectativas conductuales adecuadas para el estado cognitivo del paciente.

## 7. RESULTADOS.

Las actividades planificadas se evaluaron de forma específica y constante a las 24 horas (en los indicadores de los NOC (1010) estado de la deglución, (1934) entorno seguro de asistencia sanitaria, (1101) integridad tisular: piel y membranas mucosas; y en el indicador “(200604) nivel de confort” del NOC (2006) estado de salud personal); a las 48 horas (en los indicadores (200602) nivel de movilidad” y “(200605) ejecución de actividades de la vida diaria” del NOC (2006) Estado de salud personal ); y a las 72 horas (en los indicadores del NOC (0900) Cognición). Tres meses después de la valoración inicial de la paciente, se volvió a valorarlos globalmente mediante los indicadores de los resultados NOC. Estos fueron valorados por medio de distintos tipos de escalas (tipo Likert), específicas para cada indicador. En las siguientes tablas, se muestra una relación de los resultados iniciales, esperados y obtenido en la valoración posterior:

### **Criterio de resultado (NOC): (1010) Estado de la deglución.**

Objetivo: paso seguro de los alimentos por las diferentes estructuras que intervienen en la deglución. Los siguientes indicadores se evaluarán cada 24 horas:

INDICADORES	RESULTADOS INICIALES	RESULTADOS ESPERADOS	RESULTADOS OBTENIDOS
(101001) Mantiene la comida en la boca. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar.	2 (sustancialmente comprometido)	5 (no comprometido)	3 (moderadamente comprometido)
(101004) Capacidad de masticación. Escala 01.	2 (sustancialmente comprometido)	5 (no comprometido)	2 (sustancialmente comprometido)

Grado de deterioro de la salud o bienestar.			
(101020) Tos. Escala 14. Grado de un estado o respuesta negativo o adverso.	2 (sustancial)	5 (ninguno)	3 (moderado)

- **Escala 01:** 1. Gravemente comprometido, 2. Sustancialmente comprometido, 3. Moderadamente comprometido, 4. Levemente comprometido, 5. No comprometido.
- **Escala 14:** 1. Grave, 2. Sustancial, 3. Moderado, 4. Leve, 5. Ninguno

**Criterios de resultado (NOC): (1934) Entorno seguro de asistencia sanitaria.**

Objetivo: aplicar medidas físicas para reducir o eliminar los factores de riesgo que puedan producir la caída del paciente. Los siguientes indicadores se evaluarán cada 24 horas:

INDICADORES	RESULTADOS INICIALES	RESULTADOS ESPERADOS	RESULTADOS OBTENIDOS
(193405) Cama en posición baja. Escala 06. Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.	5 (Completamente adecuado)	5 (Completamente adecuado)	5 (Completamente adecuado)
(193406) Disposición de los muebles para reducir riesgos según las necesidades del paciente. Escala 06. Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.	5 (Completamente adecuado)	5 (Completamente adecuado)	5 (Completamente adecuado)
(193427) Evaluación del uso de restricciones físicas y política de revaloración. Escala 06. Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.	5 (Completamente adecuado)	5 (Completamente adecuado)	5 (Completamente adecuado)

- **Escala 06:** 1. Inadecuado, 2. Ligeramente adecuado, 3. Moderadamente, 4. Sustancialmente adecuado, 5. Completamente adecuado.

**Criterio de resultado (NOC): (1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.**

Objetivo: mantener intacta la integridad de la piel y mucosas. Los siguientes indicadores se evaluarán cada 24 horas:

INDICADORES	RESULTADOS INICIALES	RESULTADOS ESPERADOS	RESULTADOS OBTENIDOS
(110101) Temperatura de la piel. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar.	5 (no comprometido)	5 (no comprometido)	5 (no comprometido)
(110104) Hidratación. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar.	5 (no comprometido)	5 (no comprometido)	5 (no comprometido)
(110113) Integridad de la piel. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar.	5 (no comprometido)	5 (no comprometido)	5 (no comprometido)

- **Escala 01:** 1. Gravemente comprometido, 2. Sustancialmente comprometido, 3. Moderadamente comprometido, 4. Levemente comprometido, 5. No comprometido.

**Criterio de resultado (NOC): (2006) Estado de salud personal.**

Objetivo: mejorar, dentro de las limitaciones de la enfermedad, las capacidades biopsicosociales de la paciente. Los indicadores “(200602) Nivel de movilidad” y “(200605) Ejecución de actividades de la vida diaria” se evaluarán cada 48 horas y el indicador “(200604) Nivel de confort” cada 24 horas.

