



# Trabajo de Fin de Grado

## **De Planes de Cuidados Estandarizados a Individualización de cuidados: Alzheimer fase moderada**

Soraya Vega Martínez

Escuela Universitaria de Enfermería de Leioa – Universidad del País Vasco

Leioa, 15 de mayo de 2014



“De Planes de Cuidados Estandarizados a Individualización de cuidados: Alzheimer fase moderada” por Soraya Vega Martínez se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

## RESUMEN

Las personas con demencia tipo Alzheimer, sufren una patología incapacitante, que cursa con deterioro cognitivo, y cuyo nivel de dependencia aumenta a medida que la enfermedad sigue su curso. Por ello, y por el incremento de la esperanza de vida, se estima que a nivel mundial la prevalencia de la misma se triplique en un intervalo de 30 a 40 años.

Cuando las enfermeras adoptan en su trabajo profesional modelos de enfermería, y aplican taxonomías propias utilizando una herramienta como el proceso de atención de enfermería, trasladan a la práctica los conocimientos de su disciplina. De ahí que sean inseparables si se quieren proporcionar cuidados eficaces y seguros. Los profesionales de enfermería juegan un papel crucial en el cuidado de los pacientes con esta patología crónica e irreversible, ya que a pesar de no existir tratamiento curativo para ella, si pueden establecerse planes de cuidados con intervenciones de enfermería independientes y de colaboración que potencien y ayuden a mantener las capacidades (cognitivas, instrumentales, relacionales) que todavía posee la persona, con el fin de retrasar en la medida de lo posible el deterioro de ellas.

Por ello, los planes de cuidados estandarizados basados en evidencias científicas como referentes, que confirmen las intervenciones planteadas, facilitan su modificación transformándolos a individualizados y centrados en las respuestas del individuo, ajustándolos también al ámbito de aplicación: hospitalario, domiciliario y /o centro socio – sanitario.

Palabras clave<sup>1</sup>: Alzheimer, cuidados, demencia, Enfermería y taxonomía.

---

<sup>1</sup> Incluidas en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	4
<b>3. METODOLOGÍA</b> .....	4
3.1 VALORACIÓN.....	5
3.2 DIAGNÓSTICO.....	5
3.3 PLANIFICACIÓN.....	8
3.4 IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN.....	10
<b>4. RESULTADOS</b> .....	12
4.1 ELABORACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS.....	12
4.1.1 Descripción del caso – paciente tipo.....	12
4.2 APLICACIÓN E INTERRELACIÓN DE LAS TAXONOMÍAS.....	14
4.3 OTROS PROBLEMAS RELEVANTES.....	23
4.3.1 Complicaciones potenciales.....	23
4.3.2 Afrontamiento familiar.....	23
<b>5. DISCUSIÓN</b> .....	24
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	25
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	26
<b>ANEXOS</b> .....	30

## 1. Introducción

La enfermedad de Alzheimer (EA), es un tipo de **demencia**, cuya etiología se desconoce y se caracteriza por ser una patología degenerativa, de inicio gradual, progresivo y de lenta evolución<sup>1</sup>. Fisiopatológicamente afecta a los microtúbulos neuronales donde se produce placa amiloide y ovillos neurofibrilares, alterando a los axones y por lo tanto impidiendo una correcta sinapsis. Esto ocurre en las áreas del cerebro donde está ubicada la memoria, el lenguaje, afectando también a la corteza, encargada de la función motora<sup>1</sup>.

Clínicamente, el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)<sup>2</sup> establece como criterios diagnósticos de los trastornos neurocognitivos producidos por EA, la evidencia de que la causa es una mutación genética existente en la historia familiar o la corroboración de la misma mediante pruebas genéticas. Además, han de coexistir **tres factores**: presencia clara de deterioro de la memoria, disminución de la capacidad de aprendizaje y otro trastorno cognitivo constante y progresivo como la afasia, apraxia, agnosia y alteración de la ejecución. También, habrá evidencia de que dichas anomalías no se deben a otras enfermedades que afectan al sistema nervioso central, a enfermedades sistémicas o al efecto de alguna sustancia tóxica que pueden producir sintomatología similar<sup>2</sup>. Esta clínica se agrava a medida que el proceso patológico sigue su curso, estableciéndose y diferenciándose tres etapas: fase ligera, moderada y grave<sup>3</sup> (Anexo 1).

De forma paulatina y gradual, deteriora las capacidades intelectuales de la persona para manejar y controlar sus sentimientos y emociones, reconocer sus patrones de conducta, recordar y coordinar movimientos habituales y necesarios en los actos de la vida diaria, haciéndola cada vez más pasiva y disfuncional hasta irremediablemente, llegar a ser una persona dependiente<sup>4</sup>.

Favorecer las condiciones de la calidad de vida en el envejecimiento de la población, constituye sin lugar a duda, un desafío para las distintas profesiones vinculadas al ámbito sanitario. Los profesionales de enfermería lo llevan a cabo en diferentes entornos (atención primaria, especializada y centros socio-sanitarios) mediante la promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación. También supone uno de los mayores retos para las políticas de los gobiernos a nivel mundial, en materia de Salud Pública, ya que

alrededor de 35 millones de personas padecen algún tipo de demencia<sup>5</sup>, y alrededor del 59% de las diagnosticadas son de tipo Alzheimer<sup>6</sup>. Se espera que, a causa del envejecimiento de la población<sup>5</sup>, para el año 2030 el número de personas afectadas por ésta, sea el doble, y el triple en 2050. La mayor esperanza de vida conlleva, generalmente, un incremento de ciertas enfermedades entre las cuales se encuentran las demencias<sup>7</sup>.

A pesar de la escasa existencia de estudios epidemiológicos rigurosos, se estima que, la **prevalencia**<sup>6</sup> en España de enfermos con demencia tipo Alzheimer, se sitúa entre 500.000 y 800.000 pacientes y que aproximadamente se diagnostican anualmente 150.000 casos nuevos<sup>6</sup> confirmándose que una de cada diez personas con edad superior a 65 años presenta este tipo de demencia<sup>6</sup>. En el País Vasco la prevalencia actualmente se sitúa en 25.000 personas diagnósticas con EA<sup>6</sup>, y a falta de un plan propio para abordar esta patología, está incluida en la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi<sup>8</sup>.

El impacto de la EA genera un alto coste tanto para el sistema socio-sanitario como para la calidad de vida de los afectados y de sus familias, lo que requiere un abordaje multidisciplinar y una intensa, específica y completa formación por parte de los profesionales<sup>8</sup>. Además, que la familia del enfermo se involucre durante el proceso patológico, se hace más patente permitiendo un mejor manejo de la enfermedad, pues requiere un modelo de atención integrada desde un punto de vista socio-sanitario que conlleva una coordinación entre atención primaria, especializada y los servicios socio-sanitarios (residencias, centros de día y asociaciones, encargadas de asesorar y orientar a pacientes y familiares)<sup>7</sup>. Esto, puede facilitarse con la elaboración e implementación de una Estrategia Nacional para el abordaje del Alzheimer, pero actualmente y a pesar de que profesionales y cuidadores lo han solicitado en diversos momentos y a través de diferentes medios, en España sigue pendiente de realizarse<sup>6</sup>.

Por todo ello, existen argumentos suficientes para destacar la relevancia e importancia que tiene la EA en la actualidad, requiriendo así del establecimiento, por parte de las enfermeras<sup>II</sup> de Planes de Cuidados

---

<sup>II</sup> Enfermeras: éste término se utiliza en sentido genérico, designando así tanto a hombres como a mujeres.

Estandarizados (PCE) actualizados. Éstos, se definen como *“un protocolo específico de cuidados previamente elaborado, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.”*<sup>9</sup>, por lo que pueden resultar de gran utilidad, ya que a su vez, sirven de orientación para la elaboración de un plan de cuidados ajustado a las personas que están en la situación descrita, en definitiva, individualizado.

En este caso, se desarrollará un plan de cuidados, a partir de un paciente tipo, poniendo en práctica las competencias, entrenadas y evaluadas como se refleja en la pirámide de Miller<sup>10</sup>, en cuya base se sitúan los conocimientos adquiridos durante la formación académica, para gradualmente ir ascendiendo hasta llegar a aplicarlos en situaciones no reales, nivel anterior al de abordar pacientes reales. Además se tomará como referencia y desde una perspectiva enfermera, **el modelo<sup>III</sup> de cuidados de Virginia Henderson<sup>11</sup>** de suplencia o ayuda que pertenece a la Escuela de Necesidades y está basado en catorce necesidades fundamentales del ser humano, sobre las que se establece el grado de dependencia<sup>IV</sup>, independencia<sup>V</sup> y la fuente de dificultad (falta de fuerza<sup>VI</sup>, conocimiento<sup>VII</sup> y/o voluntad<sup>VIII</sup>) cuando no pueden satisfacerse. Posteriormente, se identifica qué papel, como profesional con un área independiente, desempeñará la enfermera dentro del equipo multidisciplinar, pudiendo ser el de “suplir”, “ayudar” y “acompañar” a la persona que no puede llevar a cabo las actividades en un momento determinado de su vida.

---

<sup>III</sup> Modelo: conceptos o ideas relacionados, de forma poco clara que identifican los conceptos principales pero no explican cómo y por qué están desarrollados.

<sup>IV</sup> Dependencia: situación en la que una o varias necesidades no están satisfechas, porque no sabe, no puede o no recibe la ayuda necesaria para llevarlas a cabo.

