

ESTANDARIZACIÓN de coidados de enfermería *ao paciente* inmobilizado no domicilio

Edición bilingüe

XUNTA DE GALICIA



ESTANDARIZACIÓN de coidados de enfermería *ao paciente* inmobilizado no domicilio

AUTORES

Arias Vázquez, Juan M.
Blanco Rial, M.ª Luisa
Constenla Castro, Aurelia
Fernández Fernández, Manuel V.
Fernández Rodríguez, M.ª Teresa
Gil Campelo, Ángeles
Hermelo Millán, Xoán Xosé
Núñez Fernández, M.ª Victoria
Pérez Herráiz, Félix
Rodríguez Iglesias, F. Javier
Souto Fernández, Estela M.ª
Varela Leirado, Mercedes

Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde
División de Asistencia Sanitaria

Santiago de Compostela, 2005

Edita:
Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade

Deseño e maquetación:
Ofelmaga, s.l.
Telf. 981 806 669

Imprime:
Ofelmaga, s.l.

Depósito Legal:
C-2960/2005

ISBN:
98-453-4153-7

PRESENTACIÓN

Sempre é agradable para unha conselleira presentar un libro. Pero neste caso é especial xa que estamos a falar dun manual que permitirá estender a calidade dos coidados de enfermaría a domicilio a todos os profesionais que traballan nesta área tan ampla, relevante e con tanto futuro.

O primeiro que sorprende deste libro é a variedade de coidados, a abordaxe desde distintos puntos de vista dun paciente ao que non lle podemos negar a súa dignidade. É un libro que se ocupa do corpo das persoas, pero tamén da dignidade dos nosos pacientes, e que ao mesmo tempo repercute no persoal de enfermaría, cada vez máis profesionalizado e cada vez máis valorado pola poboación galega.

Nesta publicación podemos atopar consellos para a educación en saúde, para mellorar os autocoidados, para axudar o coidador dun enfermo encamado, un aspecto que temos que potenciar, xa que só coñecendo as enfermidades, poderemos previlas. E debemos lembrar que a prevención é un dos obxectivos de calquera dos servizos de sanidade. Do noso tamén.

Con este recoñecemento ao labor do persoal de enfermaría e aos coidadores dos pacientes que reciben asistencia no seu domicilio, pídoche que nos axudes a enriquecer este libro co teu traballo e as túas experiencias para próximas edicións.

María José Rubio Vidal
Conselleira de Sanidade

PRÓLOGO

A atención domiciliaria non é unha novidade na historia da medicina. Ata o século pasado a maior parte dos actos médicos desenvolvíanse no domicilio do paciente e os hospitais só eran para os pobres e desahuciados.

O desenvolvemento de novas técnicas e coñecementos, así como os cambios culturais e sociais do século XX, deron a volta a esta situación convertendo o hospital no referente para atender os temas de saúde, dándose o paradoxo de que nalgúns países a atención no domicilio quedou para os pobres e desahuciados.

Esta non é nosa situación, na actualidade, o progresivo envellentamento da poboación, a maior esperanza de vida e a saturación dos recursos hospitalarios, fan que moitos pacientes incapacitados, que non precisan coidados e tratamentos especiais permanezan no seu domicilio ao coidado das súas familias, xogando a atención primaria, e máis concretamente as enfermeiras e enfermeiros da atención primaria, un papel clave para que os coidados destes pacientes sexan axeitados e melloren a súa calidade de vida e a dos seus familiares.

Dende esta perspectiva, os profesionais da atención primaria, comprometidos co benestar dos pacientes e das súas familias, debemos prestar una especial atención a estas delicadas e problemáticas doenzas, porque son momentos moi críticos que suscitan grandes necesidades tanto de apoio profesional como humano. E non só iso, se queremos estar á altura das circunstancias, temos que establecer como prioritaria unha formación permanente neste campo.

