

Trabajo Fin de Grado

Proceso de Atención de
Enfermería en una paciente
con Esclerosis Múltiple
Secundaria Progresiva

Nursing Care Process in a patient
with Secondary Progressive
Multiple Sclerosis

Autora

María del Carmen Echeverría Sánchez

Directora

Isabel Antón Solanas

Facultad de Ciencias de la Salud. Zaragoza

Curso académico 2021-2022

ÍNDICE

1. RESUMEN:	3
2. ABSTRACT:.....	4
3. INTRODUCCIÓN:.....	5
4. OBJETIVOS:.....	8
5. METODOLOGÍA:.....	8
6. DESARROLLO:	11
6.1. CASO CLÍNICO:.....	11
6.2. VALORACIÓN:.....	14
6.3. PLAN DE CUIDADOS.....	17
6.3.1. Diagnóstico y planificación:.....	17
6.3.2. Ejecución:	35
6.3.3. Evaluación:	39
7. CONCLUSIONES:	49
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	50
9. ANEXOS:	60

1. RESUMEN:

Introducción: La esclerosis múltiple es una enfermedad neurodegenerativa desmielinizante del sistema nervioso central, de carácter crónico. Su etiología es desconocida, aunque diversos estudios actuales abalan la presencia del virus de Epstein- Barr como causa necesaria para desarrollar la enfermedad. La sintomatología es muy variada, siendo su diagnóstico clínico y a través de una resonancia magnética junto con pruebas de laboratorio. El tratamiento no es curativo. Debido a la situación de pandemia por la COVID-19, este tratamiento se ha visto afectado llevando a una situación de vulnerabilidad a las personas con esta enfermedad, conllevando a un deterioro de su salud tanto física como mental.

Objetivo principal: Identificar a través de un Proceso de Atención de enfermería individualizado las necesidades reales y potenciales de una mujer con esclerosis múltiple secundaria progresiva tras la pandemia ocasionada por el virus SARS-Cov-2.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica detallada y entrevistas a diferentes personas con esclerosis múltiple, y se elaboró un plan de cuidados individualizado utilizando la taxonomía NANDA, NOC y NIC a partir de un caso clínico tras el período de confinamiento por COVID-19.

Conclusión: El impacto negativo sobre la salud de las personas con esclerosis múltiple debido al confinamiento por COVID-19 ha evidenciado la importancia de la elaboración de un plan de cuidados individualizado en las personas con esta enfermedad. Con ello, se pretende mejorar la aceptación de la salud, así como su salud mental y adaptabilidad de su funcionalidad mediante la colaboración de la paciente y sus familiares, así como del resto de profesionales del equipo multidisciplinar.

Palabras clave: Esclerosis Múltiple, Impacto COVID-19, Cuidados Enfermería, Equipo Multidisciplinar.

2. ABSTRACT:

Introduction: Multiple sclerosis is a chronic demyelinating neurodegenerative disease of the central nervous system. Its etiology is unknown, although various current studies support the presence of the Epstein-Barr virus as a necessary cause to develop the disease. The symptomatology is very varied, being its clinical diagnosis and through an MRI together with laboratory tests. Treatment is not curative. Due to the pandemic situation by COVID-19, this treatment has been affected, leading to a situation of vulnerability for people with this disease, leading to a deterioration of their physical and mental health.

Aim: To identify, through an individualized Nursing Care Process, the real and potential needs of a woman with secondary progressive multiple sclerosis after the pandemic caused by the SARS-Cov-2 virus.

Methodology: A detailed bibliographic search and interviews were carried out with different people with multiple sclerosis, and an individualized care plan was developed using the NANDA, NOC and NIC taxonomy from a clinical case after the period of confinement due to COVID-19.

Conclusion: The negative impact on the health of people with multiple sclerosis due to confinement by COVID-19 has highlighted the importance of developing an individualized care plan for people with this disease. With this, it is intended to improve the acceptance of health, as well as their mental health and adaptability of their functionality through the collaboration of the patient and their relatives, as well as the rest of the professionals of the multidisciplinary team.

Key words: Multiple Sclerosis, COVID-19 Impact, Nursing Care, Multidisciplinary Team.

3. INTRODUCCIÓN:

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad neurodegenerativa del Sistema Nervioso Central (SNC) que puede conducir a una discapacidad clínica irreversible, de carácter crónico, inflamatoria y caracterizada por la desmielinización focal o multifocal del SNC, cicatrización glial y daño neuroaxonal¹. Es la enfermedad desmielinizante del SNC más frecuente y la primera causa de discapacidad de origen no traumático a nivel mundial en adultos jóvenes². Jean Charcot la reconoció como enfermedad en 1868 denominándola "Esclerosis en Placas", considerándose el punto de partida de la visión moderna de la EM^{3,4}.

Afecta principalmente a adultos jóvenes entre 20-40 años, siendo de dos a tres veces más común en mujeres^{2,5}. Se estima que en el mundo hay 2.5 millones de personas que padecen EM, 700.000 en Europa⁶. En los últimos años ha habido un incremento en la prevalencia de la EM en España, situándose aproximadamente en unos 100-125 casos/100.000 generando un alto impacto social, personal y sanitario⁷. Diversos estudios epidemiológicos abalan que España es un país de prevalencia media-alta, donde las cifras más altas proceden de zonas con latitudes más altas⁶ [ANEXO I]⁸.

Su etiología es poco conocida, aunque se sospecha que es de origen autoinmune, puede estar asociada a factores ambientales, infecciones víricas y predisposición genética siendo el aumento de la síntesis de inmunoglobulina G (IgG) intratecal y bandas oligoclonales (OCB) en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y en el cerebro la anomalía más común de laboratorio en la EM^{2,9}. Entre los principales factores de riesgo se encuentran los retrovirus endógenos humanos, el virus de Epstein-Barr (VEB) y el déficit de vitamina D, teniendo esta un alto impacto en el sistema inmune¹⁰. Los últimos estudios señalan que el VEB persiste después de la infección de forma latente en los linfocitos B demostrando que puede afectar a neuronas e inducir a la inflamación del SNC, activando así la respuesta inmunitaria y promoviendo el desarrollo de EM¹¹.

La EM tiene una clínica muy variable, así como su evolución¹² [ANEXO II]¹³. La sintomatología característica se presenta en función de la localización del foco desmielinizado incluyendo alteraciones de la sensibilidad, síndromes

cerebelosos, temblor, disartria, neuralgia del trigémino, vejiga neurógena, espasticidad, etc¹⁴. Los más frecuentes no inflamatorios de origen neurológico son la fatiga, afectando significativa y negativamente tanto al funcionamiento diario, como en el ámbito laboral y el dolor. El dolor es muy común en las personas con EM, afectando entre el 26 y 86%, siendo de carácter crónico en el 50% de tipo nociceptivo, neuropático o mixto, afectando a la calidad de vida, al sueño y a las actividades de la vida diaria (AVD)¹⁵. Por otra parte, los pacientes pueden presentar deterioro cognitivo pudiendo llegar a afectar al 70% de las personas con EM³.

Existen varios tipos de EM. La EM remitente-recurrente (EMRR) es el tipo con la que la mayoría de las personas debutan (aproximadamente el 85 %), se caracteriza por presentar ataques o exacerbaciones de los síntomas neurológicos denominados brotes, que por lo general desaparecen total o parcialmente y tienen una duración de días a semanas. Otro tipo de EM es la primaria progresiva (EMPP), de la cual son diagnosticadas entre un 10-15% de las personas con EM, caracterizada por presentar un deterioro constante de los síntomas sin remisiones^{16,17}. La EM secundaria progresiva (EMSP) es una forma secundaria de la EMRR, aparece 10-20 años después de la forma recurrente y está caracterizada por un empeoramiento de los síntomas progresivo sin períodos definidos de remisión en el tiempo^{17,18}. Por último, se encuentra la EM progresiva-recurrente (EMPR) que es un subtipo de la EMPP, la cual puede tener recaídas raras sobreimpuestas a una progresión lenta. Tiene escasas lesiones cerebrales y espinales en la resonancia magnética (RM), a diferencia de la EMRR^{14,17}.

Su diagnóstico es clínico principalmente, siendo la resonancia magnética (RM) una herramienta de confirmación², así como los criterios de McDonald ante la sospecha de EM¹⁹.

Las personas con EM sufren un deterioro de funcionalidad gradual, provocando una discapacidad medida estructuralmente mediante el desempeño de las AVD²⁰. Por ello, el tratamiento de la EM está dirigido a prevenir la discapacidad, reducir la frecuencia y la duración de las recaídas, mejorar la sintomatología y restablecer la funcionalidad. Es preventivo y paliativo²⁰. El tratamiento de los brotes se basa en corticoesteroides, hormona adrenocorticotropa (ACTH) y plasmaféresis. Para el tratamiento

modificador de la enfermedad son utilizados fármacos modificadores de la enfermedad (DTM) que son inmunosupresores. Para el tratamiento de sostén hay que tener en cuenta el curso clínico de la enfermedad, así como también realizar un tratamiento desde un enfoque transdisciplinar^{7,14}. El tratamiento del dolor en los pacientes con EM se limita al uso de analgésicos, antiepilépticos, antidepresivos, opiáceos y cannabinoides^{15,21}.

Por otra parte, en los dos últimos años de pandemia producida por la COVID-19, el seguimiento y tratamiento de la EM desde el ámbito sanitario ha sufrido un cambio drástico como consecuencia de la situación sanitaria, aunque su incidencia y tasa de mortalidad no han aumentado en comparación con el resto de la población. Sin embargo, cabe señalar que algunos de los factores de riesgo para desarrollar una forma más grave de la COVID-19 en las personas con EM son la edad avanzada, las formas progresivas y una mayor duración de la enfermedad^{22,23}.

Tras el confinamiento por la COVID-19, diversos estudios demuestran un impacto negativo en la salud de las personas con EM, produciendo un deterioro físico, mental, emocional y empeoramiento de la fatiga²⁴. El deterioro de la salud mental se manifiesta por depresión, insomnio, aumento de fatiga de la vida diaria y soledad. El miedo a infectarse, a la muerte o al empeoramiento de la salud han sido fuertes desencadenantes de angustia. El no poder salir a pasear y no acudir a sus terapias de rehabilitación han sido dos de los aspectos importantes que han influido negativamente en el curso de la EM durante el confinamiento²⁵.

Desde la pandemia, se han visto reflejados los déficits de cuidados por parte de nuestro sistema de salud, haciendo visible el deterioro de la funcionalidad de las personas con EM, así como el agravamiento de sus síntomas, siendo de especial relevancia la intervención desde enfermería en los centros de salud, intentado evitar que se produzca nuevamente dicha situación. Es fundamental el seguimiento desde atención primaria para un diagnóstico temprano y tratamiento precoz². Por este motivo, es de gran importancia la elaboración y ejecución de un Plan de Atención de Enfermería (PAE) individualizado abarcando los problemas derivados de la falta de seguimiento y cuidados en la EM tras el confinamiento, mejorando la funcionalidad perdida de los pacientes desde un enfoque transdisciplinar, implicando de manera

activa tanto a la paciente como a sus cuidadores principales en los cuidados propuestos.

4. OBJETIVOS:

El objetivo principal de este trabajo fue identificar y abordar a través de un PAE individualizado las necesidades reales y potenciales de una mujer con EMSP tras la pandemia por SARS-Cov-2.

Además, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Planificar actividades de educación para la salud sobre aspectos psicológicos en la paciente y sus cuidadores principales desde el PAE propuesto tras la pandemia de COVID-19.
- Proporcionar estrategias de prevención a la paciente y sus familiares para posibles futuros deterioros psicomotores debidos a la situación de pandemia en su ámbito domiciliario.
- Analizar las consecuencias de un déficit de cuidados de enfermería en la época de pandemia por COVID-19 en una paciente con EMSP.

5. METODOLOGÍA:

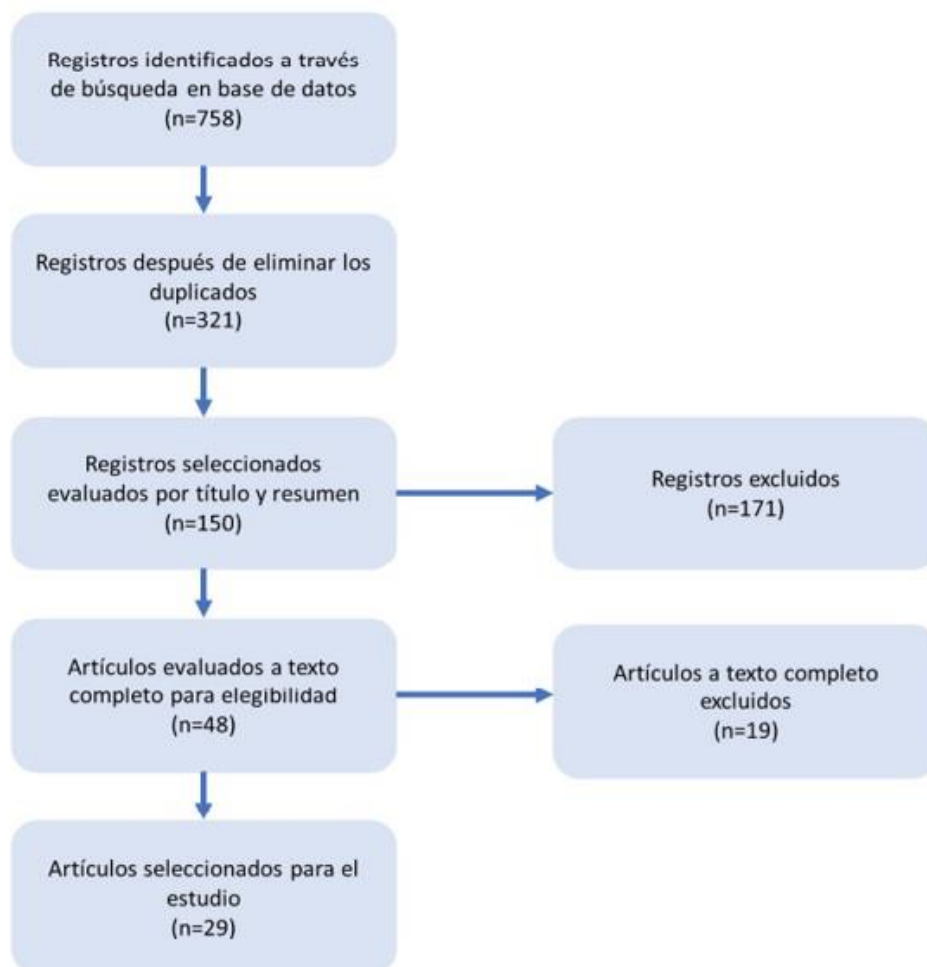
La búsqueda de información para la elaboración del presente trabajo se llevó a cabo a través de una búsqueda bibliográfica exhaustiva en distintas bases de datos, libros y portales web. Dicha búsqueda se efectuó durante los meses de febrero a abril de 2022, considerando como criterios de inclusión los textos libres, en español e inglés y artículos publicados con un máximo de 5 años. Se excluyeron aquellas fuentes que estuvieran publicadas en otros idiomas, aquellas que fueran anteriores al año 2017 y que no estuvieran relacionadas con el tema de estudio. Se utilizaron palabras clave usando los descriptores "Mesh", "Mesh Major Topic" y se combinaron con el operador booleano "AND". Las referencias bibliográficas representadas tanto en la Tabla 1 como en la Figura 1, hacen referencia a las utilizadas para la redacción de los apartados de introducción, metodología y presentación del caso clínico. La estrategia de búsqueda se muestra de forma detallada en la Tabla 1.