<sup>V</sup> Independencia: situación en la que la persona satisface sus necesidades por sí sola, mediante correctas acciones.

<sup>VI</sup> Falta de fuerza: incapacidad que sucede por falta de fuerza física, habilidades mecánicas, estado de las funciones psíquicas adecuadas, estado emocional y/o capacidad intelectual.

<sup>VII</sup> Falta de conocimiento: en todo aquello lo relacionado a cuestiones de salud y enfermedad.

<sup>VIII</sup> Falta de voluntad: incapacidad de comprometerse a tomar una decisión adecuada y concorde a la situación.

## 2. Objetivos

- **General**

- **Desarrollar estrategias eficaces** que permitan aumentar la calidad de vida de la persona afectada de EA y de su familia, involucrándolos en el manejo de la situación compleja y cambiante, elaborando y aplicando planes de cuidados estandarizados ajustados a sus características.

- **Específicos**

- **Identificar y enunciar los problemas de salud**, a partir de una valoración enfermera precisa, completa, sistemática, planificada y continua, utilizando el juicio clínico y un lenguaje enfermero estandarizado (LEE), que asegure la coherencia de las taxonomías.

- **Determinar y priorizar los resultados esperados**, a partir de la identificación de los diagnósticos de enfermería, empleando las taxonomías NANDA- NOC-NIC, de otros problemas e **intervenciones independientes y de colaboración** que favorezcan su consecución.

- **Implementar y evaluar correctamente un plan de cuidados individualizado**, basado en modelos de enfermería y en los PCE ya existentes.

## 3. Metodología

Proporcionar cuidados de forma racional y lógica en definitiva excelentes, precisa, por parte de las enfermeras, la utilización del método científico, asegurando así la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), como metodología del cuidado, delimitando su campo de actuación e incorporando conocimientos y habilidades<sup>12</sup>. El uso del PAE aporta una estructura que facilita el razonamiento clínico, permite tratar a la persona de forma integral y única, requiere de la interacción entre el usuario y la enfermera y se centra en las respuestas humanas en lugar de la enfermedad<sup>12</sup>. Para ello, es fundamental poseer capacidades técnicas, intelectuales, habilidades cognitivas, interpersonales, pensamiento crítico y reflexivo, es decir, un pensamiento premeditado y/o deliberado dirigido a un objetivo determinado que permita identificar qué hacer y por qué, mediante la emisión de juicios basados en evidencias<sup>12</sup>.

El PAE lo definía, en 1995, Rosalinda Alfaro como *“método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados ante la respuesta que cada persona da a problemas de salud reales o potenciales”*<sup>13</sup> *“permite la formalización de los elementos de la gestión de cuidados”*<sup>13</sup> y consta

de cinco etapas<sup>13</sup> interrelacionadas y consecutivas: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación. En nuestro país a partir del año 2010 y a través del Real Decreto 1093/2010<sup>14</sup>, se establece el uso obligatorio de los Diagnósticos de Enfermería (NANDA), Resultados Esperados (NOC) e Intervenciones (NIC) y posteriormente es adaptado a la Comunidad Autónoma Vasca en el Decreto 38/2012<sup>15</sup>.

### **3.1 Valoración**

Enmarcar en un modelo de enfermería la historia vital de una persona, ayuda a pensar como enfermeras y a centrarse en la información más significativa. Esto en la recogida de datos, orienta y facilita seleccionar preguntas relevantes, y todo ayuda al cómo y porqué abordar aquello que al paciente le preocupa. Por tanto, es preciso que el profesional de enfermería se comunique adecuadamente y sea capaz de entablar una relación terapéutica eficaz ya que traerá consecuencias positivas en cuanto a manejar toda la información a la hora de emitir un juicio clínico<sup>13</sup>. La valoración se define como *“método sistemático de recogida de datos que consiste en la apreciación del sujeto con la finalidad de identificar las respuestas que manifiesta en relación con las diversas circunstancias que le afectan”*<sup>13</sup>. Es el primer paso para identificar los diferentes problemas a través de la recogida de datos mediante valoraciones generalizadas y focalizadas, utilizando diversas herramientas: entrevista clínica, observación y exploración física, ésta última a través técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación<sup>13</sup>. También, se utilizan escales e índices con el fin de cuantificar y conocer los riesgos y/o estados del paciente.

Los datos recogidos en la valoración se validan, con el paciente siempre que se pueda, y posteriormente se interpretarán para formular un juicio clínico, relevante, preciso y pertinente: el Diagnóstico de Enfermería.

### **3.2 Diagnóstico**

El uso del término diagnóstico de enfermería (DE) comenzó en los años 50 para hacer referencia a los problemas de salud de una persona, examinando aquellas áreas sobre las que se pueden detectar funciones de enfermería cuya resolución sea de forma independiente, es decir, sin la colaboración de otros profesionales<sup>13</sup>.



Gordon<sup>13</sup>, en 1976 señalaba que los DE enunciaban situaciones que afectaban negativamente a la salud o que podrían hacerlo en caso de existir, sobre los cuales las enfermeras, partiendo de su formación, podían resolver.

La definición, más actual, emitida por el Comité de Expertos de NANDA – Internacional (NANDA I) en 2009 es *“juicio clínico sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia, grupo o comunidad frente a problemas de salud / procesos vitales reales o potenciales [...] la base para la selección de las intervenciones enfermeras [...] la enfermera es responsable”*<sup>16</sup>.

A partir de la definición aportada por el Comité de Expertos, M. T. Luis, añade *“los DE están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional, ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata, y es ella quien tiene el control y la autoridad, así como la responsabilidad del resultado final deseado”*<sup>17</sup>.

Existen diferentes tipos de diagnósticos enfermeros:

- De promoción de la salud: Situaciones en las cuales existe un adecuado estado de salud y el individuo, familia o comunidad manifiesta su disposición de aumentar su bienestar<sup>16</sup>. Desde 2009, engloban, también, los anteriormente llamados Diagnósticos de Salud.
- Síndrome: Describen un conjunto de DE que concurren en un determinado momento y cuyo tratamiento se realiza mejor de forma conjunta ya que comparten intervenciones<sup>16</sup>.
- Potencial o de riesgo: Representan problemas cuya probabilidad de desarrollarse es elevada debido a causas conocidas<sup>16</sup>.
- Real: Hacen referencia a las respuestas y estados de salud de un individuo, familia o comunidad<sup>16</sup>.

A la hora de formular los diagnósticos reales, Gordon<sup>13</sup> desde 1982, recomienda la utilización de un formato compuesto por: el problema (de la persona, familia o grupo) expresado en términos de respuesta, la etiología o factores que favorecen, potencian, su aparición, y sobre los que la enfermera actúa cuando decide cuales son las intervenciones más adecuadas. Y los signos/síntomas o evidencias clínicas, fundamentales puesto que proporcionan a las enfermeras una idea de la intensidad y gravedad del problema identificado, concluyendo así el formato denominado PES.

En 2002, tras la conferencia de NANDA-I de Chicago, los diagnósticos enfermeros aprobados se clasificaron según la Taxonomía II<sup>16</sup>. Es multiaxial<sup>IX</sup> a diferencia de la primera y se entiende como una “*clasificación ordenada de los núcleos diagnósticos que son de interés para la enfermería, según sus supuestas relaciones naturales*”<sup>17</sup>.

La Taxonomía vigente según NANDA-I tiene tres **niveles**:

- Nivel 1 - **Dominios**: Es el nivel de abstracción mayor. Hay 13 y se definen como una “*esfera de conocimiento, área de influencia o investigación*”<sup>16</sup>. Todos los dominios tienen varias clases, 2 como mínimo y 6 de máximo (Anexo 2).
- Nivel 2 - **Clases**: Son 47 y describen “*un grupo, conjunto o tipo que comparte atributos comunes*”<sup>16</sup>.
- Nivel 3 - **Etiqueta diagnóstica**: Existen 216 (2012-2014) y se define como “*término utilizado para representar la formulación del diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de indicios relacionados y que puede incluir modificaciones*”<sup>16</sup>.

Aunque algunos DE no hayan sido revisados desde hace años, tienen que reunir **características** como: **Relevancia** (estar determinada por el entorno, el momento y la situación en la que está el paciente, hacen de ella una característica relativa), **pertinencia** (si el DE es oportuno y adecuado con la situación), exactitud y **precisión** (en relación a los datos), ya que ha de reflejar de forma adecuada las necesidades del usuario<sup>16</sup>. Los DE a pesar de que no puedan concebirse fuera del contexto del proceso enfermero, no recogen todo el trabajo de las enfermeras cuando identifican problemas a partir de la valoración ya que pueden determinarse además, otros, llamados de Colaboración o Complicaciones Potenciales (CP)<sup>18</sup>. Para Carpenito<sup>18</sup> hacen referencia a las complicaciones que pueden aparecer derivadas de la propia patología, tratamientos y pruebas o modalidades terapéuticas, enunciándose el problema que requiere monitorización y utilizando el término “secundario a” seguido de aquello que lo provoca. Por ello, las enfermeras, tienen un papel de colaboración, realizan intervenciones delegadas, de detección precoz de dicha complicación derivándose al médico cuando los cambios que se han producido son significativos o requieren modificaciones en el tratamiento establecido<sup>18</sup>.

---

<sup>IX</sup> El DE está compuesto por 7 ejes: núcleo y sujeto del diagnóstico, juicio, localización, edad, tiempo y estado.