O compromiso que se adquire pode asustar e amedrentar a calquera, xa que nos enfrontamos, a maioría das veces, a situacións que se caracterizan pola non resolución do padecemento. Isto ademais de supoñer unha carga de traballo adicional, conleva unhas implicacións profesionais e emocionais, que ás veces se confunden, o que supón un reto para a madureza, e profesionalidade dos profesionais sanitarios.

En Galicia, cunha das taxas maiores de avellentamento tanto a nivel nacional como comunitario, engádense outras circunstancias como é o espallamento da poboación en moitos pequenos núcleos rurais, a inmigración da xente nova aos núcleos urbanos, e o desmantelamento da estrutura familiar galega, que fan que os coidados asistenciais destes pacientes recaian cada vez máis nos centros de saúde , co conseguinte consumo de recursos e tempo, sendo cada vez máis necesario ter unha planificación desta actividade.

A Consellería de Sanidade, consciente desta necesidade, vén de propoñer, entre as súas directrices de política sanitaria, un Plan de atención sanitaria a pacientes/doentes dependentes e con patoloxías crónicas que ten como finalidade acadar solucións adaptadas que proporcionen unha asistencia adecuada á situación e que contribúan a mellorar a calidade de vida dos doentes.

Esta guía é unha axuda neste labor. É o resultado dun esforzo en atopar a forma máis eficaz na planificación dos coidados de enfermaría destes pacientes, e dalgún xeito, de comprendelos e apoialos sen esquecer que cada paciente é un mundo, e unha historia diferente.

Pablo Vaamonde Garcia
Director Xeral da División de Asistencia Sanitaria

AUTORES

Arias Vázquez, Juan M.
Blanco Rial, M.ª Luisa
Constenla Castro, Aurelia
Fernández Fernández, Manuel V.
Fernández Rodríguez, M.ª Teresa
Gil Campelo, Ángeles
Hermelo Millán, Xoán Xosé
Núñez Fernández, M.ª Victoria
Pérez Herráiz, Félix
Rodríguez Iglesias, F. Javier
Souto Fernández, Estela M.ª
Varela Leirado, Mercedes

Coordinador:
Rodríguez Iglesias, F. Javier

COLABORADORES

Bahamonde Sánchez, Mercedes
Barreiro Pombo, Gerardo
Brenlla Ameijeiras, Dolores
Calvo Orgeira, M.ª José
Calvo Pérez, Ana Isabel
Carneiro Busto, Elisa
Carro Pérez, Carmen
Casal Osorio, Paz
Castro López, M.ª Nazaret
Conceiro Rúa, Amalia
Fernández Camiñas, José Antonio
Fernández Fernández, Esther
Fernández Paz, José
García Moncada, Nieves
González Rodríguez, Enrique
Grela Pardal, Sara
Noval Cinza, José
Ojea Martínez de la Escalera, Guillermina
Orbán Parapar, Dolores
Orjales Martínez, Carmen
Pías García, María
Ramil Pernas, Herminia
Ramos Sánchez, Teresa
Rodríguez Díaz, Encarna
Rodríguez Pérez, José Manuel
Rubiñán Álvarez, Carmen
Varela Meizoso, M.ª Oliva

AGRADECEMENTOS

Queremos agradecerlles a súa colaboración a todas as persoas que, co seu apoio e entusiasmo, permitiron levar adiante este proxecto.

Grazas, pois, a Elvira Touriño Míguez, de quen partiu esta iniciativa que impulsou decididamente; a Jacinta Álvarez Nieto, que puxo á nosa disposición a súa imprescindible colaboración persoal e os medios para o día a día do noso traballo; a Elena Monteoliva Díaz, por lle dar continuidade e crer neste proxecto; aos asesores e expertos que puxeron á nosa disposición a súa experiencia e coñecementos; a todos os profesionais de enfermería que colaboraron decisivamente nas discusións dos grupos de traballo das diferentes áreas sanitarias que, coas súas achegas, contribuíron a enriquecer enormemente o traballo deste grupo; aos nosos compañeiros dos equipos de enfermería dos respectivos centros de traballo que, cubrindo as nosas ausencias, permitiron que as reunións de traballo puidesen ter lugar.