INDICADORES	RESULTADOS INICIALES	RESULTADOS ESPERADOS	RESULTADOS OBTENIDOS
(200602) Nivel de movilidad. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar.	2 (sustancialmente comprometido)	4 (levemente comprometido)	2 (moderadamente comprometido)
(200604) Nivel de confort. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar.	4 (levemente comprometido)	5 (no comprometido)	5 (no comprometido)
(200605) Ejecución de actividades de la vida diaria. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar.	1 (gravemente comprometido)	3 (moderadamente comprometido)	2 (sustancialmente comprometido)

- **Escala 01:** 1. Gravemente comprometido, 2. Sustancialmente comprometido, 3. Moderadamente comprometido, 4. Levemente comprometido, 5. No comprometido.

**Criterio de resultado (NOC): (0900) Cognición.**

Objetivo: conseguir la capacidad para ejecutar procesos mentales con cierta complejidad.

Los siguientes indicadores se evaluarán cada 72 horas:

INDICADORES	RESULTADOS INICIALES	RESULTADOS ESPERADOS	RESULTADOS OBTENIDOS
(90003) Atiende. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar.	3 (moderadamente comprometido)	5 (no comprometido)	4 (levemente comprometido)
(90004) Se concentra. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar.	2 (sustancialmente comprometido)	5 (no comprometido)	2 (sustancialmente comprometido)
(90005) Está orientado. Escala 01. Grado de deterioro de la salud o bienestar.	1 (gravemente comprometido)	5 (no comprometido)	2 (sustancialmente comprometido)

- **Escala 01:** 1. Gravemente comprometido, 2. Sustancialmente comprometido, 3. Moderadamente comprometido, 4. Levemente comprometido, 5. No comprometido.

Tal y como se observa en las tablas, el aplicar este plan de cuidados ha mostrado una mejora y mantenimiento en la consecución de los resultados (NOC). En relación con el resultado "(1010) Estado de la deglución", han mejorado ligeramente los indicadores "(101001) Mantiene la comida en la boca" y "(101020) Tos". Sin embargo, se ha mantenido el indicador "(101004) Capacidad de masticación". Al igual que, el NOC "(2006) Estado de la salud personal", cuya mejora se distingue en los indicadores "(200604) Nivel de confort" y "(200605) Ejecución de actividades de la vida diaria", aunque el indicador "(200602) Nivel de movilidad" se ha mantenido. Respecto al resultado "(0900) Cognición", se ha mostrado una leve mejora en los indicadores "(90003) Atiende" y "(90005) Está orientado"; manteniéndose el indicador "(90004) Se concentra".

Por otro lado, los resultados "(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas" y "(1934) Entorno seguro de asistencia sanitaria" han mantenido sus resultados.

Cabe destacar que los NOC donde se han conseguido los resultados esperados son: "(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas", "(1934) Entorno seguro de asistencia sanitaria" y "(2006) Estado de la salud personal"; este último únicamente en el indicador "(200604) Nivel de confort".

En definitiva, los resultados muestran que la aplicación de este plan de cuidados trae efectos positivos para la mejora y mantenimiento del estado de salud de un paciente mayor con deterioro cognitivo en etapa avanzada.

## **8. CONCLUSIÓN.**

La aplicación de este plan de cuidados nos ha permitido comprobar la eficacia de nuestra intervención en el cuidado de una paciente geriátrica con deterioro cognitivo avanzado y fragilidad.

La ejecución de este plan de cuidados ha mostrado un mantenimiento y mejora en el estado de salud de la paciente a nivel biopsicosocial. Sin embargo, no ha sido suficiente para conseguir los objetivos esperados, posiblemente, por un tiempo de aplicación insuficiente,

por la enfermedad neurodegenerativa de la paciente o que las intervenciones seleccionadas no han sido las más idóneas para conseguir los objetivos previstos.

Realizar este tipo de trabajos, contribuye al estudio e investigación basada en la evidencia acerca de los cuidados a personas mayores con deterioro cognitivo, fragilidad en el anciano y dependencia; y a responder a la situación demográfica actual, es decir, el envejecimiento poblacional.