### **3.3 Planificación**

En la tercera etapa del proceso, se establecen los Resultados Esperados (RE) y las intervenciones que a través de las actividades que la enfermera determine, eliminarán o disminuirán los factores que provocan el problema sobre el que se va a intervenir<sup>13</sup>. Consta de cuatro **fases**: determinación de prioridades, plantear y seleccionar aquellos Resultados Esperados sensibles al problema detectado, elección de las intervenciones enfermeras y registro<sup>13</sup>.

Los RE se entienden como aquellas percepciones y/o conductas de una persona, familia o comunidad cuantificables como respuesta a las intervenciones de enfermería<sup>13</sup>. La clasificación actual cuanta con 490 resultados pudiendo utilizarse a nivel individual, familiar, comunitario o poblacional<sup>19</sup>. En su composición están presentes varios elementos: el resultado y su definición, los indicadores y sus escalas de medida y la bibliografía en la que se sostienen.

La taxonomía Nursing Outcomes Classification/Clasificación de Resultados Esperados (NOC/CRE)<sup>19</sup> establece cinco **niveles**:

- Nivel 1 - **Dominios**<sup>X</sup>: En la actualidad hay siete: salud funcional, salud fisiológica, salud psicosocial, conocimiento y conducta de salud, salud percibida, salud familiar y salud comunitaria<sup>19</sup>.
- Nivel 2 - **Clases**<sup>XI</sup>: Hay 31.
- Nivel 3 - **Resultados esperados**<sup>XII</sup>: “*Describir claramente los resultados esperados promueve la eficiencia*”<sup>12</sup>.
- Nivel 4 - **Indicadores**, se definen como “*estado, conducta o percepción más concreta de una persona, familia o comunidad que sirve como indicación para medir un resultado [...] caracterizan el estado del paciente, familia o comunidad en el nivel concreto*”<sup>19</sup>.
- Nivel 5 - **Escala de Likert**: Permite cuantificar el estado del paciente en relación a un indicador del RE<sup>19</sup> y tiene un rango de puntuación que va desde el 1 (peor situación) al 5 (la mejor). En los RE determinados en el plan de cuidados propuesto, la escala cuantifica desde gravemente comprometido a no comprometido, de nunca demostrado a siempre demostrado, o de grave a ninguno.

---

X, XI, XII Ver definiciones en página 7.

Por otra parte, las enfermeras para lograr los RE, seleccionan intervenciones. Son acciones concretas basadas en el conocimiento y juicio clínico que permiten: controlar el estado de salud, minimizar los riesgos, resolver o controlar un problema, promover la independencia, autonomía y bienestar o conducir a la persona hacia la independencia<sup>20</sup>. Una intervención, de cuidados, de enfermería directa requiere por parte de la enfermera una acción sobre el usuario, mientras que las indirectas se realizan lejos del paciente, en su beneficio y complementando a las primeras<sup>13</sup>. Estas acciones pueden ser dependientes, es decir, se realizan bajo la indicación o prescripción de otro profesional, independientes, que se efectúan como resultado del propio conocimiento y de la capacidad legal de las enfermeras para determinarlas e interdependientes, en las cuales actúan conjuntamente el equipo multidisciplinar<sup>13</sup>.

La Taxonomía Nursing Interventions Classification/Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC/CIE)<sup>20</sup> organiza de forma sistemática las intervenciones enfermeras. Consta de tres **niveles**:

- Nivel 1 - Se denominan **campos**, y es el *“nivel más abstracto”*<sup>20</sup>. Son 7: fisiológico básico y, complejo, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario y comunidad<sup>20</sup>.
- Nivel 2 - **Clases**<sup>XIII</sup>: Son 30.
- Nivel 3 - **Intervenciones** (NIC): Existen un total de 554, en 2013, y son todos aquellos tratamientos llevados a cabo por las enfermeras que están fundamentados en el conocimiento enfermero y juicio clínico con el fin favorecer el resultado esperado. Se ponen en práctica mediante acciones específicas de los profesionales de enfermería para progresar hacia el resultado.

El uso del lenguaje, propio de enfermería, comenzó a principios de 1970 con el desarrollo de la clasificación de los diagnósticos de enfermería de NANDA<sup>16</sup>, y a finales del mismo, se iniciaron los primeros trabajos que permitieron a las enfermeras, clasificar los resultados que se obtenían en los pacientes. La implantación y utilización de un lenguaje enfermero a partir de las tres taxonomías NANDA, NOC, NIC, (NNN), como herramientas de estandarización aceptadas ampliamente por las enfermeras, permite, facilita y

---

<sup>XIII</sup>Ver definición en página 7.

favorece el establecimiento de interrelaciones, además de dar consistencia y apoyo a las distintas etapas del Proceso de Atención de Enfermería<sup>16</sup>. Los lenguajes estandarizados en Enfermería (LEE) son un sistema organizado de etiquetas, definiciones y descripciones y son necesarios, porque<sup>21</sup>:

- Representan los tres elementos del cuidado (**diagnóstico**, incluyendo en ella la valoración, los **resultados esperados** y las **intervenciones**).
- Permiten establecer un Conjunto Mínimo de Datos de Enfermería (CMDE).
- Facilitan alcanzar cuidados de calidad.
- Representan la Enfermería basada en la evidencia.
- Las investigaciones en enfermería, favorecen el desarrollo de cada lenguaje NANDA, NOC y NIC.

Por todo lo expresado se puede afirmar que hay una relación entre problemas identificados, resultados esperados e intervenciones, es decir, interrelación entre las taxonomías, NANDA-NOC-NIC.

### **3.4 Implementación y evaluación**<sup>XIV</sup>

Una vez finalizada la planificación, la enfermera lleva a la práctica, **implementa**, las intervenciones que ella decide, inicia y controla cuando desarrolla su función, dependiente (CP) o independiente (DE) asistiendo a la persona cuando está sana o enferma en la realización de actividades para mantener su salud, recuperarla (adquirir independencia lo antes posible) o ayudarle a morir de forma tranquila y que ella lo haría si tuviera *“la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario es la función singular de la enfermería”*<sup>11</sup> tal y como señala Virginia Henderson. Consiste en actuar y llevar a cabo lo planificado, es decir, equivale a *“poner en acción las estrategias enumeradas en el plan de atención, es la acción de enfermería que permite llegar al resultado deseado de los objetivos del cliente”*<sup>13</sup>. Además se continúa con la recogida de datos (pueden aparecer nuevos o diferentes problemas) y se valora la respuesta del paciente a los cuidados que la enfermera proporciona. Realizadas las actividades, y a la mayor brevedad, se registra lo realizado, ya que permite comunicar a otros profesionales la evolución y situación del paciente y proporciona, a su vez, una base de datos para evaluar, investigar y mejorar la calidad de los mismos atendiendo a las posibles contingencias (riesgos, respuestas indeseadas y no obtenerse ningún beneficio con la intervención)<sup>12</sup>.

---

<sup>XIV</sup> 4ª y 5ª etapa del PAE.

La **evaluación**, abarca todas las fases del proceso ya que en ella se lleva a cabo *“la comparación sistemática y planeada, del estado de salud del paciente, con objetivos y metas definidas”*<sup>13</sup>. Significa comprobar el progreso del paciente, y ha de realizarse periódicamente y ajustada a su estado, valorando la respuesta del mismo al plan de cuidados establecido, y observando si precisa alguna modificación en el caso de no obtener la respuesta esperada<sup>13</sup>. Consta de **cuatro etapas**: recogida de datos sobre el estado actual de salud, comparación con los datos iniciales, emisión de un juicio sobre el logro o no de los resultados y valoración de la calidad de los cuidados<sup>12</sup>.

Sin embargo si se asume que los cuidados tienen que ser específicos para cada proceso, situación y momento, pueden organizarse **PCE**<sup>18</sup>, no cerrados y adaptándolos a las necesidades de los usuarios. Los PCE<sup>XV</sup> destacan por la presencia de datos predefinidos: DE, RE, intervenciones. Entre sus **ventajas**<sup>18</sup> están: eliminar la necesidad de reescribir intervenciones rutinarias para DE similares y permitir mayor tiempo para proporcionar cuidados en vez de tener que invertirlo en la elaboración del plan de cuidados. Existen también **desventajas**<sup>18</sup>: pérdida de individualización de los cuidados y dificultad para percibir problemas adicionales del usuario no desarrollados en el PCE.

Una herramienta como el PAE quedaría sin todo su efecto si no es integrado en un modelo de cuidados. Se ha seleccionado el de Virginia Henderson justificando su elección en las siguientes razones: es uno de los modelos conceptuales más conocidos, abarca la totalidad del ser humano, emplea terminología de sencilla comprensión, su construcción teórica es muy abierta permitiendo ser adaptado a variantes culturales y/o sociales, incluye la colaboración interdisciplinar, reconoce el potencial de cambio en la persona, favorecer la toma de conciencia sobre las ventajas de un estilo de vida saludable, para mejorar y mantener un entorno adecuado y admite el uso de lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC (NNN), cada vez más incorporados en el quehacer profesional de las enfermeras<sup>11</sup>.

El modelo de Virginia Henderson, a partir de la valoración de las catorce necesidades<sup>XVI</sup> básicas del individuo (Anexo 3), permite identificar el grado de

---

<sup>XV</sup> Definidos en la página 3.