Tamén queremos agradecer a colaboración do Servizo Galego de Saúde, por apoiar de forma decidida este proxecto, importante para o desenvolvemento profesional da enfermería de atención primaria e pola edición e distribución desta publicación. Agradecer, igualmente, o apoio prestado polas xerencias de atención primaria e, especialmente, as súas respectivas direccións de enfermería, que puxeron os medios necesarios á nosa disposición para acadar finalmente a nosa meta.

ÍNDICE

1. Introdución 13

2. Modo de emprego 15

3. Valoración por Patróns Funcionais de M. Gordon 17
Patrón percepción-control ou manexo da saúde 18
Patrón nutricional-metabólico 19
Patrón eliminación 20
Patrón actividade-exercicio 21
Patrón sono-descanso 22
Patrón cognitivo-perceptivo 23
Patrón autopercepción-autoconcepto 24
Patrón rol-relacións 25
Patrón sexualidade-reprodución 26
Patrón adaptación-tolerancia ao estrés 27
Patrón valores-crenzas 28

4. Diagnósticos propostos 29
Manexo non efectivo do réxime terapéutico 31
Risco de lesión 32
Risco de deterioración da integridade cutánea 33
Deterioración da integridade cutánea 34
Deterioración da integridade tisular 35
Deterioración da deglutición 36
Risco de estrinximento 37
Estrinximento 38
Deterioración da eliminación urinaria 39
Incontinencia fecal 40
Risco de síndrome de desuso 41
Déficit de autocoidado: alimentación 42
Déficit de autocoidado: uso do váter 43
Déficit de autocoidado: vestido/acicalamento 44
Déficit de autocoidado: baño/hixiene 45
Limpeza ineficaz das vías aéreas 46
Deterioración da mobilidade física 47
Deterioración do patrón do sono 48
Dor crónica 49
Coñecementos deficientes (especificar) 50
Deterioración da comunicación verbal 51
Ansiedade 52
Baixa autoestima situacional 53
Risco de soidade 54
Risco de cansazo do rol de coidador 55

Patrón sexual non efectivo 56
Afrontamento non efectivo 57
Risco de sufrimento espiritual 58

5. Anexos

Anexo 1.
Intervencións 61
Adestramento intestinal 63
Alimentación 64
Apoio ao coidador principal 65
Apoio na toma de decisións 66
Apoio espiritual 67
Asesoramento 68
Asesoramento sexual 69
Aumentar o afrontamento 70
Axuda ao autocoidado 72
Axuda cos autocoidados: alimentación 73
Axuda cos autocoidados: aseo 74
Axuda cos autocoidados: baño/hixiene 75
Axuda cos autocoidados: transferencia 76
Axuda cos autocoidados: vestir/arranxo persoal 77
Baño 78
Cambio de posición 79
Coidados de incontinencia intestinal 80
Coidados da incontinencia urinaria 81
Coidados da retención urinaria 82
Coidados das feridas 83
Coidados das úlceras por presión 84
Coidados do paciente encamado 85
Coidados intermitentes 86
Diminución da ansiedade 87
Ensino: individual 88
Ensino: sexo seguro 89
Escoita activa 90
Fomentar a implicación familiar 91
Fomento do exercicio 92
Manexo ambiental 93
Manexo ambiental: seguridade 94
Manexo da eliminación urinaria 95
Manexo da enerxía 96
Manexo da nutrición 98
Manexo das vías aéreas 99
Manexo de presións 100
Manexo da dor 101
Manexo do estrinximento/impactación 103
Manexo intestinal 104
Mellorar a comunicación: déficit auditivo 105
Mellorar a comunicación verbal: déficit da fala 106
Mellorar o sono 107
Modificación da conduta 108
Potenciación da autoestima 109