Tabla 1. Resultados de la búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS		
		ENCONTRADOS	REVISADOS	SELECCIONADOS
Scielo	Multiple sclerosis AND etiology	9	3	1
	Multiple sclerosis AND Epstein-barr	2	2	1
	Multiple sclerosis AND cognitive impairment	9	3	1
Pubmed	"Multiple Sclerosis, Chronic Progressive"[Mesh]	183	24	1
	multiple sclerosis "Quality of Life"[Mesh Major Topic]	70	20	4
	multiple sclerosis "COVID-19"[Mesh]	282	40	4
ScienceDirect	multiple sclerosis spain	107	28	7
	multiple sclerosis case spain nurse	64	15	4
Web of science	multiple sclerosis covid 19 spain	6	3	1
Dialnet	cuidados de enfermería de paciente con esclerosis múltiple.	13	3	2
Páginas web	-	9	7	3

Asimismo, el proceso de selección de los documentos identificados para informar y desarrollar este trabajo se presenta a través de un diagrama de flujo (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo detallando los resultados de la revisión de la literatura.



También se utilizó el método “bola de nieve” para la selección de algunos artículos utilizados en el presente trabajo, a partir de las listas de las referencias bibliográficas de los estudios recuperados. Respecto a las páginas web utilizadas, fueron analizados individualmente los siguientes portales: MS Internacional Federation y Fundación Esclerosis Múltiple GAEM entre las más destacadas.

La redacción del caso clínico se llevó a cabo extrayendo información acerca de varios casos reales de personas con EMSP y sus experiencias tras la pandemia de COVID-19, y fue completado utilizando información extraída de publicaciones científicas que presentaban casos reales semejantes.

Tras la descripción del caso clínico, se desarrolló el PAE individualizado utilizando el lenguaje enfermero estandarizado caracterizado por la

taxonomía NANDA (clasificación de diagnósticos enfermeros), clasificación de resultados de enfermería (NOC) y clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)²⁶. Para la elaboración de la valoración se siguieron los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon²⁷.

La selección de las actividades se basó en aquellos textos recuperados a partir de las búsquedas bibliográficas en las diferentes bases de datos con mayor grado de evidencia científica en el campo de enfermería.

6. DESARROLLO:

6.1. CASO CLÍNICO:

Claudia es una mujer de 44 años, diagnosticada de EMRR en el año 2002. Debutó con alteraciones de la sensibilidad (hormigueo) en ambas manos y algunas caídas accidentales. Con la medicación le controlaban los brotes, hasta que en el año 2015 le diagnosticaron EMSP. No presenta alergias conocidas. Presenta HTA. Exfumadora desde hace 4 años.

Previamente a la situación de pandemia, la paciente refería realizar la mayoría de las AVD de forma autónoma. Se manejaba con el andador por la calle para trayectos cortos, en casa no precisaba de él y usaba la silla de ruedas eléctrica para distancias largas en la calle.

Previo comienzo al confinamiento acudía 2 días a la semana al centro de día de Disminuidos Físicos de Aragón (DFA), realizando 2 sesiones a la semana de terapia ocupacional, una de logopedia y 2 de fisioterapia.

Tras la pandemia, refiere necesitar ayuda para casi todas las AVD, a veces realiza las transferencias de forma autónoma pero cada vez se siente más fatigada y precisa ayuda. La sensibilidad táctil y propioceptiva está alterada, sobre todo en los miembros inferiores (MMII), así como la destreza manipulativa y la fuerza, obteniendo un 3 en la Escala Daniels [ANEXO III]²⁸ en lo que se refiere a los miembros superiores (MMSS) y un 2 en los MMII, habiendo empeorado 2 puntos en ambos en comparación con la situación previa al confinamiento. También tuvo un empeoramiento en la espasticidad, aumentando un punto (de un 1 a un 2) en miembro superior derecho (MSD), 2 puntos (de un 2 a un 4) en miembro superior izquierdo (MSI) y 1 punto (de

un 2 a un 3) en MMII según la Escala de Espasticidad Ashworth Modificada [ANEXO IV]²⁹. Manifiesta pérdida de equilibrio, sobre todo a la hora de realizar las transferencias, refiriendo haber tenido alguna caída en los últimos meses.

Además, presenta más dolor y fatiga, así como sentimiento de incertidumbre. Se siente una carga para sus familiares, no pudiendo ejercer su rol como esposa ni como hija. Refiere no salir casi de casa, no tener ganas de ver a nadie por su situación actual y estar enfadada con Dios. Manifiesta ansiedad, depresión y trastornos del sueño. Sus cuidadores principales son su madre y su marido, con el que vive. Refieren ansiedad y no saber cómo ayudarla ante esta situación.

Respecto a la esfera cognitiva, presenta pérdida de memoria tras el confinamiento, disminución de la atención mantenida, selectiva y enlentecimiento de la velocidad de procesamiento.

Además, presenta disfagia moderada ya que se atraganta con los líquidos ocasionalmente, aumentando ésta en el último mes. Durante el confinamiento, también se le produjeron 2 úlceras por presión (UPP), ambas de grado 2, la primera localizada en el sacro y la segunda en la parte dorsal externa del pie derecho. Presenta edema en los MMII y sobrepeso. No sigue ningún tipo de dieta alimenticia resultándole muy complicado debido a su estado de ansiedad.

Refiere incontinencia urinaria de urgencia, con escapes de orina cuando estornuda, tose o se ríe, mojando la ropa interior. Su sexualidad también se ha visto afectada, refiriendo más sequedad vaginal desde que comenzó la menopausia y menos apetito sexual desde la pandemia.

Durante el confinamiento no pudo acudir al centro ni realizar ninguna de las sesiones. Tampoco recibió visitas domiciliarias ni telefónicas por parte de su centro de salud.

Contrajo la COVID-19 en octubre de 2021, de la que fue tratada vía telefónica desde el centro de salud, presentando fiebre, rinitis, cefalea, fatiga y disnea con vigilancia por ella misma de la saturación de oxígeno y toma de paracetamol. Sin secuelas tras la obtención del resultado negativo en la PCR.

Se encuentra en seguimiento con consulta de neurología en su hospital de referencia, acudiendo de forma periódica cada 6 meses, realizándole una RM cada 2 años y acudiendo al oftalmólogo para la revisión del nervio óptico anualmente (en el presente no presenta ningún daño). Actualmente, recibe dos horas de fisioterapia a la semana en DFA, refiere no sentirse con ánimo ni fuerzas para comenzar con más actividades de momento³⁰.

Recientemente ha sido diagnosticada de insuficiencia cardíaca crónica (ICC) en octubre de 2021 tras cuadro sintomatológico de disnea de esfuerzo, ascitis y edema en los MMII, precisando ingreso hospitalario durante 2 semanas para estabilización en el Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS).

Tras el período de confinamiento y su diagnóstico de ICC, acude a la consulta de enfermería de su centro de salud para comunicar cómo se siente, refiriendo aumento de dolor, edema en los tobillos y empeoramiento del aspecto de las UPP. Refiere tener muchas pesadillas y despertarse muchas veces por la noche. Sigue teniendo mucho miedo, ha disminuido su red social, ha perdido autonomía y se encuentra más triste. Se observa que no tiene conciencia sobre los hábitos que debe llevar respecto al control de su peso e ingesta de líquidos diarios en su manejo de la ICC³¹.

La paciente presenta buen manejo en la toma de la medicación de la EM, sin embargo, refiere no tener mejoría con la analgesia administrada presentando desconocimiento en la pauta a seguir, así como presentar algún olvido ocasional en lo que se refiere a la medicación de la ICC. El tratamiento farmacológico prescrito es el siguiente:

- Fampiridina 10 mg cada 12 horas.
- Pantoprazol 40 mg cada 24 horas.
- Diorexal 25mg (desayuno, comida y cena).
- Sirdalux 4 mg (cena) + 2 mg (comida).
- Gabapentina 100 mg en el desayuno (2 comprimidos).
- Paroxetina 20 mg (desayuno y cena).
- Furosemida oral 40 mg (medio comprimido al día).
- Neparvis 24/26 mg (1 comprimido al día).
- Dexketoprofeno 25mg c/12h.
- Tramadol clorhidrato de liberación modificada, 300mg c/24h.

- Diazepam, 10mg c/12h.
- Paracetamol 1 gramo si precisa.
- Metamizol 1 gramo si precisa.

6.2. VALORACIÓN:

En la Tabla 4 se refleja el resultado de la valoración de enfermería de la paciente según los 11 patrones de Marjory Gordon.

Tabla 4. Resultado de la valoración de enfermería.

<p>1. Percepción y control de la salud</p>	<p>La paciente conoce su diagnóstico, pero no acepta su evolución. No afronta su situación de dependencia desde la pandemia. Tiene una buena adherencia al tratamiento de la EM, pero olvida de forma puntual alguna administración de la correspondiente a la ICC.</p> <p>Como antecedentes personales encontramos EMRR diagnosticada en el 2002, EMSP en el 2015, exfumadora desde hace 4 años, hipertensión arterial, ICC, no presenta alergias conocidas. Su padre murió de cáncer de pulmón y su madre presenta hipertensión arterial^{32,33}.</p>
<p>2. Nutricional y metabólico</p>	<p>Normotérmica. Presenta disfagia, se atraganta con más frecuencia durante los dos últimos meses.</p> <p>En el algoritmo MECV-V [ANEXO V]³⁴ el resultado es una intolerancia a 20 ml de agua. Es independiente para la alimentación, aunque no para la preparación del alimento.</p> <p>La paciente presenta sobrepeso con un IMC de 29'38 (Talla: 165cm, Peso: 80kg) habiendo engordado 10 kg en el último año.</p> <p>No sigue ningún tipo de dieta, no contabiliza la ingesta de líquidos y no se ha limitado el consumo de sal en los alimentos, refiere tomar bebidas carbonatadas.</p> <p>Existe deterioro de la integridad cutánea, presentando dos UPP, de grado II, una localizada en el sacro y la otra en la parte dorsal externa de pie derecho calificadas 14 puntos en la Escala Norton Modificada [ANEXO VI]³⁵, presentando riesgo evidente de UPP.</p>

<p>3. Eliminación</p>	<p>Manifiesta ligera incontinencia involuntaria urinaria, así como incontinencia de estrés al reír, estornudar o toser precisando el uso de absorbentes de forma puntual desde que inició la toma de Furosemida.</p> <p>No presenta molestias al orinar presentando color claro. Continente para la defecación. Refiere estreñimiento desde que usa más la silla de ruedas. Peristaltismo presente^{36,37}.</p>
<p>4. Actividad-ejercicio</p>	<p>Presenta una TA: 132/87 mmHg, saturación O2: 94 % basal y FC: 79 lpm. Presenta pulsos periféricos positivos y edema en los tobillos. Refiere caminar hasta 5 metros con el andador y con supervisión. Se fatiga más que antes de la pandemia y presenta disnea ante cualquier esfuerzo. Precisa ayuda para la mayoría de las transferencias.</p> <p>Deterioro de la deambulación por lo que precisa de silla de ruedas eléctrica para desplazarse en la calle y andador para la deambulación en el hogar.</p> <p>Refiere haber perdido autonomía por el aumento de fatiga en el hogar. Usa un cojín anti escaras desde que tiene la UPP en el sacro.</p> <p>En el Índice de Barthel [ANEXO VII]³⁸ obtiene una puntuación de 40 sobre 100, presentando una dependencia moderada para las AVD, precisando ayuda para ir al baño y vestirse entre otras. Tiene una puntuación de 6 en el índice de Lawton y Brody [ANEXO VIII]³⁹ en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), precisando ayuda para hacer la compra, desplazarse en transporte público, realización de las tareas del hogar.</p> <p>Actualmente lleva una órtesis en el pie izquierdo para la corrección de la rotación interna.</p> <p>Falta de equilibrio debido a la espasticidad y cansancio cuando deambula con el andador, teniendo que sentarse en muchas ocasiones para evitar la caída, obteniendo un 4/16 en la prueba de equilibrio de Tinetti [ANEXO IX]⁴⁰, un 4/12 en lo que se refiere a la marcha, con un total de 8/28, evidenciando un alto riesgo de caídas.</p>
<p>5. Sueño y descanso</p>	<p>La paciente refiere no descansar bien, le cuesta conciliar el sueño y duerme durante periodos cortos por la presencia de pesadillas.</p> <p>Se despierta en varias ocasiones agitada y muchos días ya no se puede volver a dormir, piensa en toda la situación y se pone muy nerviosa.</p>

	<p>Indica padecer de somnolencia diurna y sensación de cansancio constante desde que comenzó la pandemia. Aproximadamente duerme 5 horas en la noche, se echa siestas cortas intermitentes durante el día.</p> <p>No toma ningún medicamento para dormir.</p>
<p>6. Cognitivo-perceptual</p>	<p>Se encuentra orientada en persona, espacio y tiempo. Nivel de conciencia alerta con Glasgow de 15/15 [ANEXO X]⁴¹.</p> <p>Está alerta y presenta un habla clara y coherente. Las pupilas son isocóricas.</p> <p>Refiere tener olvidos más frecuentes y problemas en las funciones ejecutivas, hay veces que no es capaz de resolver situaciones que antes sí podía, algo que le genera un sentimiento de incertidumbre y ansiedad. Le cuesta mucho tomar decisiones.</p> <p>Refiere dolor crónico de 6 sobre 10 en la Escala Visual Analógica del dolor [ANEXO XI]⁴².</p> <p>Presenta disnea al realizar actividades de la vida diaria. Respecto a la sensibilidad, destaca una importante reducción de la sensación táctil y propioceptiva en MMII, con mayor intensidad en el lado izquierdo y en las partes distales³¹.</p>
<p>7. Autopercepción-autoconcepto</p>	<p>Manifiesta temor debido a la situación de enfermedad que enfrenta, miedo a la incertidumbre sobre su futuro y la evolución de la enfermedad.</p> <p>Refiere nerviosismo ante la posibilidad de otro confinamiento. Se siente una carga para su familia, expresando sentimientos de culpabilidad por su existencia.</p> <p>Comunica ansiedad y estado depresivo. A veces piensa que es mejor morir.</p> <p>Se aburre con facilidad y se desespera a la hora de desempeñar funciones que antes hacía con más facilidad o que ahora ya no puede desempeñar de forma autónoma.</p>
<p>8. Rol-relaciones</p>	<p>Vive con su marido. Su madre, jubilada, acude a su casa para ayudarla en los momentos que su marido trabaja. Desde la pandemia siente que ha pasado a desempeñar el rol de enferma, no siente que desempeñe ningún otro, ni el de madre ni el de hija.</p> <p>No puede desempeñar los mismos roles que antes de la pandemia desempeñaba.</p> <p>Las redes sociales también han disminuido, ya no queda con ningún amigo por miedo a contraer otra vez la COVID-19 y vergüenza de que vean su deterioro, refiere no ser la que era y no quiere ser un estorbo para sus amistades, prefiere</p>

	quedarse en casa. Se valorará cada mes mediante el cuestionario MOS (valoración del apoyo social) [ANEXO XII] ⁴³ . Necesita ayuda para coger el transporte público, puede salir a la calle sola y hacer pequeñas compras en silla de ruedas eléctrica.
9. Sexualidad y reproducción	Está casada, no tiene hijos. Usan preservativo cuando mantienen relaciones sexuales, aunque refiere tener sequedad vaginal y pérdida de interés sexual en el último año ³⁷ .
10. Adaptación, tolerancia al estrés	La paciente se encuentra deprimida e irascible, refiere no tener ganas de hacer nada y tiene sentimientos de desesperanza respecto a su futuro. Refiere sentirse un estorbo desde la pandemia. Ha obtenido una puntuación de 9 en la subescala de ansiedad y 7 en la subescala de depresión en la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg [ANEXO XIII] ⁴⁴ .
11. Valores y creencias	Es católica pero cada vez menos practicante, está enfadada con Dios y no entiende por qué le castiga de esa manera, se cuestiona su existencia. También refiere ir cada vez menos a la iglesia ya que ahora tiene que ir con silla de ruedas y no quiere coincidir con conocidos y sentirse observada.