## **- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Pérez Díaz, J.; Abellán García, A.; Aceituno Nieto, P.; Ramiro Fariñas D. (2020). “Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red, 2020, nº 25, 39 p.. (Consultado el 9 de mayo de 2021) Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>>
2. Ávila J. El envejecimiento y la neurodegeneración [Internet]. Fundación General CSIC. 2010 (citado el 9 de mayo de 2021). Disponible en: [http://www.fgcsic.es/lychnos/es\\_ES/articulos/envejecimiento\\_neurodegeneracion](http://www.fgcsic.es/lychnos/es_ES/articulos/envejecimiento_neurodegeneracion)
3. Abades Porcel Mercedes, Rayón Valpuesta Esperanza. El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? Gerokomos [Internet]. 2012 (citado el 9 de mayo de 2021) ; 23( 4 ): 151-155. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2012000400002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000400002&lng=es). <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000400002>.
4. López Oblaré B. Investigación sobre envejecimiento en centros sociosanitarios. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Septiembre de 2001;36(3):35-6. (citado el 8 de mayo de 2021). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-investigacion-sobre-envejecimiento-centros-sociosanitarios-13019045>
5. Mostacero Morcillo Elena, Martínez Martín María Luisa. Rol de la enfermera en el envejecimiento activo y saludable. Revisión narrativa. Gerokomos [Internet]. 2019 (citado el 6 de mayo de 2021) ; 30( 4 ): 181-189. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2019000400181&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000400181&lng=es). Epub 03-Feb-2020.

6. Wessel, Kristen. Cómo el envejecimiento de la población está transformando la enfermería. *Nursing* (Ed. española). 2016. (citado el 7 de mayo de 2021) 33. 44-47. DOI: 10.1016/j.nursi.2016.02.014. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-como-el-envejecimiento-poblacion-esta-S0212538216000157>
7. Orueta Sánchez Ramón, Rodríguez de Cossío Ángela, Carmona de la Morena Javier, Moreno Álvarez-Vijande Almudena, García López Antonio, Pintor Córdoba Cristina. Anciano Frágil y Calidad de Vida. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2008 (citado el 9 de mayo de 2021).; 2(3): 101-105. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2008000100003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000100003&lng=es).
8. Elsevier Connect. Proceso de Enfermería en cinco pasos: pensamiento crítico y valoración [Internet]. Elsevier Connect. 2019 (citado el 10 de mayo de 2021). Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/proceso-de-enfermeria-en-cinco-pasos-pensamiento-critico-y-valoracion2>
9. Álvarez Suarez J, del Castillo Arévalo F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales [Internet]. Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2010 (citado el 10 de mayo de 2021). Disponible en: <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>
10. Tirado Pedregosa Gerardo, Hueso Montoro César, Cuevas Fernández-Gallego Magdalena, Montoya Juárez Rafael, Bonill de las Nieves Candela, Schmidt Río-Del Valle Jacqueline. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. *Index Enferm* [Internet]. 2011 (citado el 11 de mayo de 2021). ; 20( 1-2 ): 111-115. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000100023&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100023&lng=es). <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100023>.
11. Fernanda Navarro L, Gonzalo Castilla J, de Paz A, Bohórquez A, Mediavilla A, Mañas C., et al. Protocolos Para El Cuidado Básico De Personas Mayores Sistema De Acreditación De Servicios Sociales. Grupo De Trabajo “criterios De Calidad Asistencial En Servicios Para Personas Mayores” [Internet]. 2019. (citado el 6 de mayo de 2021). 48 p. Disponible en: [https://www.segg.es/media/descargas/Protocolos\\_de\\_cuidados\\_basicos\\_para\\_personas\\_mayores\\_sistema\\_de\\_acreditacion\\_SEGG.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Protocolos_de_cuidados_basicos_para_personas_mayores_sistema_de_acreditacion_SEGG.pdf)

**12.** Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyecciones de Población 2020-2070 [Internet]. 2020 (citado el 11 de mayo de 2021). Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/pp\\_2020\\_2070.pdf](https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf)

**13.** Organización Mundial de la Salud. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [Internet]. 2015 (citado el 12 de mayo de 2021). Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

**14.** Organización Mundial de la Salud. Objetivos y metas de desarrollo sostenible [Internet]. 2015 (citado el 13 de mayo de 2021). Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>

**- ANEXOS.**

**- Anexo I. Escala de Braden.**

**Objetivo:** valorar el riesgo de padecer úlceras por presión (UPP).

ESCALA DE BRADEN						
	PERCEPCIÓN SENSORIAL	EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	NUTRICIÓN	CIZALLAMIENTO Y ROCE
<b>4 puntos</b>	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	
<b>3 puntos</b>	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	Sin riesgo aparente
<b>2 puntos</b>	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Riesgo potencial
<b>1 punto</b>	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmovil	Muy pobre	Riesgo máximo

**Interpretación de resultados:**

Riesgo alto de UPP: menor de 12 puntos

Riesgo moderado de UPP: 13 a 14 puntos

Riesgo bajo de UPP: 15 a 16 puntos (si es menor de 75 años); 15 a 18 puntos (si es mayor o igual de 75 años).