Potenciación da socialización 110
Precaucións para evitar a aspiración 111
Prevención de caídas 112
Prevención de úlceras por presión 114
Terapia de deglutición 115
Terapia de exercicios: ambulación 116
Terapia de exercicios: mobilidade articular 117
Vestir 118
Vixilancia 119
Vixilancia da pel 120
Vixilancia: seguridade 121

Anexo 2.
Escalas de valoración 123
Escala de Braden 124
Índice de Barthel, modificado 126
Escala de Lawton e Brody 127
Test cognitivo de Pfeiffer 128
Mini-exame cognoscitivo de Lobo 129
Test do informador (TIN) curto 130
Escala de dor EVA 131
Escala de Goldberg 132
Test de Yesavage 133
Escala de sobrecarga do coidador de Zarit 134
Escala Gijón de valoración socio-familiar no ancián 135

Anexo 3.
Valoración de enfermería ao paciente inmobilizado 137

Bibliografía 145

1 INTRODUCIÓN

O envellecemento crecente da poboación é un problema que xera gran preocupación nos gobernos dos países máis desenvolvidos. Este problema xa de por si grave en España alcanzará enormes dimensións a partir do ano 2020 en Galicia, onde a porcentaxe de poboación maior de 65 anos se vai situar arredor do 25%. O envellecemento da poboación produciu un cambio significativo nas patoloxías que padecen os nosos maiores, na súa maioría crónico-dexenerativas. É a partir dos 75 anos cando a dependencia dos coidadores informais ou do sistema sanitario se agudiza, aumenta a demanda de asistencia sanitaria e a amplitude e complexidade dos coidados, o que pon a proba os recursos do sistema sanitario e a resistencia dos coidadores e coidadoras.

Segundo datos do Instituto Galego de Estatística, en Galicia viven máis de 525.000 persoas de 65 ou máis anos, dos cales uns 57.000 poden considerarse "inmobilizados" (prevalencia estimada do 11%). O Servizo Galego de Saúde define así o concepto de paciente **inmobilizado/a:** "Aquela persoa que pasa a maior parte do seu tempo na cama e que só pode abandonala coa axuda doutras persoas ou ben con dificultades importantes para desprazarse, independentemente da causa, cun tempo previsible de duración superior a dous meses".

Outro factor que convén ter en conta e que vén engadir máis inquietude ao problema é a diminución da dispoñibilidade de coidadores informais. O cambio na estrutura social das familias españolas, e das galegas en particular, como consecuencia do descenso de natalidade, o inevitable fluxo migratorio dos máis novos ás cidades, as desestruturacións familiares e a incorporación crecente da muller ao mundo laboral, xunto á gran dispersión xeográfica da nosa comunidade, contribúen á deterioración do ámbito socioeconómico e dificultan a tarefa de lles proporcionar recursos aos nosos maiores.

É evidente que todas estas circunstancias aumentan a demanda da actividade do profesional de enfermería no domicilio, o que fai necesaria a confección dunha guía que recolla os instrumentos de axuda necesarios que sirvan para que a intervención no paciente inmobilizado en atención domiciliaria se desenvolva dende a perspectiva do rigor metodolóxico e da calidade.

A implantación desta guía e o seu posterior desenvolvemento axudará a:

1. Abordar de forma integral o paciente e o seu coidador ou coidadora.
2. Reducir a actividade "a demanda" nos pacientes inmobilizados, programando as nosas intervencións.
3. Evitar ingresos hospitalarios innecesarios.
4. Avaliar a eficacia dos plans de coidados.

5. Poder implantar modelos de calidade.
6. Mellorar a comunicación entre os profesionais, garantindo a continuidade dos coidados.
7. Facilitar o desenvolvemento profesional.
8. Darlles cumprimento ás recomendacións da Lei 44/2003, de ordenación das profesións sanitarias.