6.3. PLAN DE CUIDADOS

6.3.1. Diagnóstico y planificación:

La determinación de los diagnósticos principales derivados de la valoración de la paciente, así como los NOC y NIC correspondientes para cada uno de ellos se presentan en las Tablas 5-15.

Tabla 5. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC Patrón 1.

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD
<p>NANDA [00276] Autogestión ineficaz de la salud r/c síntomas depresivos y dificultad para acceder a los recursos comunitarios durante el confinamiento, m/p exacerbación de los síntomas de la enfermedad y expresar insatisfacción con la calidad de vida.</p> <p>Definición: Gestión insatisfactoria de los síntomas, tratamiento, consecuencias físicas, psíquicas y espirituales y cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una afección crónica.</p> <p>Dominio 1: Promoción de la salud.</p>

Clase 2: Gestión de la salud.	
NOC	NIC
<p>Dominio 3: Salud psicosocial.</p> <p>Clase N: Adaptación psicosocial.</p> <p>[1300] Aceptación: estado de salud</p> <p>Acciones personales para reconciliar los cambios significativos en las circunstancias de salud.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [130008] Reconoce la realidad de la situación de salud. • [130010] Afrontamiento de la situación de salud. • [130017] Se adapta al cambio en el estado de salud. 	<p>Dominio 3: Conductual.</p> <p>Clase R: Ayuda para el afrontamiento.</p> <p>[5230] Mejorar el afrontamiento</p> <p>Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación. • Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel. • Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario. • Ayudar al paciente a afrontar el duelo y superar las pérdidas causadas por la enfermedad y/o discapacidad crónica, si es el caso.

De acuerdo con diferentes textos bibliográficos, se demuestra la importancia de la intervención de técnicas de afrontamiento en la EM durante el curso de la enfermedad ya que en muchas ocasiones sufren de estrés, ansiedad y depresión⁴⁵.

Tabla 6. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC Patrón 2.

PATRÓN 2. NUTRICIONAL Y METABÓLICO
<p>NANDA [00103] Deterioro de la deglución r/c alteración en la posición de la cabeza, m/p atragantamiento en la ingesta de 20 ml de líquidos.</p> <p>Definición: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con un déficit en la estructura o función oral, faríngea o esofágica.</p> <p>Dominio 2: Nutrición.</p> <p>Clase 1: Ingestión.</p>

NOC	NIC
<p>Dominio 2: Salud fisiológica.</p> <p>Clase K: Digestión y nutrición.</p> <p>[1010] Estado de deglución</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [101004] Capacidad de masticación. • [101012] Atragantamiento, tos o náuseas. • [101015] Mantiene la cabeza relajada y el tronco erecto 	<p>Dominio 1: Fisiológico: básico.</p> <p>Clase D: Apoyo nutricional.</p> <p>[1860] Terapia de deglución</p> <p>Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de las alteraciones deglutorias.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con los miembros del equipo de cuidados (terapeuta ocupacional, logopeda y dietista) para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente. • Proporcionar/usar dispositivos de ayuda, si se precisa. • Evitar el uso de pajitas para beber. • Ayudar al paciente a sentarse en una posición erguida (lo más cerca posible de los 90°) para la alimentación/ejercicio. • Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia adelante, en preparación para la deglución («barbilla metida»). • Proporcionar un período de descanso antes de comer/hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva. • Ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuados • Controlar el peso corporal.
<p>NANDA [00039] Riesgo de aspiración r/c dificultad en la deglución.</p> <p>Definición: Susceptible a la penetración de secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos en el árbol traqueobronquial, que puede comprometer la salud.</p> <p>Dominio 11: Seguridad/protección.</p> <p>Clase 2: Lesión física.</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio 4: Conocimiento y conducta de la salud.</p> <p>Clase T: Control del riesgo.</p> <p>[1935] Control del riesgo: aspiración</p> <p>Indicadores:</p>	<p>Dominio 2: Fisiológico: complejo.</p> <p>Clase K: Control respiratorio.</p> <p>[3200] Precauciones para evitar la aspiración</p>

<ul style="list-style-type: none"> • [193502] Identifica los factores de riesgo de aspiración. • [193505] Selecciona alimentos basados en su capacidad para tragar. • [193507] Selecciona líquidos de consistencia adecuada. • [193509] Se sitúa en posición vertical para comer y beber. • [193511] Tiene precaución al tragar píldoras. 	<p>Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria. • Evaluar la presencia de disfagia, según corresponda. • Mantener la cabecera de la cama elevada de 30 a 45 minutos después de la alimentación. • Evitar líquidos o utilizar agentes espesantes. • Trocear los alimentos en porciones pequeñas. • Romper o desmenuzar las pastillas antes de su administración. • Sugerir la consulta con foniatría o logopedia, según corresponda.
--	---

NANDA [00026] Exceso de volumen de líquidos r/c ingesta excesiva de líquidos, m/p aumento de peso en un corto período de tiempo, aportes superiores a las pérdidas, edema y alteración de la tensión arterial.

Definición: Excesiva retención de líquidos.

Dominio 2: Nutrición.

Clase 5: Hidratación.

NOC	NIC
<p>Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud.</p> <p>Clase FF: Gestión de la salud.</p> <p>[3106] Autocontrol: insuficiencia cardíaca</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [310608] Controla la presión arterial. • [310612] Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito. • [310613] Sigue la dieta prescrita. • [310615] Sigue las restricciones de líquidos. • [310619] Controla el peso. 	<p>Dominio 2: Fisiológico: complejo.</p> <p>Clase N: Control de la perfusión tisular.</p> <p>[4040] Cuidados cardíacos</p> <p>Limitación de las complicaciones derivadas de un desequilibrio entre el aporte y la demanda miocárdico de oxígeno en pacientes con síntomas de insuficiencia cardíaca.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente sobre la relevancia de notificar de inmediato cualquier molestia torácica. • Evaluar las alteraciones de la presión arterial.

	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente y a la familia sobre las modalidades de tratamiento, la limitación de las actividades y los progresos. • Organizar los períodos de ejercicio y descanso para evitar la fatiga. • Instruir al paciente y a la familia sobre la finalidad del cuidado y el modo en el que se medirán los progresos. • Remitir al paciente a un programa de insuficiencia cardíaca o de rehabilitación cardíaca para instruirle, evaluarle y proporcionar un apoyo guiado, destinado a aumentar la actividad y reconstruir su vida, según corresponda.
--	---

NANDA [00046] Deterioro de la integridad cutánea r/c disminución de la movilidad física, m/p interrupción de la superficie de la piel y dolor agudo.

Definición: Alteración de la epidermis y/o de la dermis.

Dominio 11: Seguridad/protección.

Clase 2: Lesión física.

NOC	NIC
<p>Dominio 2: Salud fisiológica.</p> <p>Clase L: Integridad tisular.</p> <p>[1103] Curación de la herida: por segunda intención</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [110307] Eritema cutáneo circundante. • [110304] Secreción serosa. • [110301] Granulación. • [110311] Piel macerada. • [110303] Secreción purulenta. • [110317] Mal olor de la herida. • [110321] Disminución del tamaño de la herida. 	<p>Dominio 2: Fisiológico: complejo.</p> <p>Clase L: Control de la piel/heridas.</p> <p>[3520] Cuidados de las úlceras por presión</p> <p>Facilitar la curación de úlceras por presión.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante. • Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación. • Desbridar la úlcera, si es necesario. • Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda. • Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida.

	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada. • Verificar la ingesta adecuada de calorías y proteínas de alta calidad. • Enseñar al individuo o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.
--	--

Uno de los síntomas menos visibles de la EM es la disfagia, que provoca riesgo de aspiración y atragantamientos, convirtiéndose en un aspecto importante para el tratamiento desde enfermería y en colaboración con el logopeda si fuera necesario^{46,47}.

Por otra parte, la paciente ha sido diagnosticada recientemente de ICC y no maneja bien los síntomas, pautas a seguir y toma de medicación. Así pues, el papel de enfermería es fundamental para la educación del paciente y el manejo de la evolución de esta patología^{31,48}.

Respecto al cuidado de las UPP, es muy importante la prevención de aparición de nuevas úlceras, así como un cuidado por parte de enfermería⁴⁹.

Tabla 7. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC Patrón 3.

PATRÓN 3. ELIMINACIÓN	
<p>NANDA [00019] Incontinencia urinaria de urgencia r/c relajación involuntaria del esfínter y trastornos del suelo pélvico, m/p pérdida involuntaria de diferentes cantidades de orina entre micciones, con urgencia y frecuencia urinaria.</p> <p>Definición: Pérdida involuntaria de orina asociada a, o a continuación de, una intensa sensación de urgencia de eliminar.</p> <p>Dominio 3: Eliminación e intercambio.</p> <p>Clase 1: Función urinaria.</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio 2: Salud fisiológica.</p> <p>Clase F: Eliminación.</p> <p>[0502] Continencia urinaria</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [50203] Responde de forma adecuada a la urgencia. • [50208] Es capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina. 	<p>Dominio 1: Fisiológico: básico.</p> <p>Clase B: Control de la eliminación.</p> <p>[0570] Entrenamiento de la vejiga urinaria</p> <p>Mejora de la función de la vejiga en aquellas personas afectadas de incontinencia de urgencia aumentando la capacidad de la</p>

<ul style="list-style-type: none"> • [50211] Pérdidas de orina al estornudar, reír o levantar peso. • [50213] Ropa interior o de la cama mojada durante la noche. • [50221] Utiliza estrategias de entrenamiento de la vejiga. 	<p>vejiga para mantener la orina y la capacidad del paciente para suprimir la micción.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer un intervalo de tiempo para ir al baño no inferior a 1 hora y preferiblemente no inferior a 2 horas. • Ayudar al paciente a identificar los patrones de incontinencia. • Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de la eliminación urinaria.
<p>NANDA [00236] Riesgo de estreñimiento funcional crónico r/c deterioro de la movilidad física y estilo de vida sedentario.</p> <p>Definición: Susceptible de evacuación infrecuente o difícil de heces, mantenida durante tres meses en un año, que puede comprometer la salud.</p> <p>Dominio 3: Eliminación e intercambio.</p> <p>Clase 2: Función gastrointestinal.</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio 2: Salud fisiológica.</p> <p>Clase F: Eliminación.</p> <p>[0501] Eliminación intestinal</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [50101] Patrón de eliminación. • [50110] Estreñimiento. • [50128] Dolor con el paso de las heces. • [50108] Sangre en las heces. 	<p>Dominio 1: Fisiológico: básico.</p> <p>Clase B: Control de la eliminación.</p> <p>[0450] Manejo del estreñimiento/impactación fecal</p> <p>Prevención y alivio del estreñimiento/impactación fecal.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. • Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación fecal. • Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda. • Explicar al paciente la etiología del problema y las razones de las actuaciones. • Instruir al paciente/familia sobre el uso correcto de laxantes. • Extraer la impactación fecal manualmente, si fuera necesario.

Aproximadamente el 80% de los pacientes con EM presenta vejiga hiperactiva en algún momento de su vida, esto ocurre cuando el músculo detrusor de la vejiga se contrae involuntariamente provocando micción de urgencia. Es, por tanto, importante ayudar al paciente a solucionar las consecuencias mediante entrenamiento y medidas preventivas^{50,51}.

Tabla 8. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC Patrón 4.

PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO	
<p>NANDA [00085] Deterioro de la movilidad física r/c disminución de la tolerancia a la actividad, disminución de la fuerza muscular y dolor, m/p alteración de la marcha, disminución de las habilidades motoras finas y gruesas, movimientos espásticos e inestabilidad postural.</p> <p>Definición: Limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.</p> <p>Dominio 4: Actividad/ejercicio.</p> <p>Clase 2: Actividad/reposo.</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio 1: Salud funcional.</p> <p>Clase C: Movilidad.</p> <p>[0208] Movilidad</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [20801] Mantenimiento del equilibrio. • [20805] Realización del traslado. • [20806] Ambulación. • [20810] Marcha. 	<p>Dominio 1: Fisiológico: básico.</p> <p>Clase A: Control de actividad y ejercicio.</p> <p>[0221] Terapia de ejercicios: ambulación</p> <p>Estimular y ayudar al paciente a caminar para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulacion y evite lesiones. • Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde. • Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado. • Instruir al paciente/cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulacion seguras.

	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.
<p>NANDA [00093] Fatiga r/c ansiedad y pérdida de la condición física, m/p dificultad para mantener las rutinas habituales, cansancio y expresa frustración.</p> <p>Definición: Sensación abrumadora y sostenida de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental habitual.</p> <p>Dominio 4: Actividad/reposo.</p> <p>Clase 3: Equilibrio de energía.</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio 1: Salud funcional.</p> <p>Clase D: Autocuidado.</p> <p>[0300] Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [30001] Come. • [30002] Se viste. • [30003] Uso del inodoro. • [30006] Higiene. • [30010] Realización del traslado. 	<p>Dominio 1: Fisiológico/básico.</p> <p>Clase F: Facilitación del autocuidado.</p> <p>[1800] Ayuda con el autocuidado</p> <p>Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse. • Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia. • Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. • Enseñar a los padres/familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.
<p>NANDA [00303] Riesgo de caídas del adulto r/c disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, deterioro de la movilidad física y deterioro del equilibrio postural.</p> <p>Definición: Susceptibilidad del adulto de experimentar un evento que resulte en acabar echado en el suelo o en otro nivel inferior por descuido, que puede comprometer la salud.</p> <p>Dominio 11: Seguridad/protección.</p> <p>Clase 2: Lesión física.</p>	

NOC	NIC
<p>Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud.</p> <p>Clase S: Conocimientos sobre prevención de la salud.</p> <p>[1828] Conocimiento: prevención de caídas</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [182801] Uso correcto de dispositivos de ayuda. • [182804] Uso correcto de barras para asirse. • [182803] Calzado adecuado. • [182809] Uso de procedimientos seguros de traslado. • [182817] Cómo deambular de manera segura. • [182818] Importancia de mantener el camino libre. 	<p>Dominio 4: Seguridad.</p> <p>Clase V: Control de riesgos.</p> <p>[6490] Prevención de caídas</p> <p>Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas. • Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia. • Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular. • Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camilla en la transferencia del paciente. • Enseñar al paciente cómo caer para minimizar el riesgo de lesiones. • Disponer un asiento de baño elevado para que la transferencia sea más sencilla. • Retirar los muebles bajos (bancos y mesas) que supongan un riesgo de tropiezo. • Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.

Fomentar la movilidad, así como el entrenamiento y productos de apoyo para la realización de las AVD en pacientes con EM es uno de los objetivos del plan terapéutico en la mayoría de estos pacientes, así como ajustar las actividades a uno de los síntomas principales que es la fatiga^{37,52,53}.

Tabla 9. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC Patrón 5.

PATRÓN 5. SUEÑO Y DESCANSO	
<p>NANDA [00096] Deprivación del sueño r/c persistencia de una higiene del sueño no adecuada, m/p ansiedad, apatía, disminución de la capacidad funcional, fatiga y estado de ánimo irritante.</p> <p>Definición: Períodos de tiempo prolongados sin un patrón de suspensión relativa, natural y periódica de la consciencia, que proporciona descanso.</p> <p>Dominio 4: Actividad/reposo.</p> <p>Clase 1: Sueño/reposo.</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio 1: Salud funcional.</p> <p>Clase A: Mantenimiento de la energía.</p> <p>[0004] Sueño</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [409] Siesta inapropiada. • [410] Despertar a horas apropiadas. • [421] Dificultad para conciliar el sueño. • [422] Pesadillas. • [417] Dependencia de las ayudas para dormir. • [407] Hábito de sueño. • [404] Calidad del sueño. 	<p>Dominio 1: Fisiológico: básico.</p> <p>Clase F: Facilitación del autocuidado.</p> <p>[1850] Mejorar el sueño</p> <p>Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño. • Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de inicio de sueño y objetos familiares (para los niños su manta/juguete favorito, ser mecidos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro, etc.), según corresponda. • Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. • Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, según corresponda. • Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

El papel de enfermería en la higiene del sueño juega un papel muy importante en la época de postpandemia ya que este se ha visto alterado en la mayoría de las personas por temor de la situación⁵⁴.