<sup>XVI</sup> Necesidades: requisitos esenciales para el ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar.

dependencia e independencia y autonomía de cada una de ellas, con la finalidad de dar respuesta a través de los cuidados, cuando el sujeto presente alguna fuente de dificultad como falta de fuerza, conocimiento y/o voluntad y es la enfermera quien suople, ayuda o acompaña. Se elaborará un plan de cuidados basado en PCE existentes (Servicio Canario de Salud<sup>22</sup>, Junta de Andalucía<sup>23</sup>), y Guías de buenas prácticas en Enfermería<sup>24</sup>, tomándolos como referentes para elaborar un plan de cuidados individualizado.

## **4. Resultados**

### **4.1 Elaboración del Plan de Cuidados**

#### **4.1.1 Descripción del caso – paciente tipo<sup>XVII - 25</sup>**

Se presenta el caso simulado de una mujer, de 80 años de edad, que tras la solicitud por parte de la sobrina, su cuidadora principal, tiene adjudicada una plaza residencial privada en un centro socio-sanitario de su localidad. El Departamento de Atención al Residente y Familias (DARF) del centro, realizó una primera valoración con el fin de conocer el perfil de la futura residente. Posteriormente, se llevó a cabo, al ingreso, la valoración inicial de enfermería, con la finalidad de obtener información sobre la situación de salud actual de la nueva residente.

La recogida de la información se llevó a cabo a través de diferentes fuentes: Primaria (por parte de la propia usuaria) y las secundarias (familiares, historia clínica entre otros), mediante técnicas diversas como la observación, entrevista y exploración física (inspección, palpación, percusión y auscultación)<sup>15</sup> y a través de los “criterios de valoración establecidos”<sup>XVIII-26</sup> por el Observatorio de Metodología Enfermera y FUDEN, permitiendo de este modo estandarizar la valoración de enfermería.

También, se han utilizado numerosos índices/escalas como, el Índice de Barthel, Escala de Braden–Bergstrom, y Escala de Downton (ver anexos 4, 5 y

---

<sup>XVII</sup> Debido a que los estudiantes de Grado de titulaciones del ámbito sanitario realizan prácticas tuteladas durante toda su etapa académica, es factible y pertinente la elaboración de un caso clínico en el Trabajo de Fin de Grado.

<sup>XVIII</sup> Están formados por códigos, definiciones y rangos de registro.

6), con el fin de objetivar la autonomía para las Actividades de la Vida Diaria (AVD), riesgo de úlcera por presión, y riesgo de caídas respectivamente. En este caso, las escalas de valoración cognoscitiva, el Mini-Examen cognoscitivo, versión adaptada y validada del Mini-Mental Status Examination, y la Escala de Pfeiffer, no son utilizadas ya que el diagnóstico de EA está establecido con anterioridad.

Se muestra una tabla (Anexo 7), con los datos recogidos durante la valoración de enfermería y que evidencian las manifestaciones de dependencia e independencia. Posteriormente, se asocian los DE<sup>16</sup>, con los resultados esperados<sup>19</sup> e intervenciones<sup>20</sup> de enfermería pertinentes y las actividades correspondientes, aplicando los PCE<sup>22, 23</sup> y guías consultadas<sup>24</sup>. Existen diversos DE desaconsejados actualmente por M.T. Luis Rodrigo<sup>17</sup>, por lo que han sido omitidos, incluyendo así otros DE relacionados con el caso que se presenta, abordándose de forma individual y estableciendo un orden de actuación en base a las prioridades establecidas, por Abraham Maslow, en su pirámide de necesidades<sup>XIX</sup>.

Con el fin de evitar la repetición constante de las referencias bibliográficas de las taxonomías, quedan así reflejadas: NANDA<sup>16</sup>, NOC<sup>19</sup> y NIC<sup>20</sup>.

---

<sup>XIX</sup> Pirámide de Maslow: teoría psicológica desarrollada por Abraham Maslow (1943). Establece una jerarquía de necesidades humanas, defendiendo que a medida que las necesidades más básicas se satisfacen (base de la pirámide), el ser humano desarrollará necesidades y deseos superiores.



#### 4.2 Aplicación e interrelación de las taxonomías

<b>TAXONOMÍA NANDA-I</b>	
<p><b>Dominio 1:</b> Promoción de la salud (Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias utilizadas para mantener el control y fomentar el bienestar o la normalidad de la función).</p> <p><b>Clase 2:</b> Gestión de la salud (Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar).</p> <p><b>00099 Mantenimiento ineficaz de la salud</b> (Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud).</p>	
<p><b>D.E: Mantenimiento ineficaz de la salud</b> relacionado con (r/c) deterioro cognitivo e incapacidad para realizar juicios apropiados manifestado por (m/p) antecedentes de falta de conductas de búsqueda de salud.</p>	<p>DE <b>aconsejado</b> por M T. Luis Rodrigo porque es posible por parte del personal enfermero <i>“ayudar a la persona a desarrollar o utilizar recursos de que dispone de manera que pueda mejorar sus propios cuidados”</i><sup>17</sup>.</p>
<b>TAXONOMÍA NOC</b>	
<p><b>Dominio 1:</b> Salud funcional (Resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida).</p> <p><b>Clase D:</b> Autocuidado (Resultados que describen la capacidad de una persona para realizar actividades instrumentales y básicas de la vida diaria).</p> <p><b>0312 Nivel de autocuidado:</b> Acciones personales para realizar actividades básicas de cuidado e instrumentales de la vida diaria.</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 031304 Se alimenta. 031305 Mantiene higiene personal. 031315 Controla su medicación no parenteral</li> </ul> <p><b>Aplicada la Escala Likert:</b> En los tres indicadores, la puntuación es de 2 (Sustancialmente comprometido).</p> <p><b>OBJETIVO:</b> Aumentar la puntuación de los indicadores a 3 en un periodo de tres semanas.</p>	

**TAXONOMÍA NIC**

**Campo 1:** Fisiológico básico (Cuidados que apoyan el funcionamiento físico).

**Clase F:** Facilitación del autocuidado (Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida diaria).

**1803 Ayuda con el autocuidado: Alimentación**

(Ayudar a una persona a comer).

**1801 Ayuda con el autocuidado: Baño/higiene**

(Ayudar al paciente a realizar la higiene personal).

**1802 Ayuda con el autocuidado: Vestirse/arreglo personal** (Ayudar a un paciente con la ropa y el aspecto).

**Actividades:**

- Identificar la dieta prescrita.
- Animar al paciente a que coma en el comedor.
- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
- Proporcionar los objetos personales deseados.
- Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, privada y personalizada.
- Facilitar que el paciente se bañe el mismo, según corresponda.
- Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar.
- Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario.
- Mantener la intimidad mientras el paciente se viste.
- Reforzar los esfuerzos por vestirse solo.
- Seguir los cinco principios de la administración de medicación.
- Mezclar medicamentos de mal sabor con los alimentos o líquidos, según corresponda.
- Comprobar los efectos terapéuticos, efectos adversos, toxicidad del fármaco e interacciones de los medicamentos en el paciente.
- Documentar los medicamentos administrados y la respuesta del paciente, de acuerdo al protocolo del centro.

**Campo 2:** Fisiológico complejo (Cuidados que apoyan la regulación homeostática).

**Clase H:** Control de fármacos (Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos).

**2304 Administración de medicación: oral** (Preparación y administración de medicamentos orales).

### TAXONOMÍA NANDA-I

**Dominio 11:** Seguridad / Protección (Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, prevención de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad).

**Clase 2:** Lesión física (Lesión o daño corporal).

**00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea** (Riesgo de alteración de la epidermis y/o en la dermis).

<b>D.E: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</b> r/c extremos de edad, humedad, secreciones y factores mecánicos (Por ejemplo fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones).	Luis Rodrigo <sup>17</sup> lo <b>aconseja</b> al ser posible actuar sobre los factores de riesgo eliminándolos, reduciéndolos o modificando sus efectos.
---	--

### TAXONOMÍA NOC

**Dominio 2:** Salud fisiológica (Resultados que describen el funcionamiento orgánico).

**Clase L:** Integridad tisular (Resultados que describen la condición y función de los tejidos corporales de una persona).

**1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas** (Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y membranas mucosas).

**Indicadores: 110104 Hidratación**<sup>XX-27</sup>

**Aplicada la Escala Likert:** puntuación de 4 (Levemente comprometido)

**OBJETIVO:** Incrementar la puntuación del indicador a 5 en un intervalo de dos semanas.

### TAXONOMÍA NIC

<p><b>Campo 2:</b> Fisiológico complejo (Cuidados que apoyan la regulación homeostática).</p> <p><b>Clase L:</b> Control de la piel/heridas (Intervenciones para mantener o restablecer la integridad tisular).</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <p>Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.</p> <p>Vigilar la presencia excesiva de sequedad o humedad de la piel.</p>
---	---

<sup>XX</sup> Este NOC está seleccionado, para este DE y asociado a los factores de riesgo.