É imprescindible contar tamén coa intervención complementaria e coordinada do traballador ou traballadora social e dos servizos sociais de axuda a domicilio nas actividades de coidado, sen esquecer que os enfermeiros e as enfermeiras somos "convidados" no domicilio do paciente e que o único xeito de asegurar a implicación do coidador ou coidadora nas actividades planificadas é, unha vez valorado o paciente inmobilizado e o seu ámbito, consensuar e nunca impoñer as actividades para realizar, ser realistas nos nosos obxectivos e non esquecer o noso papel de apoio e soporte ao coidador ou coidadora, que é o principal provedor dos coidados.

Con esta guía preténdese proporcionar un único método de traballo cunha linguaxe común e estandarizada que lles facilite aos profesionais enfermeiros a aplicación dunha metodoloxía específica que desenvolva o seu propio campo de coñecementos e habilidades, que lles garanta unha atención de calidade aos usuarios e ás súas familias e que lle permita ao sistema sanitario avaliar a eficacia e a eficiencia dos coidados prestados.

A guía pretende facilitar a elaboración dos plans de coidados individualizados ao paciente inmobilizado seguindo o modelo de enfermería de **Virginia Henderson**, baseado nas necesidades humanas. Na fase de **valoración** empregaríanse os **Patróns Funcionais de Marjory Gordon**, para **diagnosticar** os problemas empregaríase a taxonomía **NANDA**[1], mentras que na fase de **planificación** aplicaríanse as taxonomías **NIC**[2] e **NOC**[3] (*)

Este traballo concentra aqueles diagnósticos de enfermería que consideramos máis utilizados no paciente inmobilizado e, así mesmo, facilita a formulación duns resultados que permitan a avaliación da evolución do paciente.

Intentouse que esta guía sexa práctica, facilitando o seu uso habitual, facéndoa o máis cómoda e manexable posible, seleccionando información da bibliografía referenciada.

Pretendemos animar a todos os enfermeiros de atención primaria de Galicia a traballar con este método organizado para administrar coidados de enfermería; un método que promove a flexibilidade e o pensamento independente e responsable, proporciona unha linguaxe común na práctica enfermeira, unha mellor comunicación entre os profesionais da saúde e axúdanos a ter a satisfacción de conseguir resultados favorables.

---

[1] North American Nursing Diagnosis Association

[2] Nursing Intervention Classification

[3] Nursing Outcomes Classification

*(*) Durante a última década, dous equipos de investigación desenvolveron a **Clasificación de Intervencións de Enfermería (NIC)** e a **Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)**. A **NIC** categoriza, estandariza e describe de forma sistemática todas as actividades que realizan as enfermeiras. A **NOC** nomea, estandariza de forma sistemática e proporciona tests para medir os resultados das intervencións de enfermería efectuadas, facilitando a súa posterior codificación informática.*

2 MODO DE EMPREGO

A continuación, describimos como se estrutura a guía, coa intención de que o seu manexo sexa sinxelo e para que se incorpore ao noso traballo diario e nos facilite o uso da planificación de coidados no paciente inmobilizado:

1. Proponse unha **valoración** utilizando os Patróns Funcionais de Gordon, adaptada ao paciente inmobilizado. Comezarase por aqueles patróns onde se manifesta a alteración de saúde e procederase á exploración completa destes. A continuación, se procede, realizarase a valoración dos patróns indirectamente relacionados cos problemas detectados e, por último, programaranse visitas sucesivas para completar a información que non se puidese recoller nesta entrevista. Nalgúns patróns achegamos determinados tests ou escalas validadas que nos poidan facilitar a valoración.