Tabla 10. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC Patrón 6.

PATRÓN 6. COGNITIVO-PERCEPTUAL	
<p>NANDA [00279] Deterioro de los procesos de pensamiento r/c ansiedad, dolor, síntomas de depresión no psicótica y temor, m/p habilidad limitada para tomar decisiones, para planificar actividades y secuencia de pensamiento desorganizada.</p> <p>Definición: Alteración del funcionamiento cognitivo que afecta los procesos mentales implicados en el desarrollo de conceptos y categorías, razonamiento y resolución de problemas.</p> <p>Dominio 5: Percepción/cognición.</p> <p>Clase 4: Cognición.</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio 2: Salud fisiológica.</p> <p>Clase J: Neurocognitiva.</p> <p>[0900] Cognición</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [90004] Se concentra. • [90007] Memoria reciente. • [90009] Procesa la información. • [90011] Toma decisiones apropiadas. 	<p>Dominio 3: Conductual.</p> <p>Clase P: Terapia cognitiva.</p> <p>[4720] Estimulación cognitiva</p> <p>Favorecer la conciencia y comprensión del entorno por medio de la utilización de estímulos planificados.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar ayudas de memoria: listas, programas y notas recordatorias. • Presentar la información en dosis pequeñas, concretas. • Alentar la estimulación cognitiva fuera del trabajo, como la lectura o la participación activa en actividades culturales y artísticas. • Fomentar el uso de un programa de multiestimulación (p. ej., cantar y escuchar música, actividades creativas, ejercicio, conversación, interacciones sociales o resolución de problemas) para estimular y proteger la capacidad cognitiva.

NANDA [00133] Dolor crónico r/c fatiga, aislamiento social, m/p alteración de la habilidad para continuar con las actividades e informa de la intensidad usando escalas estandarizadas de valoración del dolor.

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave sin un final anticipado o previsible, con una duración superior a 3 meses.

Dominio 12: Confort.

Clase 1: Confort físico.

NOC	NIC
<p>Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud.</p> <p>Clase Q: Conducta de salud.</p> <p>[1605] Control del dolor</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [160503] Utiliza medidas preventivas para el control el dolor. • [160505] Utiliza analgésicos como se recomienda. • [160527] Realiza técnicas efectivas de relajación. 	<p>Dominio 2: Fisiológico: complejo.</p> <p>Clase H: Control de fármacos.</p> <p>[2400] Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (acp)</p> <p>Facilitar el control por parte del paciente de la administración y regulación de los analgésicos.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con los médicos, el paciente y la familia en la selección del tipo de narcótico que ha de utilizarse. • Asegurarse de que el paciente no sea alérgico al analgésico que ha de administrarse. • Enseñar al paciente y a la familia a valorar la intensidad, calidad y duración del dolor. • Enseñar al paciente y a la familia a vigilar la frecuencia cardíaca y la presión arterial. • Enseñar al paciente a ajustar las dosis al alza o a la baja, dependiendo de la frecuencia respiratoria, la intensidad del dolor y la calidad del dolor.

Muchas personas con EM padecen alteraciones cognitivas en el transcurso de su enfermedad siendo la estimulación cognitiva una herramienta imprescindible para enlentecer la evolución del deterioro cognitivo y proporcionar al paciente estrategias de adaptación⁵⁵.

Tabla 11. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC Patrón 7.

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO	
<p>NANDA [00146] Ansiedad r/c estresores y conflictos sobre los objetivos vitales, m/p expresar angustia, ansiedad sobre los cambios en los episodios vitales, miedo intenso, insomnio, nerviosismo, preocupación y alteración de la atención.</p> <p>Definición: Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente no específico, una catástrofe o una desgracia.</p> <p>Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés.</p> <p>Clase 2: Respuestas de afrontamiento.</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio 3: Salud psicosocial.</p> <p>Clase M: Bienestar psicológico.</p> <p>[1211] Nivel de ansiedad</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [121114] Dificultades para resolver problemas. • [121117] Ansiedad verbalizada. • [121129] Trastorno del sueño. • [121135] Sentimiento de inutilidad. • [121142] Dificultad en el desempeño de las funciones familiares. • [121143] Desinterés por la vida. 	<p>Dominio 3: Conductual.</p> <p>Clase T: Fomento de la comodidad psicológica.</p> <p>[5820] Disminución de la ansiedad</p> <p>Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. • Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. • Escuchar con atención. • Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda.

El objetivo de Enfermería para el tratamiento de la ansiedad es el alivio de los síntomas, evitar secuelas y ayudar y asesorar en la resolución de problemas psicosociales⁵⁶.

Tabla 12. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC Patrón 8.

PATRÓN 8. ROL-RELACIONES	
<p>NANDA [00053] Aislamiento social r/c baja autoestima y deterioro de la movilidad física, m/p retiro social, bajos niveles de actividades sociales, interacción mínima con otros e informa sentirse insegura en público.</p> <p>Definición: Estado en el cual el individuo carece de un sentimiento de parentesco relacionado con relaciones interpersonales positivas, duraderas y significativas.</p> <p>Dominio 12: Confort.</p> <p>Clase 3: Confort social.</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio 3: Salud psicosocial.</p> <p>Clase M: Bienestar psicológico.</p> <p>[1203] Severidad de la soledad</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [120301] Sensación de terror infundado. • [120325] Malestar espiritual. • [120327] Depresión. • [120312] Dificultad para establecer contacto con los demás. 	<p>Dominio 3: Conductual.</p> <p>Clase Q: Potenciación de la comunicación.</p> <p>[5100] Potenciación de la socialización</p> <p>Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas. • Fomentar el compartir los problemas comunes con los demás. • Ayudar al paciente a que aumente la consciencia de sus puntos fuertes y sus limitaciones en la comunicación con los demás. • Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine.
<p>NANDA [00055] Desempeño ineficaz del rol r/c fatiga, dolor y expectativas del rol poco realistas, c/p defecto neurológico, m/p ejecución ineficaz del rol, adaptación al cambio ineficaz, incertidumbre e impotencia.</p> <p>Definición: Patrón de conducta y expresión propia que no concuerda con el contexto ambiental, las normas y las expectativas.</p> <p>Dominio 7: Rol/relaciones.</p> <p>Clase 3: Desempeño del rol.</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio 3: Salud psicosocial.</p> <p>Clase N: Adaptación psicosocial.</p> <p>[1300] Aceptación: estado de salud</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [130002] Renuncia al concepto previo de salud personal. 	<p>Dominio3: Conductual.</p> <p>Clase R: Ayuda para el afrontamiento.</p> <p>[5400] Potenciación de la autoestima</p> <p>Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.</p> <p>Actividades:</p>

<ul style="list-style-type: none"> • [130010] Afrontamiento de la situación de salud. • [130013] Expresa que la vida es digna de ser vivida. • [130017] Se adapta al cambio en el estado de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación. • Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. • Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, según corresponda.
---	--

Es de especial relevancia el seguimiento y apoyo tanto de los familiares como amigos en el proceso de cambio que caracteriza la EM a las personas que la padecen, así como de proporcionar estrategias para la aceptación del cambio por parte de los profesionales sanitarios⁵⁷.

Tabla 13. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC Patrón 9.

PATRÓN 9. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN	
<p>NANDA [00065] Patrón de sexualidad ineficaz r/c deterioro en las relaciones sexuales de pareja, m/p dificultad con la actividad sexual.</p> <p>Definición: Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.</p> <p>Dominio 8: Sexualidad.</p> <p>Clase 2: Función sexual.</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio 5: Salud percibida.</p> <p>Clase V: Sintomatología.</p> <p>[2104] Severidad de los síntomas de la perimenopausia</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [210405] Sequedad vaginal. • [210406] Cambios del estado de ánimo. • [210412] Descenso de la libido. 	<p>Dominio 3: Conductual.</p> <p>Clase R: Ayuda para el afrontamiento.</p> <p>[5248] Asesoramiento sexual</p> <p>Utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar el afrontamiento de un suceso/trastorno sexual.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad. • Comentar las modificaciones necesarias en la actividad sexual, según corresponda. • Incluir a la pareja o compañero sexual en el asesoramiento lo máximo posible, si es el caso.

	<ul style="list-style-type: none"> • Remitir al paciente a un terapeuta sexual, cuando corresponda.
--	--

Los problemas en las relaciones sexuales se ven marcados durante la menopausia y en la EM, siendo relevante la actuación desde enfermería en educación sexual³⁷.

Tabla 14. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC Patrón 10.

PATRÓN 10. ADAPTACIÓN, TOLERANCIA AL ESTRÉS	
<p>NANDA [00069] Afrontamiento ineficaz r/c alto grado de amenaza, m/p deterioro de la habilidad para manejar la situación, fatiga y alteración de la atención.</p> <p>Definición: Patrón de apreciación no válida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar.</p> <p>Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés.</p> <p>Clase 2: Respuestas de afrontamiento.</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio 3: Salud psicosocial.</p> <p>Clase N: Adaptación psicosocial.</p> <p>[1302] Afrontamiento de problemas</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [130205] Verbaliza aceptación de la situación. • [130208] Se adapta a los cambios en desarrollo. • [130207] Modifica el estilo de vida para reducir el estrés. • [130218] Refiere aumento del bienestar psicológico. • [130214] Verbaliza la necesidad de asistencia. 	<p>Dominio 3: Conductual.</p> <p>Clase R: Ayuda para el afrontamiento.</p> <p>[5270] Apoyo emocional</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional con el paciente. • Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores. • Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. • No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo cuando el paciente esté enfermo o fatigado.

El apoyo emocional por parte de los profesionales sanitarios es imprescindible para el afrontamiento eficaz ante las situaciones de estrés de las personas con EM⁵⁶.

Tabla 15. Diagnósticos NANDA, NOC y NIC Patrón 12.

PATRÓN 11. VALORES Y CREENCIAS	
<p>NANDA [00066] Sufrimiento espiritual r/c alteración en la práctica espiritual, ansiedad, pérdida de independencia y síntomas depresivos, m/p expresar ira hacia un poder superior al yo, preocupación sobre el futuro, temor y cuestionamiento del sentido de la vida.</p> <p>Definición: Estado de sufrimiento relacionado con el deterioro de la habilidad para integrar el sentido y propósito de la vida a través de conexiones con el yo, los otros, el mundo o un ser superior.</p> <p>Dominio 10: Principios vitales.</p> <p>Clase 3: Congruencia entre valores/creencias/acciones</p>	
NOC	NIC
<p>Dominio 5: Salud percibida.</p> <p>Clase U: Salud y calidad de vida.</p> <p>[2001] Salud espiritual</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • [200111] Participación en ritos y ceremonias espirituales. • [200122] Satisfacción espiritual. • [200103] Expresión de significado y fin de la vida. • [200123] Gozo por la vida. 	<p>Dominio 3: Conductual.</p> <p>Clase R: Ayuda para el afrontamiento.</p> <p>[5420] Apoyo espiritual</p> <p>Ayuda al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la revisión vital a través de la reminiscencia. • Animar a participar en interacciones con familiares, amigos y otras personas. • Dar oportunidades para discutir sobre diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo. • Facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo. • Ayudar al individuo a expresar y liberar la ira de forma adecuada.

La mayoría de las personas con EM sufren a lo largo de su enfermedad, siendo de especial importancia la repercusión que tiene este problema de salud en el resto de las esferas de la vida. La espiritualidad es uno de los factores que puede influir en el bienestar de la persona, de ahí la importancia de la intervención desde enfermería, así como la consideración de derivación a otros profesionales cuando sea necesario desde atención primaria⁵⁸.

6.3.2. Ejecución:

La fase de ejecución es la 4ª etapa del PAE, en la cual se llevan a cabo las actividades planificadas con anterioridad, cuyo objetivo es la mejora y mantenimiento de la funcionalidad de la paciente tras el confinamiento de la COVID-19. El profesional de enfermería es el responsable de llevar a cabo la ejecución de dichas actividades contando con la colaboración de la paciente y de sus familiares. La intervención de enfermería se lleva a cabo en el domicilio de la paciente acudiendo 3 veces a la semana, así como en consulta una vez al mes para seguimiento con su médico de cabecera. Durante todo el proceso se cuenta con la colaboración de otros profesionales que forman parte del equipo multidisciplinar, tales como el logopeda, fisioterapeuta, trabajador social, psicólogo y terapeuta ocupacional. Con esta atención continuada se favorece el continuum terapéutico y progresión de la evolución, así como la supervisión de los cuidados de los familiares y la educación sanitaria pertinente que se requiera en cada momento. A continuación, se presenta una descripción detallada de las intervenciones de enfermería para cada uno de los diagnósticos de enfermería enunciados (Tabla 16)^{59,60}.

Tabla 16. Ejecución de las actividades según los diagnósticos de enfermería.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES
[00276] Autogestión ineficaz de la salud.	Durante las visitas domiciliarias 3 veces a la semana y en los días que vaya a la consulta del centro de salud, instruiremos a la paciente y familiares en técnicas de relajación y le proporcionaremos ayuda para afrontar con estrategias positivas los cambios debido a la evolución de la EM.
[00103] Deterioro de la deglución.	Se le explicaran a la paciente y familiares los cambios posturales en la consulta y los días de visita domiciliaria para corroborar la buena postura durante la ingesta, así como pautas sobre los buenos hábitos de control de peso. Durante los 3 primeros meses se aprovecharán las visitas a domicilio para la supervisión de la ingesta con las pautas necesarias.