<p><b>2590 Vigilancia de la piel</b> (Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas).</p>	<p>Utilizar una herramienta de evaluación para identificar apacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (por ejemplo: Escala de Braden→Anexo 3). Documentar los cambios en la piel y mucosas<sup>28</sup>.</p>
<p><b>TAXONOMÍA NOC</b></p>	
<p><b>Dominio 2:</b> Salud fisiológica (Resultados que describen el funcionamiento orgánico). <b>Clase F:</b> Eliminación (resultados que describen los patrones y el estado de excreción y eliminación de una persona). <b>0502 Continencia urinaria</b><sup>xxi - 27</sup> (Control de la eliminación de la orina de la vejiga). <b>Indicadores:</b> 050213 Ropa interior de la cama mojada durante la noche. <b>Aplicada la Escala de Likert:</b> Puntuación de 3 (A veces demostrado) <b>OBJETIVO:</b> Mantener la puntuación actual del indicador durante dos semanas.</p>	
<p><b>TAXONOMÍA NIC</b></p>	
<p><b>Campo 1:</b> Fisiológico básico (Cuidados que apoyan el funcionamiento físico). <b>Clase B:</b> Control de eliminación (Intervenciones para establecer / mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones). <b>0610 Cuidados de la incontinencia urinaria:</b> (Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel).</p>	<p><b>Actividades:</b> Ayudar a seleccionar la prenda/compresa de incontinencia adecuada. Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares<sup>28</sup>. Limitar los líquidos durante 2-3 horas antes de irse a la cama.</p>

<sup>xxi</sup> Este NOC está seleccionado, para este DE y asociado a los factores de riesgo

### TAXONOMÍA NANDA-I

**Dominio 5:** Percepción/Cognición (Sistema de procesamiento de la información humana que incluye atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación).

**Clase 4:** Cognición (Uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje).

**00131 Deterioro de la memoria:** Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales.

<b>Deterioro de la memoria</b> r/c trastornos neurológicos m/p incapacidad para recordar acontecimientos y aprender - retener nueva información.	Recomendado por M <sup>a</sup> T. Luis Rodrigo al poder actuar los profesionales de enfermería a <i>“ayudar a mantener o potenciar las capacidades que todavía tiene la persona”</i> <sup>17</sup> .
--	--

### TAXONOMÍA NOC

**Dominio 2<sup>xxii</sup>:** Salud Fisiológica (Resultados que describen el funcionamiento orgánico).

**Clase J:** Neurocognitiva (Resultados que describen el estado neurológico y cognitivo de una persona).

**0920 Nivel de demencia:** Gravedad de las perturbaciones irreversibles en la conciencia y la cognición que conduce a pérdidas funcionales en la esfera mental, física y social durante un periodo prologando de tiempo.

**Indicadores:** 092001 / 092002 / 092009 Dificultad para recordar hechos recientes, nombres y seguir órdenes complejas.

**Aplicada la Escala de Likert:** La puntuación de los indicadores es de 3 (Moderado)

**OBJETIVO:** Mantener la puntuación de los indicadores durante un periodo de tiempo de cuatro semanas.

<sup>xxii</sup> El dominio y la clase coinciden en ambos NOC.

<b>TAXONOMÍA NIC</b>
<p><b>Campo 4<sup>XXIII</sup></b>: Seguridad (Cuidados que apoyan la protección contra daños).</p> <p><b>Clase V<sup>XXIII</sup></b>: Control de riesgos (Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar su control a lo largo del tiempo).</p> <p><b>6460 Manejo de la demencia<sup>27 - XXIII, XXIV</sup></b>: Proveer un ambiente modificado para el paciente que experimenta un estado de confusión crónico.</p>
<p><b>Actividades:</b> Presentarse al iniciar el contacto, dirigirse al paciente por su nombre, hablar despacio y dar una orden simple cada vez.  Hablar con un tono de voz claro, bajo, cálido y respetuoso<sup>28</sup>.  Utilizar la distracción, en lugar de la confrontación, para manejar la conducta.  Evitar situaciones extrañas, en lo posible (cambios de habitación y entrevistas ante personas desconocidas).</p>
<b>TAXONOMÍA NOC</b>
<p><b>0901 Orientación cognitiva<sup>XXV - 27</sup></b>: Capacidad para identificar personas, lugares y tiempo con exactitud.</p> <p><b>Indicadores:</b> 090102/ 090103/ 090104/ 090105/ 090106 Identifica a los seres queridos / el lugar / el día presente/ el mes y año actual</p> <p><b>Aplicada la escala de Likert:</b> Puntuación de los indicadores de 2 (Sustancialmente comprometido).</p> <p><b>OBJETIVO:</b> Aumentar la puntuación de los distintos indicadores a 3 en un intervalo de tres semanas.</p>
<b>TAXONOMÍA NIC</b>
<p><b>6460 Manejo de la demencia<sup>XXVI - 27</sup></b></p>
<p><b>Actividades:</b> Evitar frustrar al paciente interrogándolo con preguntas de orientación que no pueden ser respondidas. Fomentar la expresión verbal de sentimientos, tanto positivos como y negativos, de los sucesos pasados. Proporcionar apoyo, ánimo y empatía.</p>

<sup>XXIII</sup> Campo, clase y definición coinciden en los NIC descritos.

<sup>XXIV</sup> NIC seleccionado para este DE.

<sup>XXV</sup> Este NOC está seleccionado, para este DE.

<sup>XXVI</sup> Es una intervención considerada principal. Este NIC está seleccionado, para este DE

### TAXONOMÍA NANDA-I

**Dominio 11:** Seguridad / Protección (Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, prevención de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad).

**Clase 2:** Lesión física (Lesión o daño corporal).

**00155 Riesgo de caídas** (Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico).

**Riesgo de caídas r/c** uso de dispositivos de ayuda, dificultad en la marcha y habitación desconocida.

Esta etiqueta diagnóstica se **aconseja** usar según M. T. Luis Rodrigo porque es *“posible reducir el riesgo actuando sobre la conducta [...] o sobre los factores externos que contribuyen a aumentarlo o mantenerlo”<sup>17</sup>*.

### TAXONOMÍA NOC

**Dominio 4:** Conocimiento y conducta de salud (Resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad).

**Clase T:** Control del riesgo y seguridad (Resultados sobre el estado de seguridad de una persona y/o las acciones para evitar, limitar o controlar las amenazas identificables para la salud).

**1909 Conducta de prevención de caídas**<sup>xxvii - 27</sup> (Acciones personales o de cuidados para minimizar los factores de riesgo que pueden producir caídas en el entorno personal).

**Indicadores:** 190905 / 190901/ 190910 Utiliza el pasamanos, dispositivos de ayuda correctamente (bastón), zapatos bien ajustados.

**Aplicación Escala de Likert:** Puntuación en los indicadores de 3 (a veces demostrado).

**OBJETIVO:** Incrementar a 4 la puntuación de los indicadores en un periodo de tiempo de una semana.

<sup>xxvii</sup> Este NOC está seleccionado, para este DE y asociado a los factores de riesgo

**TAXONOMÍA NIC**

**Campo 4:** Seguridad (cuidados que apoyan la protección contra daños).

**Clase V:** Control de riesgos (intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos a lo largo del tiempo).

**6610 Identificación de riesgos<sup>xxviii</sup> - <sup>27</sup>**(Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas).

**6490 Prevención de caídas<sup>27-xxix</sup>** (Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas).

**Actividades:**

Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo.

Aplicar las actividades de reducción de riesgos.

Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción de riesgo.

Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.

Ayudar a la deambulación de las personas inestables.

Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.

Disponer superficies de suelo antideslizantes, anticaídas.

Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.

<sup>xxviii</sup> <sup>xxviii</sup> NIC seleccionados para este DE.



### TAXONOMÍA NANDA-I

**Dominio 9:** Afrontamiento/Tolerancia al estrés (Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales).

**Clase 1:** Respuestas postraumáticas (Reacciones tras un trauma físico o psicológico).

**00149 Riesgo de síndrome de estrés del traslado:** (Riesgo de sufrir trastorno fisiológico y/o psicológico tras traslado de un entorno seguro).

**Riesgo de síndrome de estrés del traslado** r/c trasladarse de un entorno a otro y deterioro del estado de salud.

La autora M.T. Luis Rodrigo<sup>17</sup> lo recomienda al poderse abordar por parte del personal de enfermería, *“reducir el impacto del cambio”*.

### TAXONOMÍA NOC

**Dominio 3:** Salud psicosocial (El funcionamiento psicológico y social).

**Clase N:** Adaptación psicosocial (Adaptación psicológica y/o social de una persona a la alteración de la salud/las circunstancias de la vida).

**1305 Modificación psicosocial: cambio de vida** (Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante).

**Indicadores:**

- 130505 Expresiones de optimismo sobre el presente.
- 130506 Expresiones de optimismo sobre el futuro.
- 130511 Expresiones de satisfacción con la reorganización de la vida.

**Aplicación Escala de Likert:** Puntuación de 3 en todos los indicadores (a veces demostrado).

**OBJETIVO:** Aumentar los tres indicadores a una puntuación de 4 en un periodo de tiempo de dos semanas.

<b>TAXONOMÍA NIC</b>	
<p><b>Campo 6:</b> Sistema sanitario (Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema sanitario de prestación de asistencia sanitaria).</p> <p><b>Clase Y:</b> Mediación del sistema sanitario (Intervenciones facilitadoras del encuentro entre el paciente/familia y el sistema de asistencia sanitaria).</p> <p><b>7310 Cuidados de enfermería al ingreso</b> (Facilitar el ingreso del paciente a un centro sanitario).</p>	<p><b>Actividades:</b></p> <p>Orientar al paciente/familiar/allegados sobre: las instalaciones y las expectativas de los cuidados.</p> <p>Ofrecer una intimidad adecuada para el paciente/familia/seres queridos.</p> <p>Atender inmediatamente las llamadas del timbre, que siempre debe estar al alcance del paciente.</p>
<p><b>Campo 1:</b> Fisiológico básico (Cuidados que apoyan el funcionamiento físico).</p> <p><b>Clase E:</b> Fomento de la comodidad física (Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas).</p> <p><b>6482 Manejo ambiental</b> (Manejo del entorno del paciente facilitando la comodidad).</p>	<p>Crear un ambiente tranquilo, de apoyo limpio y seguro.</p> <p>Ofrecer la elección, siempre que sea posible, de visitas y actividades sociales.</p>

### 4.3 Otros problemas relevantes

4.3.1 Complicaciones potenciales: no se identifican en la elaboración de plan de cuidados al ingreso de la residente. Se valorarán en la evaluación constante del mismo por si es necesario contemplar algún problema de colaboración debido al empeoramiento o cambio de situación.