**- Anexo II. Escala de Barthel.**

**Objetivo:** valorar la capacidad de independencia del individuo para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

<b>ÍNDICE DE BARTHEL</b>		
<b>COMER</b>	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
<b>LAVARSE</b>	Independiente	5
	Dependiente	0
<b>VESTIRSE</b>	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
<b>ARREGLARSE</b>	Independiente	5
	Dependiente	0
<b>DEPOSICIONES</b>	Continente	10
	Ocasionalmente incontinente	5
	Incontinente	0
<b>MICCIÓN</b>	Continente	10
	Ocasionalmente incontinente	5
	Incontinente	0
<b>USAR EL RETRETE</b>	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
<b>TRASLADARSE</b>	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión	10
	Gran ayuda, es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	Dependiente	0

<b>DEAMBULAR</b>	Independiente (camina 50 metros)	15
	Necesita ayuda física o supervisión	10
	Independiente en silla de ruedas	5
	Dependiente	0
<b>ESCALONES</b>	Independiente para subir y bajar escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión	5
	Dependiente	0
<b>TOTAL DE PUNTOS</b>		

**Interpretación de resultados:**

Independencia: 100 puntos

Dependencia leve: 60 puntos o más

Dependencia moderada: 40-55 puntos

Dependencia grave: 20-35 puntos

Dependencia total: menos de 20 puntos

**- Anexo III. Escala de Downton.**

**Objetivo:** valorar el riesgo de caídas de la persona.

<b>ESCALA DE DOWNTON</b>		
<b>CAÍDAS PREVIAS</b>	Sí	0
	No	1
<b>INGESTA DE MEDICAMENTOS</b>	Ninguno	0
	Tranquilizantes / sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
<b>DÉFICIT SENSORIALES</b>	Ninguna	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
<b>ESTADO MENTAL</b>	Orientado	0
	Confuso	1
<b>DEAMBULACIÓN</b>	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Completa	1

**Interpretación de resultados:**

Riesgo alto de caídas: Mayor o igual de 3 puntos

Riesgo bajo de caídas: 0 a 2 puntos

**- Anexo VI. Escala de Deterioro Global (GDS).**

**Objetivo:** conocer el estadio o fase de deterioro cognitivo que presenta el paciente.

<b>ESCALA DE DETERIORO GLOBAL (GDS)</b>	
<b>FASE</b>	<b>SÍNTOMAS</b>
<b>GDS 1. Normalidad</b>	Sin pérdida cognitiva
<b>GDS 2. Deterioro cognitivo subjetivo</b>	Leve alteración cognitiva, pequeñas pérdidas de memoria s
<b>GDS 3. Deterioro cognitivo leve</b>	Se desorienta, pierde objetos y presenta dificultad para decir ciertas palabras o frases
<b>GDS 4. Demencia leve</b>	Dificultad para gestionar y planificar sus finanzas, dificultad para recordar momentos y confusión sobre detalles de su propia vida
<b>GDS 5. Demencia moderada</b>	Desorientación en espacio- tiempo, dificultad para realizar actividades cotidianas, aunque en esta fase reconoce a su familiares y personas allegadas
<b>GDS 6. Demencia moderada- grave</b>	Necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria, no reconoce a familiares ni personas allegadas, problemas con el control de esfínteres, olvida datos de su propia vida y presenta cambios de conducta (labilidad emocional)
<b>GDS 7. Demencia grave</b>	Dependiente para realizar las actividades básicas y imposibilidad para comunicarse y capacidad de hablar.

**-Anexo V. Escala de Paint Assessment in Advanced Dementia (PAINAD).**

**Objetivo:** valorar el nivel del dolor de una paciente con deterioro cognitivo avanzado.

<b>Puntos</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Respiración, independiente de vocalización</b>	Normal	Respiración laboriosa esporádica con periodos cortos de hiperventilación	Respiración laboriosa y ruidosa con largos periodos de hiperventilación
<b>Vocalización negativa</b>	Ninguna	Gemidos o lamentos	Gemidos o lamentos altos y llamadas repetidas
<b>Expresión facial</b>	Sonriente o inexpresiva	Triste, asustada, ceñuda	Muecas faciales
<b>Lenguaje corporal</b>	Relajado	Tenso, de sufrimiento	Rígido, puños cerrados fuertemente, se aparta o se golpea
<b>Capacidad de alivio</b>	No necesita alivio	Se distrae o tranquiliza por la voz	No es posible aliviarlo o distraerlo

**Interpretación de resultados:**

Dolor leve: 0 a 4 puntos.

Dolor moderado: 5 a 7 puntos.

Dolor grave: 8 a 10 puntos.