<p>[00039] Riesgo de aspiración.</p>	<p>Tras la valoración de la disfagia mediante el algoritmo MECV-V en colaboración con el logopeda, se pautarán a la paciente estrategias para reducir el riesgo de aspiración a través de uso de espesantes en la ingesta de líquidos y aconsejando valoración por parte de logopedia, así como una correcta postura durante la ingesta. Será evaluada cada mes en alguna de las visitas a domicilio.</p>
<p>[00026] Exceso de volumen de líquidos.</p>	<p>Para el control de volumen de líquidos se le proporcionará a la paciente la educación sanitaria pertinente mediante folleto explicativo, indicándole la importancia sobre los buenos hábitos alimenticios, registro de constantes de TA y el control de peso para el manejo de la ICC. Se le derivará a la consulta de hospital de día de IC del HUMS para seguimiento.</p>
<p>[00046] Deterioro de la integridad cutánea.</p>	<p>3 veces a la semana se irá al domicilio de la paciente para la cura de ambas úlceras, la localizada en el sacro vigilando que siga creciendo tejido de granulación con la aplicación de productos hidrocoloides, y en el caso de la UPP del pie, utilizando técnicas de desbridamiento quirúrgico y enzimático, así como eliminando la infección cuando precise. También se le instruirá a la paciente y familiares sobre la importancia de los cambios posturales y no permanecer demasiado tiempo en una postura que favorezca la presión en dichas zonas. Se evaluará mediante fotografías la evolución de las UPP, colgándolas en su historia clínica e informando al médico de su evolución. Se evaluará a la paciente cada 3 meses de forma periódica mediante la Escala Norton Modificada por el INSALUD.</p>
<p>[00019] Incontinencia urinaria de urgencia.</p>	<p>Se le propone a la paciente el uso de técnicas de contracción y relajación del esfínter en la micción para el fortalecimiento del músculo detrusor, así como la importancia de establecer horarios de ir a orinar para controlar los escapes. También se le aconsejará sobre el uso de compresas cuando salga de casa y durante la noche.</p>
<p>[00236] Riesgo de estreñimiento funcional crónico.</p>	<p>Se le instruirá en la consulta de enfermería a la paciente y sus familiares sobre el uso correcto de laxantes, por ejemplo, tomando movicol en la noche cuando lleve dos días sin defecar. Así como la importancia de contabilizar el número de veces de defecación y su consistencia. También se le enseñarán técnicas para reconocer una impactación fecal y su correcta extracción en caso de que fuera necesario. Se le explicará la importancia de la movilidad para evitar el estreñimiento, así como unos buenos hábitos alimenticios ricos en fibra. Se llevará a cabo un seguimiento semanal.</p>

<p>[00085] Deterioro de la movilidad física.</p>	<p>Se animará a la paciente a la deambulaci3n con el andador tanto en casa como en las mediaciones del hogar, enfatizando en la importancia de crear un ambiente seguro sin obst3culos para mantener la funcionalidad y evitar un deterioro m3s r3pido de la movilidad. Se le recomienda dar dos paseos diarios por la calle de 15 minutos cada uno, adem3s de no permanecer en sedestaci3n m3s de 3 horas seguidas en el hogar. Tambi3n se llevar3 a cabo una vez a la semana en el domicilio de la paciente el entrenamiento de las transferencias de forma segura, con el asesoramiento y uso adecuado de dispositivos de ayuda cuando sea necesario. Valoraremos su evoluci3n una vez a la semana.</p>
<p>[00093] Fatiga.</p>	<p>Se proporcionarán estrategias de descanso entre la ejecuci3n de las distintas actividades, así como uso correcto de dispositivos de ayuda y adaptaciones en el hogar para promocionar su independencia en las AVD, aceptando su situaci3n actual y la ayuda si precisa en determinadas actividades facilitando la tarea para reducir la fatiga. Se le preguntará sobre su evoluci3n semanalmente.</p>
<p>[00303] Riesgo de caídas del adulto.</p>	<p>Se educará tanto a la paciente como a sus familiares sobre la importancia de un entorno seguro, uso de calzado adecuado y se proporcionarán estrategias para saber cómo caer, las cuales se practicarán en el domicilio las veces que sea necesario a demanda de la paciente minimizando así el riesgo de caídas. Tambi3n se asesorará sobre la eliminaci3n de barreras arquitect3nicas en el baño, con asideros, suelo antideslizante y silla en la ducha.</p>
<p>[00096] Deprivaci3n del sueño.</p>	<p>Se le proporcionarán h3bitos de higiene del sueño, reduciendo las siestas diurnas, estableciendo horarios de ir a la cama y h3bitos saludables, recalcando la importancia de no ver la televisi3n ni utilizar el m3vil cuando se quiera dormir. Se recomienda el uso de infusiones como la tila antes de dormir, así como ejercicios relajantes previos.</p>
<p>[00279] Deterioro de los procesos de pensamiento.</p>	<p>Se proporcionan actividades de su agrado para la estimulaci3n cognitiva tales como sudokus, jugar a las cartas, escribir, etc... así como la importancia de seguir realizando las AIVD para fomentar la estimulaci3n de las funciones cognitivas. Se le proporcionarán estrategias de facilitaci3n de las actividades tales como creaci3n de listas para evitar olvidos. Se le animará a realizar sesiones de terapia ocupacional en DFA una vez a la semana.</p>

<p>[00133] Dolor crónico.</p>	<p>Se valorará el dolor junto con la paciente mediante la Escala EVA, recibiendo educación a cerca del manejo y administración de los fármacos pautados para el dolor. Se preguntará por las alergias siempre y se le explicarán todas las reacciones adversas, colaborando con su médico de familia ante cualquier cambio de pauta o de fármaco. Se le enseñará a la paciente a tomar la dosis adecuada según el umbral del dolor, así como el tiempo entre cada administración.</p>
<p>[00146] Ansiedad.</p>	<p>Mediante la escucha activa, en todas las visitas domiciliarias y en consultas, se proporcionará un ambiente seguro a la paciente para que pueda expresar sus temores. Se le proporcionarán técnicas de relajación como el mindfulness, así como medicación pautada por el médico cuando precise. Se valorará una vez al mes mediante la Escala de Golberg.</p>
<p>[00053] Aislamiento social.</p>	<p>Se le animará a la paciente a socializar con su red de amistades y a realizar nuevas actividades de ocio, recalando la importancia que ello supone para la disminución de la ansiedad y aceptación de su estado de salud ante su nueva situación con respecto a la EM.</p>
<p>[00055] Desempeño ineficaz del rol.</p>	<p>Se potenciará mediante una relación terapéutica de confianza la necesidad aceptarse ante su nueva situación funcional, construyendo objetivos realistas y adaptando las actividades a su capacidad funcional desempeñando sus roles y aceptando la situación de dependencia de sus cuidadores en las actividades que lo requieran.</p>
<p>[00065] Patrón de sexualidad ineficaz.</p>	<p>Se le proporcionarán a la paciente y su marido estrategias para la relajación antes de las relaciones sexuales en la consulta cuando ellos lo demanden, propiciando una escucha activa y ambiente de confianza, así como la importancia de crear un entorno favorable que propicie el desencadenamiento del acto sexual. Se le aconsejará el uso de lubricantes vaginales. Se le explicarán todos los síntomas que puede manifestar debido a la menopausia y a su estado de ansiedad ante la pandemia que puedan repercutir en su sexualidad. Por último, se les asesorará sobre la figura de un terapeuta sexual cuando lo precisen.</p>
<p>[00069] Afrontamiento ineficaz.</p>	<p>A través de una buena relación terapéutica, se proporcionará un entorno confortable en la consulta y su domicilio de escucha activa, animando a la paciente en la toma de decisiones y aceptación de su funcionalidad, positivizando sus fortalezas.</p>

[00066] Sufrimiento espiritual.	Se le animará a la paciente a expresar sus sentimientos de ira de forma adecuada, se le hablará sobre la posibilidad de realizar ejercicios de meditación apuntándose a yoga, así como darle la confianza suficiente como para que acepte su nueva condición y pueda volver a realizar sus actividades recreativas sin miedo a ser juzgada, pudiéndose reencontrar con sus creencias.
--	---

6.3.3. Evaluación:

La evaluación de los diferentes objetivos propuestos se realizará en las visitas domiciliarias y en la consulta, favoreciendo el continuum terapéutico. Se utilizarán las diferentes Escalas Likert detalladas en la Tabla 18 propuestas por la taxonomía NANDA, así como otras escalas estandarizadas para la evaluación de otros aspectos importantes en la paciente entre los que destacan el Test de disfagia MECV-V, el índice de Barthel, la Escala de Lawton y Broody, la Escala EVA, la Escala de Norton Modificada por el INSALUD, la Escala de Tinetti, el Cuestionario MOS y la Escala de Ansiedad y Depresión de Golberg. Las siguientes tablas reflejan la puntuación previa a la intervención desde enfermería, así como los resultados esperados tras el período determinado de cada objetivo propuesto.

Tabla 17. Valoración de los objetivos según la Escala Likert.

OBJETIVOS DEL PAE	INDICADORES	EVALUACIÓN INICIAL	PERÍODO DE EVALUACIÓN	RESULTADOS ESPERADOS TRAS 6 MESES
[1300] Aceptación: estado de salud	[130008] Reconoce la realidad de la situación de salud.	Escala 13: 2 Raramente demostrado.	Mensualmente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado.
	[130010] Afrontamiento de la situación de salud.	Escala 13: 2 Raramente demostrado.	Mensualmente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado.
	[130017] Se adapta al cambio en el	Escala 13: 2 Raramente demostrado.	Mensualmente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado.

	estado de salud.			
[1010] Estado de deglución	[101004] Capacidad de masticación.	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido.	Semanalmente	Escala 01: 4 Levemente comprometido.
	[101012] Atragantamiento, tos o náuseas.	Escala 14: 2 Sustancial.	Semanalmente	Escala 14: 4 Leve.
	[101015] Mantiene la cabeza relajada y el tronco erecto.	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido.	Semanalmente	Escala 01: 5 No comprometido.
[1935] Control del riesgo: aspiración	[193502] Identifica los factores de riesgo de aspiración.	Escala 13: 3 A veces demostrado.	Mensualmente	Escala 13: 5 Siempre demostrado.
	[193505] Selecciona alimentos basados en su capacidad para tragar.	Escala 13: 3 A veces demostrado.	Cada dos semanas	Escala 13: 5 Siempre demostrado.
	[193507] Selecciona líquidos de consistencia adecuada.	Escala 13: 1 Nunca demostrado.	Cada dos semanas	Escala 13: 5 Siempre demostrado.
	[193509] Se sitúa en posición vertical para comer y beber.	Escala 13: 2 Raramente demostrado.	Semanalmente	Escala 13: 5 Siempre demostrado.
	[193511] Tiene precaución al tragar píldoras.	Escala 13: 2 Raramente demostrado.	Semanalmente	Escala 13: 5 Siempre demostrado.

[3106] Autocontrol: insuficiencia cardíaca	[310608] Controla la presión arterial.	Escala 13: 3 A veces demostrado.	Semanalmente	Escala 13: 5 Siempre demostrado.
	[310612] Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito.	Escala 13: 2 Raramente demostrado.	Semanalmente	Escala 13: 5 Siempre demostrado.
	[310613] Sigue la dieta prescrita.	Escala 13: 2 Raramente demostrado.	Semanalmente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado.
	[310619] Controla el peso.	Escala 13: 1 Nunca demostrado.	Semanalmente	Escala 13: 5 Siempre demostrado.
	[310615] Sigue las restricciones de líquidos.	Escala 13: 2 Raramente demostrado.	Semanalmente	Escala 13: 5 Siempre demostrado.
[1103] Curación de la herida: por segunda intención	[110307] Eritema cutáneo circundante.	<u>UPP sacro:</u> Escala 23B: 2 Sustancial.	Dos veces a la semana	<u>UPP sacro:</u> Escala 23B: 5 Ninguno.
		<u>UPP pie:</u> Escala 23B: 4 Escaso.		<u>UPP pie:</u> Escala 23B: 5 Ninguno.
	[110304] Secreción serosa.	<u>UPP sacro:</u> Escala 23B: 2 Sustancial.	Dos veces a la semana	<u>UPP sacro:</u> Escala 23B: 5 Ninguno.
		<u>UPP pie:</u> Escala 23B: 5 Ninguno.		<u>UPP pie:</u> Escala 23B: 5 Ninguno.
	[110301] Granulación.	<u>UPP sacro:</u> Escala 09: 1 Ninguno.	Dos veces a la semana	<u>UPP sacro:</u> Escala 09: 5 Extenso.
		<u>UPP pie:</u> Escala 09: 3 Moderado		<u>UPP pie:</u> Escala 09: 5 Extenso.
	[110311]Piel macerada.	<u>UPP sacro:</u> Escala 23B: 2 Sustancial.	Dos veces a la semana	<u>UPP sacro:</u> Escala 23B: 5 Ninguno.
		<u>UPP pie:</u> Escala 23B: 4 Escaso.		<u>UPP pie:</u> Escala 23B: 5 Ninguno.

	[110303] Secreción purulenta.	<u>UPP sacro:</u> Escala 23B: 3 Moderado.	Dos veces a la semana	<u>UPP sacro:</u> Escala 23B: 5 Ninguno.	
		<u>UPP pie:</u> Escala 23B: 5 Ninguno.		<u>UPP pie:</u> Escala 23B: 5 Ninguno.	
	[110317] Mal olor de la herida.	<u>UPP sacro:</u> Escala 23B: 4 Escaso.	Dos veces a la semana	<u>UPP sacro:</u> Escala 23B: 5 Ninguno.	
		<u>UPP pie:</u> Escala 23B: 5 Ninguno.		<u>UPP pie:</u> Escala 23B: 5 Ninguno.	
	[110321] Disminución del tamaño de la herida.	<u>UPP sacro:</u> Escala 09: 2 Escaso.	Dos veces a la semana	<u>UPP sacro:</u> Escala 09: 5 Extenso.	
		<u>UPP pie:</u> Escala 09: 3 Moderado.		<u>UPP pie:</u> Escala 09: 5 Extenso.	
	[110320] Formación de cicatriz.	<u>UPP sacro:</u> Escala 09: 1 Ninguno.	Dos veces a la semana	<u>UPP sacro:</u> Escala 09: 5 Extenso.	
		<u>UPP pie:</u> Escala 09: 2 Escaso.		<u>UPP pie:</u> Escala 09: 5 Extenso.	
	[0502] Continencia urinaria	[50203] Responde de forma adecuada a la urgencia.	Escala 13: 2 Raramente demostrado.	Mensualmente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado.
		[50208] Es capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina.	Escala 13: 2 Raramente demostrado.	Mensualmente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado.
		[50211] Pérdidas de orina al estornudar, reír o levantar peso.	Escala 19: 2 Frecuentemente demostrado.	Mensualmente	Escala 19: 3 A veces demostrado.
		[50213] Ropa interior o de la cama mojada	Escala 19: 3 A veces demostrado.	Mensualmente	Escala 19: 4 Raramente demostrado.

	durante la noche.			
	[50221] Utiliza estrategias de entrenamiento de la vejiga.	Escala 13: 1 Nunca demostrado.	Mensualmente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado.
[0501] Eliminación intestinal	[50101] Patrón de eliminación.	Escala 01: 4 Levemente comprometido.	Mensualmente	Escala 01: 5 No comprometido.
	[50110] Estreñimiento.	Escala 14: 4 Leve.	Mensualmente	Escala 14: 5 Ninguno.
	[50128] Dolor con el paso de las heces.	Escala 14: 4 Leve.	Mensualmente	Escala 14: 5 Ninguno.
	[50108] Sangre en las heces.	Escala 14: 4 Leve.	Mensualmente	Escala 14: 5 Ninguno.
[0208] Movilidad	[20801] Mantenimiento del equilibrio.	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido.	Mensualmente	Escala 01: 4 Levemente comprometido.
	[20805] Realización del traslado.	Escala 01: 2 Sustancialmente comprometido.	Cada dos semanas	Escala 01: 4 Levemente comprometido.
	[20806] Ambulación.	Escala 01: 2 Sustancialmente comprometido.	Mensualmente	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido.
	[20810] Marcha.	Escala 01: 2 Sustancialmente comprometido.	Mensualmente	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido.
[0300] Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)	[30001] Come.	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido.	Mensualmente	Escala 01: 4 Levemente comprometido.
	[30002] Se viste.	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido.	Mensualmente	Escala 01: 5 No comprometido.
	[30003] Uso del inodoro.	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido.	Mensualmente	Escala 01: 5 No comprometido.
	[30006] Higiene.	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido.	Mensualmente	Escala 01: 4 Levemente comprometido.