4.3.2 Afrontamiento familiar: el plan de cuidados ha sido desarrollado en un centro socio – sanitario, convirtiéndose en el nuevo domicilio de la residente. Por ello, no se han elaborado diagnósticos para la unidad familiar y se les incluye en actividades con el fin de no distorsionar la relación.

## 5. Discusión

Actualmente, algunas enfermeras, manifiestan tener dificultades por la implantación en los servicios sanitarios, de las nuevas aplicaciones informáticas que incorporan las taxonomías NANDA – NOC – NIC, sobre todo por lo novedoso, para ellas, del programa, la inversión de tiempo que se requiere para el aprendizaje y la familiarización con la metodología enfermera, que permite unificar un lenguaje propio y estandarizar los cuidados. Además los problemas de colaboración o complicaciones potenciales son planteados, por enfermeras con experiencia clínica y en taxonomías, como Diagnósticos de Riesgo. Otras autoras afirman que habrá que considerarlos como “Diagnósticos de Enfermería de Vigilancia”, e identificarse como problemas derivados de la práctica interdisciplinar<sup>29</sup>.

El Resultado del plan de cuidados individualizado descrito y basado en PCE y guías existentes, proporciona una serie de beneficios para el usuario, al personal de enfermería y a la profesión<sup>13</sup>. Hace partícipe al propio usuario de su cuidado al realizarse una valoración de enfermería en conjunto, fomentando la autonomía dentro de las posibilidades existentes y proporcionando una atención de calidad a través de la continuidad o modificación de los mismos según se requiera, ya que permiten monitorizar el estado del paciente en relación al plan de cuidados establecido<sup>13</sup>. Respecto a los profesionales de enfermería: aumenta la satisfacción personal puesto que se establece una relación de enfermera – usuario que facilita la elaboración de los planes, evaluando posteriormente el impacto de la intervención y/o la necesidad de modificar o eliminarla<sup>13</sup>. Profesionalmente, define el campo de la enfermería y ayuda a identificar las funciones independientes<sup>13</sup>. Los PCE, requieren ser adaptados a pacientes/usuarios, ya que se basan en la respuesta de individuos distintos ante una situación clínica específica y común en todos ellos. Poseen ventajas como: prevenir la variabilidad de la asistencia ya que sistematiza las actividades de enfermería mediante el uso de un lenguaje estandarizado, determinando qué intervenciones basadas en la evidencia han de llevarse a cabo, proporcionando cuidados de calidad y mejorando la práctica enfermera. En su elaboración y ejecución promueven el trabajo en equipo, eliminan la necesidad de reescribir intervenciones rutinarias ante situaciones clínicas semejantes favoreciendo y facilitando la familiarización con las taxonomías NANDA – NOC – NIC permitiendo mayor inversión de tiempo en el cuidado del usuario en vez de emplearlo en su elaboración<sup>9,18</sup>. Poseen una serie de limitaciones, como la

dificultad para percibir cambios individuales del usuario derivados de las necesidades personales y requerir una amplia formación en metodología enfermera y experiencia clínica para su preparación<sup>9,18</sup>. Por todo ello, entendemos los PCE como una propuesta adaptable a cada paciente y situación, por lo que su existencia, extendida a gran parte de las patologías comunes en la población facilitaría su implementación, proporcionando un apoyo para todos aquellos profesionales noveles no familiarizados con los planes de cuidados individualizados. Para ello, es necesario contar con la implicación de enfermeras expertas para su elaboración y validación, a través de estudios que confirmen con evidencias científicas las intervenciones propuestas relacionadas con los factores que originan el problema identificado, enunciado como DE y para lograr los Resultados Esperados.

Destacar las dificultades encontradas en la búsqueda de guías y PCE sobre EA, existiendo DE cuyo uso, actualmente está desaconsejado. Esto, puede deberse a la inexistencia de una estrategia nacional para la EA, que señale las directrices de los cuidados a realizar para este tipo de pacientes.

## **6. Conclusiones**

Utilizar un lenguaje enfermero por medio de las taxonomías NANDA-NOC-NIC, incluidas en un proceso y con directrices de un modelo enfermero, permite a las enfermeras, elaborar planes de cuidados para el usuario con EA y su familia. Diseñar planes orientados a mantener y aumentar la calidad de vida de las personas afectadas como de su familia supone un reto y una necesidad tanto para la enfermera como para el equipo interdisciplinar que lo atiende priorizando a la hora de establecer los Diagnósticos de Enfermería y Resultados Esperados.

Destacar la función docente de los profesionales de enfermería (sobre el paciente y familia) e investigadora (evidencias en las guías clínicas) para promover el desarrollo profesional, mediante aportaciones a la resolución de los DE y a la determinación de las intervenciones más pertinentes para lograr los resultados. Los PCE son una buena herramienta de trabajo, siempre que se individualicen, con el fin de ajustarse a las necesidades y respuestas del usuario, familia (su implicación es muy importante para lograr el éxito), recordando realizar una valoración integral y holística. *“Diagnosticar, en enfermería, sin acercarnos aunque sea mínimamente a las historias personales es un error de bulto o, más bien, un ejercicio imposible”<sup>30</sup>.*

## 7. Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias [Internet]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. [Actualizado nov 2013; citado 9 dic 2013]. Disponible en:

[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_484\\_Alzheimer\\_AIAQS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf)

2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> ed. Arlington; 2013.

3. Alzheimer's Disease International, World Health Organization. Dementia: a public health priority [Internet]. Geneva: WHO press; 2012. [Actualizado 23 abr 2012; citado 9 dic 2013]. Disponible en:

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf)

4. Basurto Hoyuelos S, de Lorenzo Urien E, Ruiz de Alegría Fernández de Retana B. Estrategias de Afrontamiento beneficiosas para las mujeres que cuidan de un progenitor con Alzheimer. Index de Enfermería [Internet]. 2006 [Citado 15 abr 2014]; 15 (1). Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962006000200002>

5. Guerchet M, Prina M, Prince M. World Alzheimer Report 2013. Journey of Caring: an analysis of long-term care for dementia [Internet]. London: Alzheimer's Disease International (ADI); 2013. [Actualizado sep 2013; citado 9 dic 2013]. Disponible en:

<http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013.pdf>

6. Lilly, PwC. Alianza por el Alzheimer. Estado del arte de la Enfermedad de Alzheimer en España [Internet]. España: 2013. [Actualizado 18 jun 2013; citado 12 dic 2013]. Disponible en:

[http://static.correofarmaceutico.com/docs/2013/06/18/in\\_al.pdf](http://static.correofarmaceutico.com/docs/2013/06/18/in_al.pdf)

7. Aguirre Martín – Gil R, Arranz Santamaría LC, Bermejo Pareja F, Calcedo Barba A, De la Torre Vidal J, García Merino JI et al. .La enfermedad de

Alzheimer y otras demencias. Detección y cuidados en las personas mayores. [Internet]. Madrid (España): 2007. [Actualizado 2007; citado 12 dic 2013]. Disponible en:

<http://www.publicaciones-isp.org/productos/t062.pdf>

8. Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. [Internet]. Bilbao (España): Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco; 2010. [Actualizado 11 dic 2012; citado 14 enero 2014]. Disponible en:

<http://cronicidad.blog.euskadi.net/proyecto-estrategico/>

9. Domingo Pozo M. Guía de validación de los planes de cuidados estandarizados. Proceso de validación teórica y clínica. [Internet]. Alicante (España): 2011. [Actualizado ene 2011, citado feb 2014]. Disponible en:

[http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18136/guiaPAE\\_enero2011.pdf](http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18136/guiaPAE_enero2011.pdf)

10. Martínez Carretero JM. Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetivo estructurada (ECO-E). Educ. Méd. [Internet]. 2005 [Citado 2014 may 09]; 8 (2). Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-18132005000600007&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132005000600007&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

11. Alba Rosales MA, Bellido Vallejo JC, Cárdenas Casanova V, Ibáñez Muñoz J, López Márquez A, Millán Cobo MD et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. 1ª ed. Jaén (España): Colegio de Enfermería de Jaén; 2010.

12. Alfaro - Lefevre R. Pensamiento crítico y juicio clínico en Enfermería. 4ª ed. Madrid (España): Elsevier - Masson; 2009.

13. Alfaro – Lefevre R. Aplicación del Proceso enfermero. 5ª ed. Barcelona (España): Masson; 2005.

14. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE nº 225, (16 de Septiembre de 2010).