2. Seleccionaranse aqueles **diagnósticos** de entre os ofertados na guía (recoméndase utilizar os resaltados en negrita por ser os máis relevantes) que reflictan os problemas de saúde que se detectaran realizando a valoración e escolleranse aqueles que se vaian abordar nun primeiro momento, por ser máis prioritarios; en canto aos menos prioritarios, trataranse posteriormente. Cada diagnóstico consta de:
   - Definición.
   - Características definitorias (signos e síntomas)[4].
   - Factores relacionados (causas)[5].

   Iranse seleccionando os datos para que o diagnóstico se adapte ao paciente concreto.

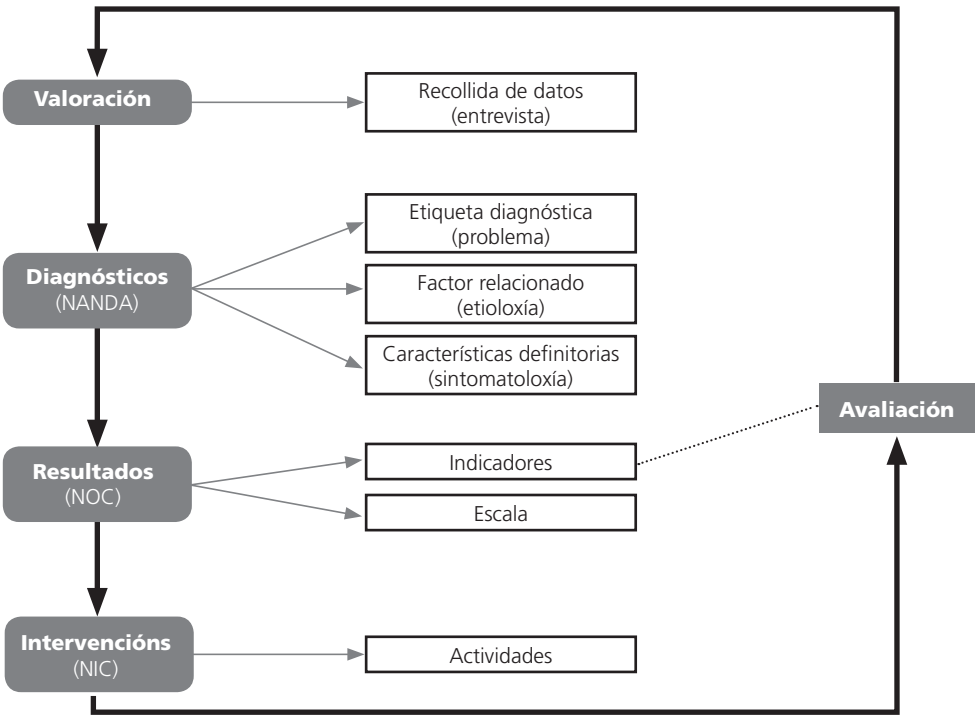
3. A continuación, para cada diagnóstico seleccionarase do grupo de **resultados** aqueles que reflictan mellor o que se pretende conseguir e, dentro de cada resultado, propóñense indicadores para facilitar a avaliación.

4. Seleccionarase a ou as **intervencións** que imos realizar e, dentro de cada unha destas, seleccionaranse as actividades (anexo 1) que mellor se adapten a cada paciente e familia. Terase en conta que en atención domiciliaria as actividades para realizar son, na súa maioría, prestadas polo coidador principal e a familia e que o profesional de enfermería ten como reto a formación e educación sanitaria destes, que son piares fundamentais para obter resultados favorables.

[4] Os diagnósticos de risco carecen deste elemento

[5] Nos diagnósticos de risco este elemento denomínase "Factores de risco"

5. Realizarase unha **avaliación** continua, utilizando os indicadores seleccionados no punto 3. Se os **resultados** non son favorables, analizaranse as posibles causas e modificarase o plan de coidados. A avaliación continuada durante todo o proceso permite a revisión do plan de coidados de enfermería incorporando outras alternativas, cando sexa necesario.