	[30010] Realización del traslado.	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido.	Cada dos semanas	Escala 01: 5 No comprometido.
[1828] Conocimiento: prevención de caídas	[182801] Uso correcto de dispositivos de ayuda.	Escala 20: 2 Conocimiento escaso.	Cada 3 meses	Escala 20: 4 Conocimiento sustancial.
	[182804] Uso correcto de barras para asirse.	Escala 20: 3 Conocimiento moderado.	Cada 3 meses	Escala 20: 4 Conocimiento sustancial.
	[182803] Calzado adecuado.	Escala 20: 2 Conocimiento escaso.	Mensualmente	Escala 20: 5 Conocimiento extenso.
	[182809] Uso de procedimientos seguros de traslado.	Escala 20: 2 Conocimiento escaso.	Mensualmente	Escala 20: 4 Conocimiento sustancial.
	[182817] Cómo deambular de manera segura.	Escala 20: 2 Conocimiento escaso.	Mensualmente	Escala 20: 5 Conocimiento extenso.
	[182818] Importancia de mantener el camino libre.	Escala 20: 3 Conocimiento moderado.	Mensualmente	Escala 20: 5 Conocimiento extenso.
[0004] Sueño	[409] Siesta inapropiada.	Escala 14: 2 Sustancial.	Semanalmente	Escala 14: 4 Leve.
	[410] Despertar a horas apropiadas.	Escala 01: 1 Gravemente comprometido.	Semanalmente	Escala 01: 4 Levemente comprometido.
	[421] Dificultad para conciliar el sueño.	Escala 14: 1 Grave.	Semanalmente	Escala 14: 4 Leve.
	[422] Pesadillas.	Escala 14: 2 Sustancial.	Semanalmente	Escala 14: 4 Leve.
	[417] Dependencia de las ayudas para dormir	Escala 14: 1 Grave.	Semanalmente	Escala 14: 4 Leve.
	[407] Hábito de sueño.	Escala 01: 1	Mensualmente	Escala 01: 4

		Gravemente comprometido.		Levemente comprometido.
	[404] Calidad del sueño.	Escala 01: 1 Gravemente comprometido.	Mensualmente	Escala 01: 4 Levemente comprometido.
[0900] Cognición	[90004] Se concentra.	Escala 01: 2 Sustancialmente comprometido.	Cada dos meses	Escala 01: 4 Levemente comprometido.
	[90007] Memoria reciente.	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido.	Cada dos meses	Escala 01: 4 Levemente comprometido.
	[90009] Procesa la información.	Escala 01: 3 Moderadamente comprometido.	Cada dos meses	Escala 01: 4 Levemente comprometido.
	[90011] Toma decisiones apropiadas.	Escala 01: 2 Sustancialmente comprometido.	Mensualmente	Escala 01: 5 No comprometido.
[1605] Control del dolor	[160503] Utiliza medidas preventivas para el control el dolor.	Escala 13: 2 Raramente demostrado.	Cada dos semanas	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado.
	[160505] Utiliza analgésicos como se recomienda.	Escala 13: 2 Raramente demostrado.	Cada dos semanas	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado.
	[160527] Realiza técnicas efectivas de relajación.	Escala 13: 1 Nunca demostrado.	Mensualmente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado.
[1211] Nivel de ansiedad	[121114] Dificultades para resolver problemas.	Escala 14: 1 Grave.	Mensualmente	Escala 14: 4 Leve.
	[121117] Ansiedad verbalizada.	Escala 14: 2 Sustancial.	Semanalmente	Escala 14: 4 Leve.
	[121129] Trastorno del sueño.	Escala 14: 1 Grave.	Semanalmente	Escala 14: 4 Leve.

	[121135] Sentimiento de inutilidad.	Escala 14: 1 Grave.	Mensualmente	Escala 14: 5 Ninguno.
	[121142] Dificultad en el desempeño de las funciones familiares.	Escala 14: 2 Sustancial.	Mensualmente	Escala 14: 4 Leve.
	[121143] Desinterés por la vida.	Escala 14: 2 Sustancial.	Mensualmente	Escala 14: 5 Ninguno.
[1203] Severidad de la soledad	[120301] Sensación de terror infundado.	Escala 14: 1 Grave.	Mensualmente	Escala 14: 4 Leve.
	[120325] Malestar espiritual.	Escala 14: 2 Sustancial.	Cada dos meses	Escala 14: 5 Ninguno.
	[120327] Depresión.	Escala 14: 2 Sustancial.	Cada dos meses	Escala 14: 5 Ninguno.
	[120312] Dificultad para establecer contacto con los demás.	Escala 14: 1 Grave.	Mensualmente	Escala 14: 5 Ninguno.
[1300] Aceptación: estado de salud	[130002] Renuncia al concepto previo de salud personal.	Escala 13: 2 Raramente demostrado.	Mensualmente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado.
	[130010] Afrontamiento de la situación de salud.	Escala 13: 1 Nunca demostrado.	Mensualmente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado.
	[130013] Expresa que la vida es digna de ser vivida.	Escala 13: 2 Raramente demostrado.	Mensualmente	Escala 13: 5 Siempre demostrado.
	[130017] Se adapta al cambio en el	Escala 13: 1 Nunca demostrado.	Mensualmente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado.

	estado de salud.			
[2104] Severidad de los síntomas de la perimenopausia	[210405] Sequedad vaginal.	Escala 14: 2 Sustancial.	Cada dos semanas	Escala 14: 4 Leve.
	[210406] Cambios del estado de ánimo.	Escala 14: 3 Moderado.	Semanalmente	Escala 14: 3 Moderado.
	[210412] Descenso de la libido.	Escala 14: 2 Sustancial.	Mensualmente	Escala 14: 3 Moderado.
[1302] Afrontamiento de problemas	[130205] Verbaliza aceptación de la situación.	Escala 13: 2 Raramente demostrado.	Mensualmente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado.
	[130208] Se adapta a los cambios en desarrollo.	Escala 13: 2 Raramente demostrado.	Mensualmente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado.
	[130207] Modifica el estilo de vida para reducir el estrés.	Escala 13: 1 Nunca demostrado.	Mensualmente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado.
	[130218] Refiere aumento del bienestar psicológico.	Escala 13: 1 Nunca demostrado.	Mensualmente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado.
	[130214] Verbaliza la necesidad de asistencia.	Escala 13: 2 Raramente demostrado.	Mensualmente	Escala 13: 4 Frecuentemente demostrado.
[2001] Salud espiritual	[200111] Participación en ritos y ceremonias espirituales.	Escala 01: 1 Gravemente comprometido.	Cada dos semanas	Escala 01: 5 No comprometido.
	[200122] Satisfacción espiritual.	Escala 01: 2 Sustancialmente comprometido.	Mensualmente	Escala 01: 5 No comprometido.

	[200103] Expresión de significado y fin de la vida.	Escala 01: 2 Sustancialmente comprometido.	Mensualmente	Escala 01: 5 No comprometido.
	[200123] Gozo por la vida.	Escala 01: 1 Gravemente comprometido.	Mensualmente	Escala 01: 5 No comprometido.

Tabla 18. Detalle de la evaluación Likert propuesta por la taxonomía NANDA.

ESCALAS LIKERT	01: Grado de deterioro de la salud o el bienestar.
	09: Rango sobre el que se extiende una entidad.
	23B: Extenso-Ninguno.
	13: Frecuencia de aclarar por informe o conducta.
	14: Grado de un estado o de una respuesta negativa o adversa.
	19: Frecuencia de aclarar por informe o conducta.
	20: Grado de información cognitiva que se comprende.

Tabla 19. A continuación se reflejan los resultados iniciales de la evaluación previos a la intervención de enfermería mediante escalas complementarias, así como los resultados esperados.

ESCALAS COMPLEMENTARIAS	EVALUACIÓN INICIAL	PERÍODO DE EVALUACIÓN	RESULTADOS ESPERADOS
Test de disfagia algoritmo MECV-V	Intolerancia a 20 ml de agua. Disfagia a líquidos	Mensualmente	Intolerancia a 20 ml de agua. Uso de espesantes y disminución de los atragantamientos.
Escala de Norton Modificada por el INSALUD	14 puntos: riesgo evidente UPP	Mensualmente	19 puntos: riesgo mínimo UPP
Índice de Barthel	40/100 puntos: dependencia moderada	Cada dos meses	80/100 puntos: dependencia leve

Índice de Lawton y Broody	6/8 puntos: precisa ayuda para coger el transporte público, hacer la compra y algunas tareas domésticas	Cada dos meses	8/8 puntos siendo independiente para todas las AIVD
Escala de Tinetti	Alto riesgo de caídas: 7/28 puntos - Equilibrio: 4/16 puntos - Marcha: 4/12 puntos	Mensualmente	Bajo riesgo de caídas: 13/28 puntos - Equilibrio: 7/16 puntos. - Marcha: 6/12
Escala EVA	6 puntos: dolor moderado	Semanalmente	2 puntos: dolor leve
Cuestionario MOS	Índice global: 58 puntos: - Apoyo emocional: 19 puntos. - Apoyo instrumental: 14 puntos. - Apoyo de interacción social positiva: 11 puntos. - Apoyo afectivo: 14 puntos.	Mensualmente	Índice global: 87 puntos: - Apoyo emocional: 36 puntos. - Apoyo instrumental: 20 puntos. - Apoyo de interacción social positiva: 16 puntos. - Apoyo afectivo: 15 puntos.
Escala de Ansiedad y Depresión de Golberg	- 9 puntos subescala de ansiedad. - 7 puntos subescala de depresión.	Cada dos semanas	- 3 puntos subescala de ansiedad. - 0 puntos subescala de depresión.

7. CONCLUSIONES:

El confinamiento debido a la pandemia de la COVID-19, realizado a nivel mundial, ha tenido consecuencias negativas de salud en los pacientes con EM. Ha producido un deterioro de su funcionalidad, así como un impacto negativo en las esferas psicoemocional, cognitiva y física.

El cierre temporal de los centros de día y el desbordamiento de la atención sanitaria en los hospitales y los centros de salud ha provocado un déficit de cuidados a estas personas, resultando en un empeoramiento en todas las

áreas de su estado de salud y dando como resultado un deterioro en su independencia.

A través de la ejecución de un PAE, se trata al paciente de forma individualizada, desde una visión holística e integral. Es muy importante incluir tanto a los propios pacientes como a los cuidadores principales en los cuidados proporcionados por enfermería, proporcionando una educación sanitaria que englobe todos los aspectos de la enfermedad a tratar en ese momento, realizando una evaluación continua en el seguimiento de las personas con EM⁶¹.

Mediante el establecimiento de un PAE, se pretende conseguir una mejora sustancial en la esfera psicoemocional del paciente, así como proporcionarle estrategias de afrontamiento y adaptación a la evolución de la enfermedad tras sufrir un importante deterioro debido a la pandemia.

Por último, hay que destacar la importancia de no interrumpir el tratamiento y seguimiento de estos pacientes en situaciones futuras semejantes a la vivida durante la pandemia de la COVID-19, debido a la gran repercusión negativa que ha tenido sobre su estado de salud.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Margoni M, Preziosa P, Filippi M, Rocca MA. Anti-CD20 therapies for multiple sclerosis: current status and future perspectives. J Neurol [Internet]. 11 de agosto de 2021 [citado 30 de enero de 2022];1-19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8356891/>
2. Moreno Gómez M del M, García Romanos F. Caso clínico: presentación atípica de esclerosis múltiple en una paciente de 42 años. Aten Primaria Práctica [Internet]. 1 de enero de 2021 [citado 7 de febrero de 2022];3(1):100082. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S260507302100002X>
3. Gómez MCG, Palomares SN. La esclerosis múltiple: concepto, historia e implicaciones en la escuela. Rev Sobre Infancia Adolesc [Internet]. 4 de

- mayo de 2020 [citado 14 de febrero de 2022];(18):1-16. Disponible en: <https://polipapers.upv.es/index.php/reinad/article/view/11870>
4. Oreja-Guevara C, Ayuso Blanco T, Brieva Ruiz L, Hernández Pérez MÁ, Meca-Lallana V, Ramió-Torrentà L. Cognitive Dysfunctions and Assessments in Multiple Sclerosis. *Front Neurol* [Internet]. 2019 [citado 7 de febrero de 2022];10. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fneur.2019.00581>
 5. Mujer y Esclerosis Múltiple: el 70% de personas con EM es mujer entre 20 y 40 años [Internet]. GAEM (Grupo de Afectados de Esclerosis Múltiple). 2018 [citado 2 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://fundaciongaem.org/mujer-y-esclerosis-multiple/>
 6. Perez Carmona N, Fernandez E, Sempere A. Epidemiología de la esclerosis múltiple en España. *Rev Neurol*. 1 de enero de 2019;69:32.
 7. Álvarez Ayuso L, Rodríguez Marrodán B, Blasco Quílez MR, García-Merino JA, Sánchez Guerrero A. Impacto económico de las nuevas terapias orales en esclerosis múltiple. *Neurología* [Internet]. 1 de marzo de 2021 [citado 14 de febrero de 2022];36(2):95-100. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485317303754>
 8. Qué es la Esclerosis Múltiple [Internet]. Esclerosis múltiple España. [citado 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://esclerosismultiple.com/esclerosis-multiple/que-es-la-esclerosis-multiple/>
 9. Wang Z, Kennedy PG, Dupree C, Wang M, Lee C, Pointon T, et al. Antibodies from Multiple Sclerosis Brain Identified Epstein-Barr Virus Nuclear Antigen 1 & 2 Epitopes which Are Recognized by Oligoclonal Bands. *J Neuroimmune Pharmacol* [Internet]. 18 de agosto de 2020 [citado 2 de febrero de 2022];1-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7431217/>
 10. Brütting C, Stangl GI, Staeger MS. Vitamin D, Epstein-Barr virus, and endogenous retroviruses in multiple sclerosis - facts and hypotheses. *J Integr Neurosci* [Internet]. 2021 [citado 2 de febrero de 2022];20(1):233.

Disponible en:
<https://imrpess.com/journal/JIN/20/1/10.31083/j.jin.2021.01.392>

11. Zhang N, Zuo Y, Jiang L, Peng Y, Huang X, Zuo L. Epstein-Barr Virus and Neurological Diseases. *Front Mol Biosci* [Internet]. 10 de enero de 2022 [citado 2 de febrero de 2022];8:816098. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8784775/>
12. García Merino A, Ara Callizo JR, Fernández Fernández O, Landete Pascual L, Moral Torres E, Rodríguez-Antigüedad Zarrantz A. Consenso para el tratamiento de la esclerosis múltiple 2016. *Sociedad Española de Neurología. Neurología* [Internet]. 1 de marzo de 2017 [citado 7 de febrero de 2022];32(2):113-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485316300299>
13. ¿Cuáles son los síntomas de la Esclerosis Múltiple? Conocerlos, clave en sensibilización social • Esclerosis múltiple España [Internet]. *Esclerosis múltiple España*. 2021 [citado 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://esclerosismultiple.com/dia-nacional-esclerosis-multiple-cuales-son-los-sintomas/>
14. Moreno RD, Esponda MM, Lorena N, Echazarreta R, Triano RO, Morales JLG. Esclerosis múltiple: revisión de la literatura médica. :10.
15. Hochsprung A, Escudero-Uribe S, Ibáñez-Vera AJ, Izquierdo-Ayuso G. Eficacia de la terapia con señales electromagnéticas pulsadas y transmitidas de manera dieléctrica monopolar en procesos dolorosos asociados a esclerosis múltiple. Estudio piloto. *Neurología* [Internet]. 1 de julio de 2021 [citado 14 de febrero de 2022];36(6):433-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485318300884>
16. Moreno et al. - Esclerosis múltiple revisión de la literatura méd.pdf [Internet]. [citado 30 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un125e.pdf>
17. Types of MS | Multiple Sclerosis [Internet]. *MS International Federation*. [citado 30 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.msif.org/about-ms/types-of-ms/>

18. Cree BAC, Arnold DL, Chataway J, Chitnis T, Fox RJ, Pozo Ramajo A, et al. Secondary Progressive Multiple Sclerosis. *Neurology* [Internet]. 24 de agosto de 2021 [citado 20 de marzo de 2022];97(8):378-88. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8397587/>
19. Criterios McDonald 2017 para el Diagnóstico de Esclerosis Múltiple (EM) – MedicalCRITERIA.com [Internet]. [citado 20 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://medicalcriteria.com/web/es/2017-mcdonald/>
20. Bravo-González F, Álvarez-Roldán A. Esclerosis múltiple, pérdida de funcionalidad y género. *Gac Sanit* [Internet]. marzo de 2019 [citado 30 de enero de 2022];33(2):177-84. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911117302662>
21. Suero-García C, Martín-Banderas L, Holgado MÁ. Efecto neuroprotector de los cannabinoides en las enfermedades neurodegenerativas. *Ars Pharm Internet* [Internet]. 2015 [citado 30 de enero de 2022];56(2):77-87. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2340-98942015000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Zabalza A, Cárdenas-Robledo S, Tagliani P, Arrambide G, Otero-Romero S, Carbonell-Mirabent P, et al. COVID-19 in multiple sclerosis patients: susceptibility, severity risk factors and serological response. *Eur J Neurol* [Internet]. 2021 [citado 7 de febrero de 2022];28(10):3384-95. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ene.14690>
23. Piñar Morales R, Ramírez Rivas MA, Barrero Hernández FJ. Infección por SARS-CoV-2 y seroprevalencia en pacientes con esclerosis múltiple. *Neurología* [Internet]. 1 de noviembre de 2021 [citado 7 de febrero de 2022];36(9):698-703. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021348532100058X>
24. Zhang GX, Sanabria C, Martínez D, Zhang WT, Gao SS, Alemán A, et al. Consecuencias sociolaborales del confinamiento por la COVID-19 en pacientes con esclerosis múltiple en dos poblaciones muy diferentes.