15. Decreto 38/2012, 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica. Boletín Oficial País Vasco 65/2012, 29 de marzo de 2012.
16. Nanda International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación (2012-2014).1ª ed. Barcelona (España): Elsevier; 2013.
17. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona (España): Elsevier 2013.
18. Carpenito L. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. 9ª ed. Madrid: McGraw – Hill; 2002.
19. Moorhead S, Johnson M, Maas M. L, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 5ª ed. Barcelona (España): Elsevier - Mosby; 2013.
20. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona (España): Elsevier - Mosby; 2013.
21. Johnson M; Bulecheck G. y cols. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. 2ª ed. Madrid (España): Elsevier – Mosby; 2006.
22. Brito González L, Bueno Perdomo J, Damas Plasencia L, Fernández Hernández JA, Gómez Martín M, González Pérez T et al. Manual de Actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. 1ª ed. Santa Cruz de Tenerife (España): Servicio Canario de la Salud – Gobierno de Canarias; 2011.
23. Alonso Ríos JA, Giraldez Rodríguez A, Navarrate Franco MD, Toral López I. Procesos asistenciales: Demencia. [Internet]. Junta de Andalucía. [Citado 5 ene 2014]. Disponible en:  
[http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asistenciales\\_integrados/demencia/demen\\_cuidados.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/demencia/demen_cuidados.pdf)
24. INVESTEN, RNAO. Guía de buenas prácticas en Enfermería. Detección del delirio, la demencia y la depresión en personas mayores. [Internet] Toronto (Ontario): nov 2003. [Actualizado 2010, citado 7 abr 2014]. Disponible en:

[http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/6403\\_Deteccion\\_DD\\_022014.pdf](http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/6403_Deteccion_DD_022014.pdf)

25. Serrano Gallardo P. Trabajo de fin de grado de Ciencias de la Salud. DAE: Madrid; 2012.

26. Arribas Cachá AA, Aréjula Torres JL, Borrego de la Osa R, Domínguez Blázquez M, Morente Parra M, Robledo Martín J et al. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración enfermería. Fundación para el desarrollo de la Enfermería - Observatorio de Metodología Enfermera: Madrid, 2006. [Actualizado 7 nov 2006, citado 1 feb 2014] Disponible en:

[http://ome.fuden.es/media/docs/CCVE\\_cd.pdf](http://ome.fuden.es/media/docs/CCVE_cd.pdf)

27. Butcher H, Bulechek G, Johnson M, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Vínculos de NOC- NIC a NANDA-I y Diagnósticos Médicos. 3ª ed. Barcelona (España): Elsevier – Mosby; 2012.

28. Ackley Bk, Ladwig GB. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. 7ª ed. Barcelona (España): Elsevier - Mosby 2007.

29. Alonso Blanco C, Corral Liria I, Losa Iglesias M, Salvadores-Fuentes P, Saravia Lavín R, Torres Manrique B. Identificación de los problemas de colaboración frente a los diagnósticos de enfermería [Internet]. AENTDE - Libro IX Symposium: 2012. [Actualizado 2012, citado 15 abr 2014] Disponible en:

[http://www.aentde.com/pages/bibliografia/symposiums\\_jornadas/libroixsymposium\\_final\\_12](http://www.aentde.com/pages/bibliografia/symposiums_jornadas/libroixsymposium_final_12)

30. El diagnóstico enfermero [Internet]. España: Ruimán Brito Brito. Desesperanza [10 oct 2013; citado 30 abr 2014]. Disponible en:

<http://eldiagnosticoenfermero.blogspot.com.es/2013/10/hopelessness.html>

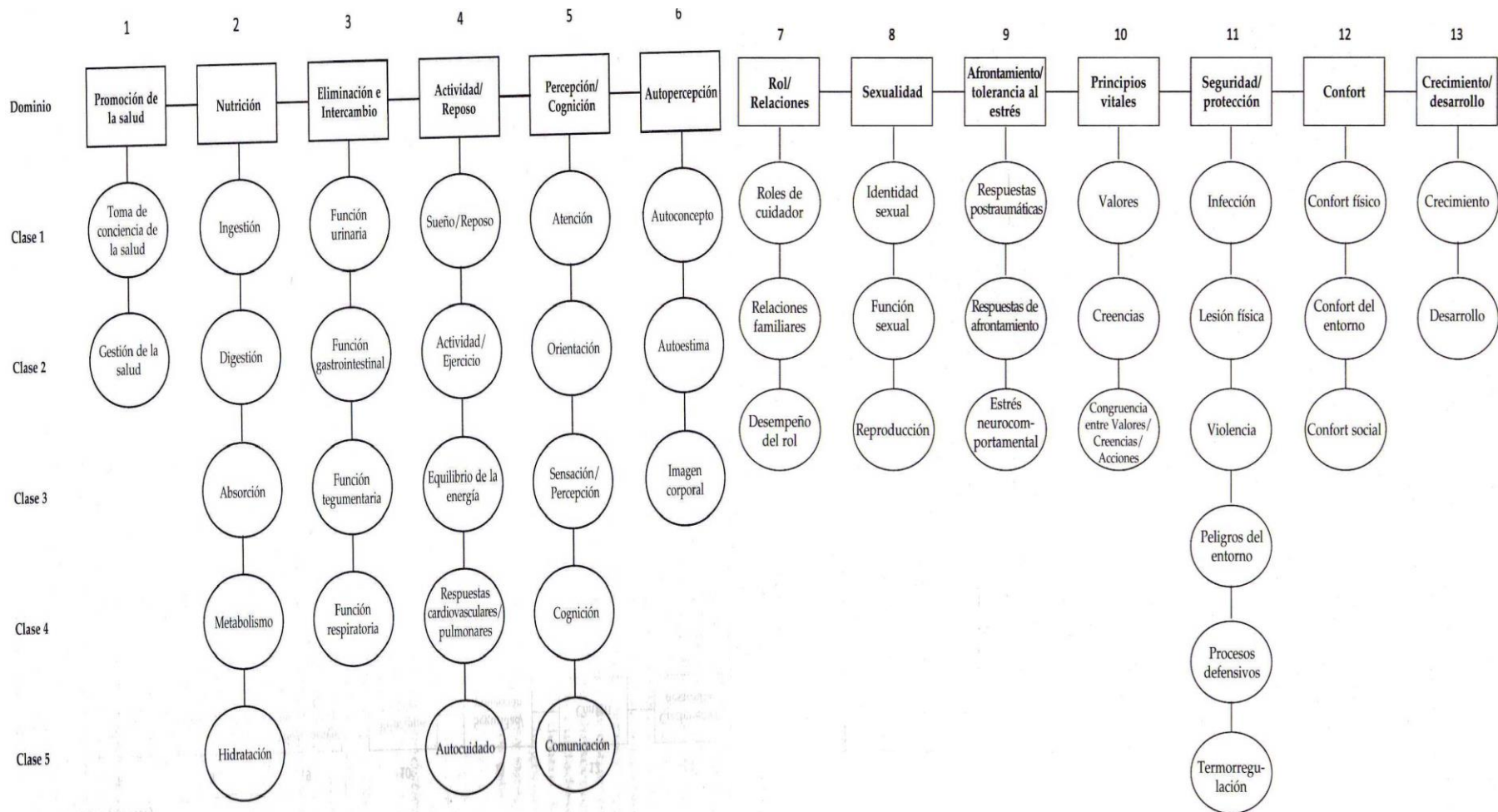


**Anexo 1: Sintomatología por etapas EA<sup>3</sup>.**

FASE/ETAPA	SINTOMATOLOGÍA
Fase temprana/etapa ligera	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia de olvidos, sobretodo en cosas que acaban de suceder</li> <li>- Dificultad en la comunicación (encontrar las palabras adecuadas)</li> <li>- Desorientación espacial en lugares previamente conocidos</li> <li>- Dificultad para la realización de actividades complejas en el hogar</li> <li>- Estado conductual: agresividad, cambios de humor, disminución de la actividad y desmotivación...</li> </ul>
Etapa intermedia/Fase moderada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento de las limitaciones</li> <li>- Acentuación de los olvidos principalmente de hechos recientes y nombres.</li> <li>- Desorientación espacial y temporal.</li> <li>- Dificultad de expresión y comprensión.</li> <li>- Necesidad de ayuda en la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)</li> <li>- Incapacidad para vivir solo en condiciones seguras</li> <li>- Cambios de comportamiento: vagabundeo, agresividad, trastornos del sueño, demanda constante, presentar alucinaciones...</li> </ul>
Etapa tardía/ Fase grave	<p>Dependencia e inactividad total.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desorientación temporal y espacial total.</li> <li>- Dificultad para reconocer lo que ocurre alrededor y a sus familiares y amigos</li> <li>- Incapacidad para alimentarse, precisa de ayuda total.</li> <li>- Puede presentar incontinencia fecal y/o urinaria</li> <li>- Dependencia para el cuidado personal</li> <li>- Deterioro de la movilidad</li> <li>- Cambios conductuales: agresión, agitación...</li> </ul>

Tabla 1: Sintomatología de la EA en las distintas fases del proceso patológico. Traducción y adaptación personal.

## Anexo 2: Dominios y clases de la Taxonomía II<sup>16</sup>.



2. Dominios y clases de la Taxonomía II de Nanda Internacional<sup>16</sup>.

### Anexo 3: Necesidades básicas de Virginia Henderson<sup>11</sup>.

<b>14 Necesidad de Virginia Henderson</b>
1. Respirar normalmente: conocer el patrón respiratorio del individuo.
2. Comer y beber adecuadamente: conocer el nivel de hidratación y nutrición del usuario teniendo en cuenta los requerimientos según edad, sexo y estado de salud (medidas antropométricas, hábitos alimenticios...).
3. Eliminar los desechos corporales: conocer el patrón de eliminación urinaria, fecal, a través de la piel, menstruación...
4. Moverse y mantener posturas adecuadas: conocer los hábitos de ejercicio y actividad, como las limitaciones.
5. Dormir y descansar: conocer los hábitos de sueño y descanso, problemas y/o dificultades.
6. Vestirse y desvestirse. Seleccionar ropas adecuadas: valorar la capacidad para vestirse, elegir la ropa adecuada y limpieza de las mismas.
7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno: conocer la temperatura corporal y las condiciones ambientales.
8. Mantener la higiene corporal e integridad de la piel: conocer frecuencia, medios, duración y las limitaciones para llevar a cabo el higiene personal.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros: conocimientos y habilidades para prevención de caídas y accidentes.
10. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones: conocer la efectividad de la interacción social.
11. Valores y creencias: conocerlos las creencias, valores y culturas del usuario y la posible influencia de las mismas sobre la salud.
12. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro: valorar la autoestima, autoimagen, posición en el grupo social entre otras.
13. Jugar o participar en diversas formas de ocio: conocer las actividades de entretenimiento del paciente.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles: conocer los conocimientos de la persona sobre las actividades que son beneficiosas para sí mismo.

3. Enumeración y explicación de las necesidades básicas de Virginia Henderson<sup>11</sup>.

## Anexo 4: Índice de Barthel.

### Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

### Lavarse – bañarse –

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

### Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

### Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

### Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

### Micción - valorar la situación en la semana previa –

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

### Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda ( puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

### Trasladarse sillón / cama

15	Independiente.	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

### Deambulaci3n

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, 3tc...) excepto andador. Si utiliza pr3tesis es capaz de pon3rselo y quit3rsela s3lo
10	Necesita ayuda	supervisi3n o peque1a ayuda f3sica (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

### Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, 3tc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisi3n f3sica o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

---

4. Aplicada en la valoraci3n del paciente tipo. Juntadeandalucia.es [Internet]. Servicio Andaluz de Salud: Junta de Andaluc3a. [Actualizado 14 mar 2013, citado 10 de mar de 2014]. Disponible en:  
[http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT4\\_AutoAVD\\_Barthel.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT4_AutoAVD_Barthel.pdf)

## Anexo 5: Escala de Braden – Bergstrom.

Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas	Puntos
Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema	<b>1</b>
Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial	<b>2</b>
Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema potencial	<b>3</b>
Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente		<b>4</b>

	BRADEN - BERGSTROM	<13	<b>ALTO RIESGO</b>
	BRADEN - BERGSTROM	13-14	<b>RIESGO MODERADO</b>
<b>Si edad &lt; 75 años</b>	BRADEN - BERGSTROM	15-16	<b>BAJO RIESGO</b>
<b>Si edad &gt;= 75 años</b>	BRADEN - BERGSTROM	15-18	<b>BAJO RIESGO</b>

5. Aplicada en la valoración del paciente tipo. Urgenciasdonostia.org [Internet]. Vitoria: Osakidetza; 2006. [Actualizado 2008, citada 10 mar 2014] Disponible en: <http://www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/DUE/Protocolos/Tecnicas/PREVENCI%C3%93NCUI DADOSUPP.pdf>

**Anexo 6: Escala de riesgo de caídas de J.H. Downton.**

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
	Ninguno	0
MEDICAMENTOS	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
ESTADO MENTAL	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
	Orientado	0
DEAMBULACIÓN	Confuso	1
	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

6. Aplicada en la valoración del paciente tipo. Madrid.org [Internet]. Madrid: Salud Madrid. [Actualizado sep 2005, citado 10 mar 2014]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185662&ssbinary=true>

**Anexo 7: Valoración de Enfermería.**

<b>VALORACIÓN DE ENFERMERÍA</b>	
<p>Datos personales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fecha de nacimiento: 07/12/1933</li> <li>- Edad: 80 años</li> <li>- Estado civil: soltera</li> </ul>	<p>Campo Médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alergias: Amoxicilina e Intolerancia al Metamizol.</li> <li>- Vacunación: en regla</li> <li>- Patología incapacitante:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2010 Demencia tipo Alzheimer en fase moderada actualmente.</li> </ul> </li> </ul>

<b>Necesidad</b>	<b>Manifestaciones de independencia</b>	<b>Manifestaciones de dependencia</b>
------------------	---	---------------------------------------

<b>Respirar normalmente.</b>	0201 Frecuencia respiratoria: 15 respiraciones por minuto (rpm). 2607 Tensión arterial sistólica: 135 milímetros de mercurio (mmHg). 2608 Tensión arterial diastólica: 72 mmHg. 2609 Frecuencia cardiaca: 70 pulsaciones por minuto (ppm). 2602 Edemas: no. 2606 Pulsos periféricos presentes.	No se observan.
------------------------------	---	-----------------



<b>Comer y beber de forma adecuada.</b>	0101 Peso: 62,450 kilogramos (kg). 0102 Talla: 159 centímetros (cm). 0103 Índice de Masa Corporal (IMC): 24,7 kg/metros(m) <sup>2</sup> (dentro de los límites normales). 0303 N° de comidas al día: 4.	0328 Dependencia para alimentarse: ayuda y supervisión en la preparación. <u>Falta de fuerza.</u>
<b>Eliminar por todas las vías corporales.</b>	0501 N° deposiciones a la semana: diario. 0601 Micciones al día: 3-4 veces.	0616 Nicturia. 0618 Utilización de absorbentes. <u>Falta de fuerza</u>
<b>Moverse y mantener posturas adecuadas.</b>	1203: Test "levántese y ande": sí.	- 1201 Sistema de ayuda (movilidad): bastón. - 1204 Test de Barthel <sup>xxx</sup> , (anexo 3): 75 puntos dependencia moderada. <u>Falta de fuerza</u>

<sup>xxx</sup> Test/Índice de Barthel: cuestionario que permite la valoración de la autonomía para las actividades de la vida diaria, que consta de 10 ítems de tipo Likert con intervalos de cinco puntos entre los mismos. El rango de valores varía entre 0 y 100, dando como resultado a menor puntuación, mayor dependencia. Los puntos de corte sugeridos son los siguientes:

- **0 a 20: dependencia total**    21 a 60: dependencia severa    61 a 90: dependencia moderada.    91 a 99: dependencia escasa    **100: independencia**

<b>Dormir y descansar</b>	1301 Sueño/descanso: adecuado 1302 Horas de sueño/día: 6 horas.	No se observan.
---------------------------	--	-----------------

<b>Vestirse y desvestirse. Elegir ropas adecuadas.</b>	No se observan	Higiene del vestido. Arreglo: si, requiere ayuda. 4505 Ropa adecuada: requiere ayuda para la elección. <u>Falta de fuerza</u>
--	----------------	---

<b>Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.</b>	4606 Temperatura corporal (axilar): 36,1°C.	No se observan.
---	---	-----------------

<b>Mantener la higiene corporal e integridad de la piel.</b>	1010 Higiene boca: adecuada, utiliza prótesis dental.	1001 Higiene personal: adecuada, requiere ayuda. 1010 Higiene pies: adecuado, requiere ayuda. 2509 Deficiente hidratación de la piel. <u>Falta de fuerza</u> Escala de Braden – Bergstrom <sup>xxxi</sup> (anexo 4): 18 → riesgo bajo.
--	---	--

<sup>xxxi</sup> Escala de Braden – Bergstrom: cuestionario que aborda 6 ítems sobre el riesgo de úlcera por presión (UPP) y cuya puntuación varía desde 1 (menos deseable) a 4 (más deseable) excepto “fricción y rozamiento” que puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación varía de 6 a 23 puntos, determinando que a menos puntuación, mayor riesgo de UPP. Han de valorarse también otros factores como la edad y el estado funcional.

<p><b>Evitar los peligros del entorno.</b></p>	<p>4509 Tabaco: no. 4511 Alcohol: no.</p>	<p>2907 Conocimientos del problema de salud: no conciencia de enfermedad (EA). 2910 Tratamiento farmacológico: sí. 2911 Adhesión al tratamiento farmacológico: necesidad de preparación de medicación. 3705 Orientado: no. 3708 Problemas de memoria. 3709 Alteraciones cognoscitivas. Escala de riesgo de caídas de J.H. Downton<sup>xxxii</sup> (anexo 5): puntuación 3 → alto riesgo. <u>Falta de fuerza</u></p>
<p><b>Comunicarse con los demás expresando emociones, temores, necesidades y opiniones.</b></p>	<p>3502 Contacto visual. 3505 Postura corporal: adecuada. 1405 Comparte problemas con alguien.</p>	<p>3607 Confusión. <u>Falta de fuerza</u></p>

<sup>xxxii</sup> Escala de riesgo de caídas de J.H. Downton: cuestionario que aborda 5 ítems con el fin de cuantificar el riesgo de caídas del usuario. Toda puntuación mayor de 2 supone un alto riesgo de caídas.

<b>Valores y creencias.</b>	1609 Practica alguna religión: no.	No se observan.
<b>Actuar y ocuparse de algo realizando acciones que tengan sentido de autorrealización.</b>	3828 Jubilado. 4701 Recursos económicos adecuados.	No se observan.
<b>Participar en actividades recreativas.</b>	1502 Tipo de ocio: coser.	No se observan.
<b>Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.</b>		3714 Dificultad para aprender.

7: Recogida de datos de la valoración de enfermería del paciente tipo con EA según las necesidades establecidas en el Modelo de Virginia Henderson.