- Neurología [Internet]. 1 de enero de 2021 [citado 7 de febrero de 2022];36(1):16-23. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485320302644>
25. Giménez-Llort L, Martín-González JJ, Maurel S. Secondary Impacts of COVID-19 Pandemic in Fatigue, Self-Compassion, Physical and Mental Health of People with Multiple Sclerosis and Caregivers: The Teruel Study. Brain Sci [Internet]. 18 de septiembre de 2021 [citado 30 de enero de 2022];11(9):1233. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8467200/>
26. NNNConsult [Internet]. [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.cuarzo.unizar.es:9443/>
27. Patrones Funcionales-Modelo de Marjory Gordon [Internet]. Enfermería Actual. 2013 [citado 27 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/patrones-funcionales/>
28. Puig RP. Escala de Daniels: qué evalúa, descripción, criterios [Internet]. Lifeder. 2020 [citado 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.lifeder.com/escala-de-daniels/>
29. <http://www.efisioterapia.net/articulos/imprimir.php?id=153&p=es.>
:7.
30. Plan de cuidados de enfermería al paciente con esclerosis múltiple secundaria progresiva. Caso clínico - Revista Electrónica de Portales Medicos.com [Internet]. [citado 20 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-al-paciente-con-esclerosis-multiple-secundaria-progresiva-caso-clinico/>
31. ▷ Proceso de Atención de Enfermería en insuficiencia cardiaca [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2021 [citado 28 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://revistamedica.com/caso-pae-insuficiencia-cardiaca/>

34. Clavé P, Arreola V, Velasco M, Quer M, Castellví JM, Almirall J, et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. *Cir Esp* [Internet]. 1 de agosto de 2007 [citado 24 de abril de 2022];82(2):62-76. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-diagnostico-tratamiento-disfagia-orofaringea-funcional--13108831>
35. Romanos Calvo B, Casanova Cartié N, Romanos Calvo B, Casanova Cartié N. La escala de Norton modificada por el INSALUD y sus diferencias en la práctica clínica. *Gerokomos* [Internet]. 2017 [citado 29 de abril de 2022];28(4):194-9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2017000400194&lng=es&nrm=iso&tlng=es
36. Alteraciones urinarias e intestinales en la esclerosis múltiple [Internet]. Fundación Esclerosis Múltiple. 2020 [citado 27 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.fem.es/es/alteraciones-urinarias-e-intestinales-en-la-esclerosis-multiple/>
37. 12_GuiaEsclerosisMultipleCompleto.pdf [Internet]. [citado 20 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/84ccb8bf-a293-11e6-acfb-b7af34d5e321/12_GuiaEsclerosisMultipleCompleto.pdf
38. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. marzo de 1997 [citado 24 de abril de 2022];71(2):127-37. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
39. Escala de lawton y brody.pdf [Internet]. [citado 26 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/3b-ESCALA-DE-LAWTON-Y-BRODY.pdf>
40. Escala_de_tinetti.pdf [Internet]. [citado 2 de mayo de 2022]. Disponible en:

https://marthacoronah.weebly.com/uploads/5/5/4/1/5541149/escala_de_tinetti.pdf

41. Elsevier, Elsevier G. Escala de Coma de Glasgow: tipos de respuesta motora y su puntuación [Internet]. Elsevier Connect. [citado 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/escala-de-coma-de-glasgow>
42. Valoración y manejo del dolor desde la enfermería [Internet]. Comunidad UCJC. 2020 [citado 29 de abril de 2022]. Disponible en: <https://blogs.ucjc.edu/valoracion-y-manejo-del-dolor-desde-la-enfermeria/>
43. Suarez Cuba MÁ. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. Rev Médica Paz [Internet]. 2011 [citado 24 de abril de 2022];17(1):60-7. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-89582011000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
44. goldbergdepression_ansiedad.pdf [Internet]. [citado 28 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/goldbergdepression_ansiedad.pdf
45. Grech LB, Kiropoulos LA, Kirby KM, Butler E, Paine M, Hester R. Target Coping Strategies for Interventions Aimed at Maximizing Psychosocial Adjustment in People with Multiple Sclerosis. Int J MS Care [Internet]. 2018 [citado 4 de abril de 2022];20(3):109-19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5991507/>
46. La disfagia. Uno de los síntomas invisibles de la Esclerosis Múltiple [Internet]. [citado 5 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.espaciologopedico.com/revista/articulo/3498/la-disfagia-uno-de-los-sintomas-invisibles-de-la-esclerosis-multiple.html>
47. Deglución y Esclerosis Múltiple: Pautas y consejos [Internet]. Esclerosis Múltiple Euskadi. 2014 [citado 5 de abril de 2022]. Disponible

en: <https://www.esclerosismultipleuskadi.org/deglucion-y-esclerosis-multiple-pautas-y-consejos/>

48. Ormaechea G, Álvarez P, Ormaechea G, Álvarez P. Programando el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca. Conceptos generales y aportes de una unidad nacional. Rev Urug Cardiol [Internet]. abril de 2018 [citado 5 de abril de 2022];33(1):205-44. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-04202018000100205&lng=es&nrm=iso&tlng=es
49. Torres PA, Sánchez M^a C. Protocolo de cuidados en úlceras por presión. :46.
50. Entrenamiento del suelo pélvico para vejiga hiperactiva en mujeres con esclerosis múltiple [Internet]. Fundación Esclerosis Múltiple. 2019 [citado 5 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.fem.es/es/entrenamiento-del-suelo-pelvico-para-vejiga-hiperactiva-en-mujeres-con-esclerosis-multiple/>
51. El estreñimiento en la esclerosis múltiple [Internet]. Fundación Esclerosis Múltiple. 2015 [citado 6 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.fem.es/es/el-estrenimiento-en-la-esclerosis-multiple/>
52. Terapia ocupacional [Internet]. Asociación Asturiana de Esclerosis Múltiple :: AADEM. [citado 5 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.aadem.org/servicios/terapia-ocupacional/>
53. El ejercicio físico en la Esclerosis Múltiple [Internet]. Esclerosis Múltiple Euskadi. 2016 [citado 5 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.esclerosismultipleuskadi.org/ejercicio-fisico-la-esclerosis-multiple/>
54. Los 10 mandamientos de la higiene del sueño para adultos (por la World Sleep Society) [Internet]. [citado 6 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/los-10-mandamientos-de-la-higiene-del-sueno-para-adultos-por-la-world-sleep-society>

55. Custodio N, Montesinos R, López-Góngora M. Deterioro cognitivo en pacientes con esclerosis múltiple. An Fac Med [Internet]. octubre de 2018 [citado 6 de abril de 2022];79(4):338-45. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832018000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
56. ▷ Trastorno de ansiedad y abordaje de Enfermería [Internet]. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2019 [citado 6 de abril de 2022]. Disponible en: <https://revistamedica.com/ansiedad-abordaje-enfermeria/>
57. familia amigos cambios EM.pdf [Internet]. [citado 6 de abril de 2022]. Disponible en: <https://esclerosismultiple.com/documentos/noticias/familia%20amigos%20cambios%20EM.pdf>
58. Muñoz Devesa A, Morales Moreno I, Bermejo Higuera JC, Galán González Serna JM. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. Index Enferm [Internet]. septiembre de 2014 [citado 7 de abril de 2022];23(3):153-6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962014000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
59. Carretero Ares JL, Bowakim Dib W, Acebes Rey JM. Actualización: esclerosis múltiple. Medifam [Internet]. noviembre de 2001 [citado 3 de mayo de 2022];11(9):30-43. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1131-57682001000900002&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
60. Rehabilitación Integral en Esclerosis Múltiple [Internet]. Esclerosis Múltiple Euskadi. 2017 [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.esclerosismultipleeuskadi.org/rehabilitacion-integral-esclerosis-multiple/>
61. Veliz-Rojas L, Bianchetti Saavedra A. Acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. Enferm Actual En Costa Rica [Internet]. 31 de

diciembre de 2016 [citado 29 de abril de 2022];(32). Disponible en:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/26989>

9. ANEXOS:

ANEXO I. Mapa Prevalencia EM en España



ANEXO II. Clínica EM.



ANEXO III. Escala Daniels.

La Escala de Daniels es utilizada para medir la fuerza muscular.

Escala de Daniels	
0	El músculo no se contrae, parálisis completa.
1	El músculo se contrae, pero no hay movimiento. La contracción puede palpase o visualizarse, pero no hay movimiento.
2	El músculo se contrae y efectúa todo el movimiento, pero sin resistencia, no puede vencer la gravedad (se prueba la articulación en su plano horizontal).
3	El músculo puede efectuar el movimiento en contra de la gravedad como única resistencia.
4	El músculo se contrae y efectúa el movimiento completo, en toda su amplitud, en contra de la gravedad y en contra de una resistencia manual moderada.
5	El músculo se contrae y efectúa el movimiento en toda su amplitud en contra de la gravedad y contra una resistencia manual máxima.

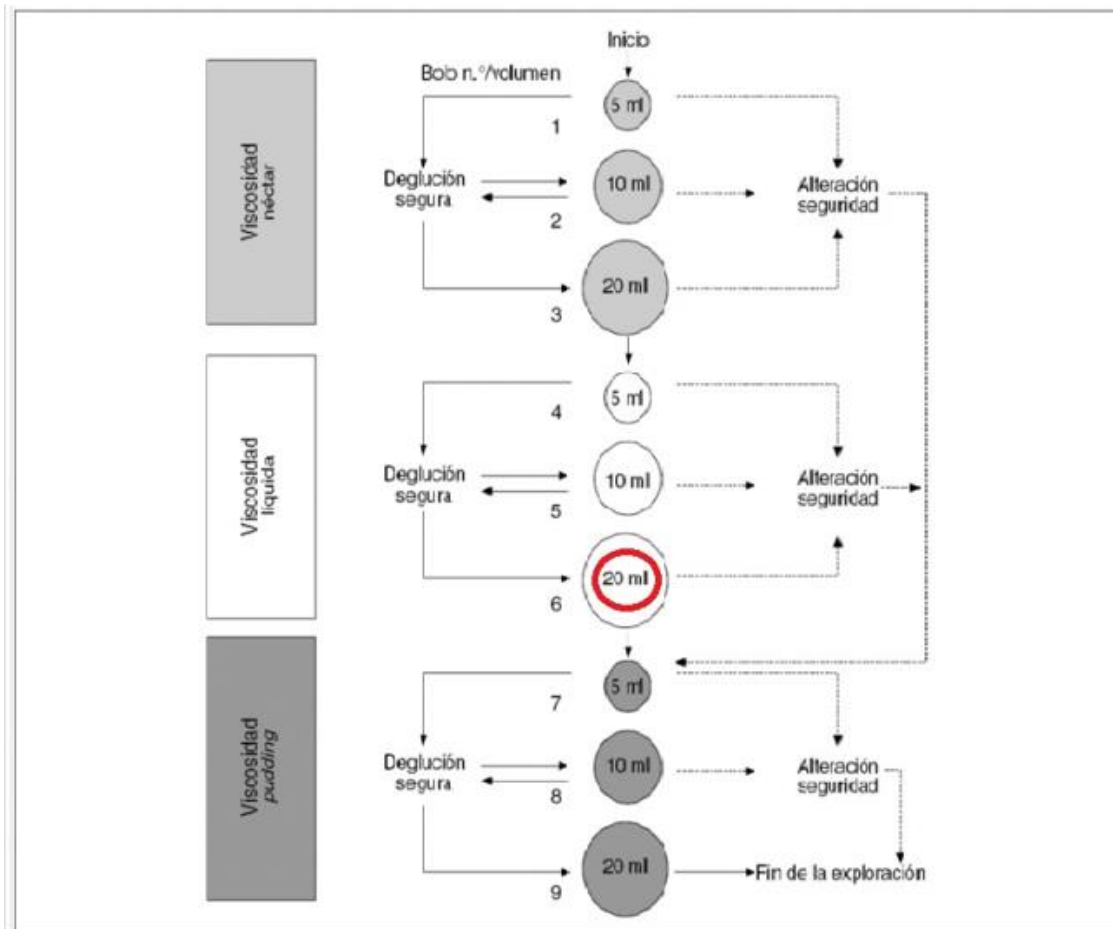
ANEXO IV. Escala Ashworth Modificada.

La Escala Ashworth Modificada sirve para evaluar de forma cualitativa la espasticidad en diferentes articulaciones tanto de MMSS como de MMII. Se lleva a cabo mediante el movimiento desde una posición de máxima flexión hasta la máxima extensión posible (punto en el que se encuentra la primera resistencia blanda).

Escala de Ashworth Modificada		Adaptación de los Valores para el análisis estadístico de la estudio
0	No hay cambios en la respuesta del músculo en los movimientos de flexión o extensión.	0
1	Ligero aumento en la respuesta del músculo al movimiento (flexión ó extensión) visible con la palpación o relajación, o solo mínima resistencia al final del arco del movimiento.	1
1+	Ligero aumento en la resistencia del músculo al movimiento en flexión o extensión seguido de una mínima resistencia en todo el resto del arco de movimiento (menos de la mitad).	2
2	Notable incremento en la resistencia del músculo durante la mayor parte del arco de movimiento articular, pero la articulación se mueve fácilmente.	3
3	Marcado incremento en la resistencia del músculo; el movimiento pasivo es difícil en la flexión o extensión.	4
4	Las partes afectadas están rígidas en flexión o extensión cuando se mueven pasivamente	5

ANEXO V. Test de disfagia del método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V).

A continuación, se muestra el algoritmo MECV-V que consiste en una prueba de esfuerzo deglutoria en el que se muestra que el riesgo de aspiración en personas con disfagia orofaríngea aumenta al disminuir la viscosidad de los fluidos y al incrementar el volumen del bolo. Este método utiliza tres series de volúmenes de bolos de 5, 10 y 20 ml y 3 tipos de viscosidad; néctar, líquidos y pudding. La exploración comienza con una viscosidad media y un volumen bajo progresando en dificultad como se muestra en el algoritmo hasta que la persona presenta signos de aspiración. Si el paciente presenta signos de baja saturación o pelagra su seguridad, se pasa a una viscosidad mayor. Cabe destacar la importancia de la realización de una videofluoroscopia en los pacientes sospechosos de presentar alteración de la seguridad de la deglución.



ANEXO VI. Escala Norton Modificada por el INSALUD.

Se utiliza para valorar objetivamente el riesgo de aparición de UPP en la que se puntúan 5 ítems con una puntuación que oscila entre 1 y 4. A continuación se muestran los resultados previos al PAE propuesto y seguidamente los resultados esperados tras su ejecución.

ESCALA DE NORTON MODIFICADA									
Estado físico		Estado mental		Actividad		Movilidad		Incontinencia	
Bueno	4	Alerta	4	Ambulante	4	Total	4	Ninguna	4
Mediano	3	Apático	3	Camina con ayuda	3	Disminuida	3	Ocasional	3
Regular	2	Confuso	2	Sentado	2	Muy limitada	2	Urinaria o fecal	2
Muy malo	1	Estup./coma	1	Encamado	1	Inmóvil	1	Urinaria + fecal	1

Obteniendo 14 puntos antes de la ejecución del PAE, calificada como riesgo evidente de UPP.

ESCALA DE NORTON MODIFICADA									
Estado físico		Estado mental		Actividad		Movilidad		Incontinencia	
Bueno	4	Alerta	4	Ambulante	4	Total	4	Ninguna	4
Mediano	3	Apático	3	Camina con ayuda	3	Disminuida	3	Ocasional	3
Regular	2	Confuso	2	Sentado	2	Muy limitada	2	Urinaria o fecal	2
Muy malo	1	Estup./coma	1	Encamado	1	Inmóvil	1	Urinaria + fecal	1

Obteniendo una calificación de 19 puntos esperados tras la ejecución del PAE, calificada como riesgo bajo de UPP.

ANEXO VII. Índice de Barthel.

El índice de Barthel es utilizado para medir el grado de independencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Los valores asignados dependen del tiempo empleado para la ejecución de la actividad y de la necesidad de ayuda para su éxito. Se valoran 10 actividades, con puntuaciones de 0, 5, 10 o 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente).

A continuación, se muestran en la tabla los resultados previos a la intervención del PAE:

PÁRAMETRO	DEPENDENCIA EJECUCIÓN AVD	PUNTUACIÓN PREVIA PAE	PUNTUACIÓN POSTERIOR PAE ESPERADA
Comida	<ul style="list-style-type: none">- 10. Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.- 5. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo.- 0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.	5	10
Aseo	<ul style="list-style-type: none">- 5. Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.- 0. Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	0	5
Vestido	<ul style="list-style-type: none">- 10. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda- 5. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.- 0. Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	5	10
Arreglo	<ul style="list-style-type: none">- 5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.- 0. Dependiente. Necesita alguna ayuda	5	5
Deposición	<ul style="list-style-type: none">- 10. Continente. No presenta episodios de incontinencia.- 5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.- 0. Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de	10	10

	enemas o supositorios por otra persona.		
Micción	<ul style="list-style-type: none"> - 10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (sonda, orinal, pañal, etc). - 5. Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos. - 0. Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse. 	0	5
Ir al retrete	<ul style="list-style-type: none"> - 10. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona. - 5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo. - 0. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor. 	0	10
Traslado cama/sillón	<ul style="list-style-type: none"> - 15. Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.⁶⁷ - 10. Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física. - 5. Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda. - 0. Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado. 	5	10
Deambulación	<ul style="list-style-type: none"> - 15. Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo. - 10. Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador. - 5. Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión. 	5	10

	- 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 supervisión de otra persona. - 5. Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión. - 0. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.	5	5
TOTAL PREVIO PAE: 40 PUNTOS (dependencia moderada)		TOTAL POSTERIOR PAE: 80 PUNTOS (dependencia leve)	

Según la puntuación obtenida, se clasifica la independencia según la siguiente tabla:

RESULTADO	GRADO DE DEPENDENCIA
<20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderada
> o igual que 60	Leve
100	Independiente

ANEXO VIII. Índice de Lawton y Broody.

Es un instrumento de valoración que evalúa la independencia para la ejecución de las actividades instrumentales de la vida diaria. Consta de 8 ítems a las que se les otorga una puntuación de uno cuando la persona es independiente para el desempeño de dicha actividad y 0 cuando es dependiente. A continuación, se detalla en la siguiente tabla la puntuación obtenida previa a la intervención del PAE y los resultados esperados posteriormente.

	PREVIOS PAE	POST PAE
1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO		
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia.	1	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares.	1	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar.	1	1
- No utiliza el teléfono.	0	0
2. HACER LA COMPRA		
- Realiza todas las compras necesarias independientemente.	1	1
- Realiza independientemente pequeñas compras.	0	0
- Necesita ir acompañado para cualquier compra.	0	0
- Totalmente incapaz de comprar.	0	0
3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA		
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente.	1	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.	0	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.	0	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	0	0
4. CUIDADO DE LA CASA		
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).	1	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.	1	1
- Necesita ayuda en todas las labores de casa.	1	1
- No participa en ninguna labor de la casa.	0	0
5. LAVADO DE LA ROPA		
- Lava por sí solo toda la ropa.	1	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas.	1	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.	0	0
6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE		
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.	1	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.	0	0
- Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros.	0	0

- No viaja.		
7. TOMA DE MEDICACIÓN		
- Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada.	1	1
- Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.	0	0
- No es capaz de administrarse su medicación.	0	0
8. MANEJO DEL DINERO		
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos.	1	1
- Incapaz de manejar dinero.	0	0
TOTAL PUNTUACIÓN	6	8

RESULTADO	GRADO DE DEPENDENCIA
0-1	Total
2-3	Grave
4-5	Moderada
6-7	Ligera
8	Autónomo

ANEXO IX. Escala de Tinetti.

Utilizada para valorar el riesgo de caídas de una persona mediante la valoración del equilibrio y la marcha. La mayor puntuación es 28, a mayor puntuación, menor número de caídas.

Resultados en la Escala de Tinetti para el equilibrio previos a la ejecución del PAE.

1. Equilibrio sentado	Se recuesta o resbala de la silla	0
	Estable y seguro	1
2. Se levanta	Incapaz y sin ayuda	0
	Capaz, pero requiere más de un intento	1
	Capaz sin usar los brazos	2
3. Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz, pero requiere más de un intento	1
	Capaz de un solo intento	2
4. Equilibrio inmediato de pie (15 segundos)	Inestable (vacila, se balancea)	0
	Estable con bastón o se agarra	1
	Estable sin apoyo	2
5. Equilibrio de pie	Inestable	0
	Estable con bastón o abre los pies	1
	Estable sin apoyo y talones cerrados	2
6. Tocado (de pie, se le toca levemente por el esternón 3 veces)	Comienza a caer	0
	Vacila, se agarra	1
	Estable	2
7. Ojos cerrados (de pie)	Inestable	0
	Estable	1
8. Giro de 360°	Pasos discontinuos	0
	Pasos continuos	1
	Inestable	0
	Estable	1
9. Sentándose	Inseguro, mide mal la distancia y cae en la silla	0
	Usa las manos	1
	Seguro	2

Resultados en la Escala de Tinetti para la marcha previos a la ejecución del PAE.

1. Inicio de la marcha	Cualquier vacilación o varios intentos por empezar	0
	Sin vacilación	1
2. Longitud y altura del paso	A) Balanceo del pie derecho	
	No sobrepasa el pie izquierdo	0
	Sobrepasa el pie izquierdo	1
	No se levanta completamente	0
	Se levanta completamente	1
	B) Balanceo del pie izquierdo	
	No sobrepasa el pie derecho	0
	Sobrepasa el pie derecho	1
3. Simetría del paso	Longitud del paso derecho desigual al izquierdo	0
	Pasos derechos e izquierdos iguales	1
4. Continuidad de los pasos	Discontinuidad de los pasos	0
	Continuidad de los pasos	1
5. Pasos	Desviación marcada	0
	Desviación moderada o usa ayuda	1
	En línea recta sin ayuda	2
6. Tronco	Marcado balanceo o usa ayuda	0
	Sin balanceo, pero flexiona rodillas o la espalda o abre los brazos	1
	Sin balanceo, sin flexión, sin ayuda	2
7. Posición al caminar	Talones separados	0
	Talones casi se tocan al caminar	1

Resultados esperados en Escala de Tinetti para la marcha posteriores al PAE propuesto

8. Inicio de la marcha	Cualquier vacilación o varios intentos por empezar	0
	Sin vacilación	1
9. Longitud y altura del paso	C) Balanceo del pie derecho	
	No sobrepasa el pie izquierdo	0
	Sobrepasa el pie izquierdo	1
	No se levanta completamente	0
	Se levanta completamente	1
	D) Balanceo del pie izquierdo	
	No sobrepasa el pie derecho	0
	Sobrepasa el pie derecho	1
10. Simetría del paso	Longitud del paso derecho desigual al izquierdo	0
	Pasos derechos e izquierdos iguales	1
	Discontinuidad de los pasos	0

11. Continuidad de los pasos	Continuidad de los pasos	1
12. Pasos	Desviación marcada	0
	Desviación moderada o usa ayuda	1
	En línea recta sin ayuda	2
13. Tronco	Marcado balanceo o usa ayuda	0
	Sin balanceo, pero flexiona rodillas o la espalda o abre los brazos	1
	Sin balanceo, sin flexión, sin ayuda	2
14. Posición al caminar	Talones separados	0
	Talones casi se tocan al caminar	1

Resultados esperados en Escala de Tinetti para el equilibrio posteriores al PAE propuesto

10. Equilibrio sentado	Se recuesta o resbala de la silla	0
	Estable y seguro	1
11. Se levanta	Incapaz y sin ayuda	0
	Capaz, pero requiere más de un intento	1
	Capaz sin usar los brazos	2
12. Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz, pero requiere más de un intento	1
	Capaz de un solo intento	2
13. Equilibrio inmediato de pie (15 segundos)	Inestable (vacila, se balancea)	0
	Estable con bastón o se agarra	1
	Estable sin apoyo	2
14. Equilibrio de pie	Inestable	0
	Estable con bastón o abre los pies	1
	Estable sin apoyo y talones cerrados	2
15. Tocado (de pie, se le toca levemente por el esternón 3 veces)	Comienza a caer	0
	Vacila, se agarra	1
	Estable	2
16. Ojos cerrados (de pie)	Inestable	0
	Estable	1
17. Giro de 360°	Pasos discontinuos	0
	Pasos continuos	1
	Inestable	0
	Estable	1
18. Sentándose	Inseguro, mide mal la distancia y cae en la silla	0
	Usa las manos	1
	Seguro	2

ANEXO X. Escala de Glasgow.

Utilizada para medir el nivel de conciencia de la persona mediante la evaluación de la respuesta verbal, ocular y motora.

LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS):
tipos de respuesta motora y su puntuación

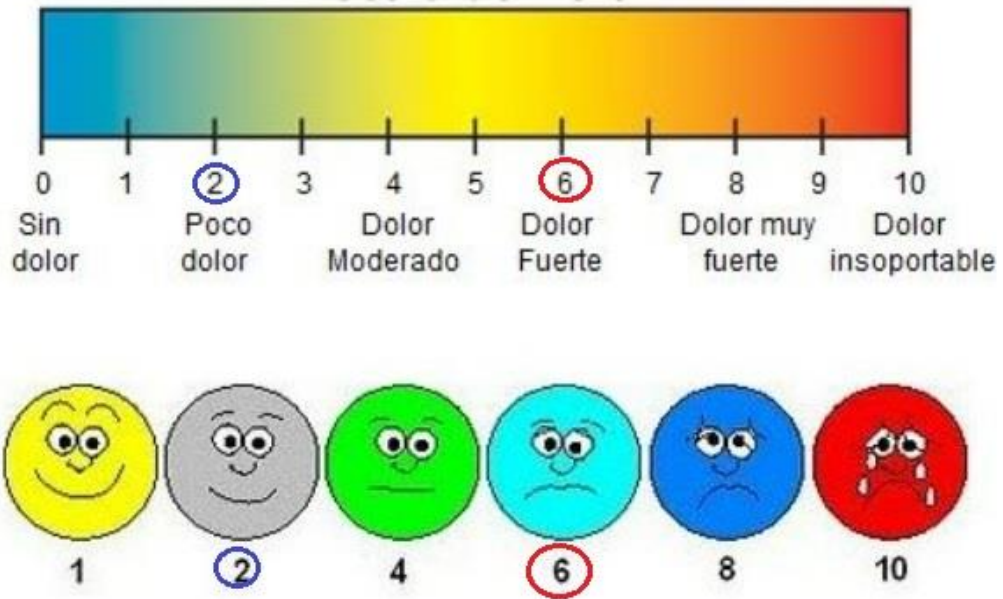
ELSEVIER

La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la **respuesta verbal**, la **respuesta ocular** y la **respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

OCULAR	4	3	2	1		
	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN		
VERBAL	5	4	3	2	1	
	ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPRESIBLES	NINGUNA RESPUESTA	
MOTORA	6	5	4	3	2	1
	ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	NINGUNA RESPUESTA
				(rigidez de decorticación)	(rigidez de decerebración)	

ANEXO XI. Escala EVA

Se utiliza para la valoración del dolor de la persona, con una puntuación del 0 al 10. Es una escala subjetiva, ya que cada persona tiene una percepción del dolor diferente. Se indica en rojo el resultado previo a la ejecución del PAE, y en azul los resultados esperados tras su realización.



ANEXO XII. Cuestionario MOS.

El cuestionario MOS es un instrumento desarrollado por Sherbourne y cols. en pacientes participantes del Medical Outcomes Study que permite evaluar tanto la red familiar como la extrafamiliar utilizado para evaluar el apoyo social en personas que padecen una enfermedad crónica. Se constituye de 20 ítems, clasificados en las esferas de apoyo emocional, apoyo instrumental o emocional, relaciones sociales de ocio y distracción y apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño.

A continuación, se muestra en la siguiente tabla la puntuación obtenida previa a la ejecución del PAE planteado en este trabajo:

ESCALA Nº 2: DE MOS

Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que le ocurre)

N.º de amigos íntimos o familiares ...

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

PREGUNTA	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
Alguien que le abraze	1	2	3	4	5
Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

En la siguiente tabla se muestran los resultados esperados tras la ejecución del PAE propuesto en este trabajo:

ESCALA Nº 2: DE MOS

Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que le ocurre)

N.º de amigos íntimos o familiares ...

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

PREGUNTA	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
Alguien que le abraze	1	2	3	4	5
Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

El índice global máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19. La puntuación se clasifica de la siguiente manera:

VALORES ESCALA DE MOS

VALORES	MAXIMO	MEDIO	MINIMO
Apoyo emocional	40	42	8
Apoyo instrumental	20	12	4
Apoyo de interaccion social positiva	20	12	4
Apoyo afectivo	15	9	3
Indice global	95	57	19

ANEXO XIII. Escala de Ansiedad y Depresión de Golberg.

Se trata de una prueba diagnóstica de la ansiedad y la depresión. Se compone de dos subescalas con 9 preguntas en cada una de ellas, siendo las 4 primeras condicionantes para contestar el resto de las preguntas. El punto de corte para el caso de la subescala de ansiedad es de 4, y de 2 en el caso de la de depresión. A continuación, se muestran los resultados previos a la ejecución del PAE, presentando puntuaciones equivalentes a ansiedad y depresión.

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg		
Subescala de ansiedad	Si	NO
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subtotal (Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)	4	
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, homigueos, mareos, sudores, diarrea?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total ansiedad	9	
Subescala de depresión	Si	NO
1.- ¿Se ha sentido con poca energía?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subtotal (Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)	4	
5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total depresión	7	

En la siguiente imagen, se muestran los resultados esperados tras la ejecución del PAE, con valores que equivalen a ausencia de ansiedad y depresión.

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg		
Subescala de ansiedad	Si	NO
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subtotal (Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)	2	
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Total ansiedad	3	
Subescala de depresión	Si	NO
1.- ¿Se ha sentido con poca energía?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.- ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Subtotal (Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)	0	
5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total depresión	0	