3 VALORACIÓN POR PATRÓNS FUNCIONAIS DE M. GORDON

Patrón percepción-control ou manexo da saúde 18
Patrón nutricional-metabólico 19
Patrón eliminación 20
Patrón actividade-exercicio 21
Patrón sono-descanso 22
Patrón cognitivo-perceptivo 23
Patrón autopercepción-autoconcepto 24
Patrón rol-relacións 25
Patrón sexualidade-reprodución 26
Patrón adaptación-tolerancia ao estrés 27
Patrón valores-crenzas 28

1. PATRÓN PERCEPCIÓN-CONTROL OU MANEXO DA SAÚDE

Definición: Describe o patrón de saúde e benestar percibido polo individuo e como manexa a súa saúde.

Inclúe: - A percepción do individuo do seu estado de saúde e a importancia que lle dá ás actividades actuais e á planificación futura.
- O nivel xeral de comportamentos de coidados de saúde como actividades de promoción de saúde, adherencia a prácticas preventivas de saúde mental e física, prescricións médicas ou enfermeiras e seguimento de coidados.

OBXECTIVOS DE VALORACIÓN	PARA VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
Obter datos acerca de: • As percepcións xerais do individuo. • O manexo xeral de saúde. • Actividades de promoción de saúde. • As prácticas preventivas. • Prescricións médicas ou enfermeiras. • Seguimento de coidados. • Potenciais riscos para a saúde. • Incumprimentos. • Percepcións irreais de saúde ou enfermidade.	**Antecedentes persoais e hábitos tóxicos:** • Enfermidade ou enfermidades que padece. • Alerxias • Hábitos tóxicos: tabaco/alcohol. • Estado das vacinas. • Ingresos hospitalarios. • Tratamentos ou coidados que segue. • Automedicación. **Preguntar e explorar sobre:** • Como se atopa actualmente. • Actividades que realiza para coidar a súa saúde. • Coñecementos que ten da súa enfermidade e dos coidados que precisa. • Sufriu caídas ou accidentes recentemente. • Seguridade no domicilio e barreiras arquitectónicas: escaleiras, alfombras, obstáculos (mobles, xoguetes, etc.), humidade, acceso a baño/ducha, temperaturas extremas (frío, calor), útiles de cociña. • Utiliza material ortopédico e/ou dispositivos de axuda: bastóns, lentes, audiófonos, etc. • Como enfermeiro/a, ¿en que podo axudalo?	• Manexo non efectivo do réxime terapéutico. • Risco de lesión. • Outros (utilizar diagnósticos da taxonomía NANDA).

2. PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Definición: Describe os patróns de consumo de alimentos e líquidos relativo ás necesidades metabólicas e aos patróns indicadores de provisión restrinxida de nutrientes.

Inclúe: - As horas, tipos e cantidade de alimentos e líquidos consumidos, as preferencias e o uso de suplementos.
- As referencias de calquera lesión da pel e a capacidade xeral de cicatrización.
- A condición da pel, pelo, uñas, membranas mucosas e dentes.
- Medida de temperatura corporal, talle e peso.

OBXECTIVOS DE VALORACIÓN	PARA VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
Obter datos acerca de: • Patrón típico de consumo de comida e líquidos. • As necesidades metabólicas en relación co estado da pel e a cicatrización. • Os problemas percibidos polo individuo ou por outros, as accións levadas a cabo para resolver os devanditos problemas e os efectos percibidos de tales accións.	**Parámetros antropométricos:** • Peso, talle, IMC. **Preguntar e explorar sobre:** • Ganancias ou perdas de peso recentes. • Tipo de nutrición: oral, enteral (SNG/catéter), parenteral. • Inxestión típica diaria de alimentos e líquidos. • Restricións ou dietas especiais. • Suplementos. • Apetito: anorexia/bulimia. • Dificultade para mastigar. • Dentición (características e hixiene). • Dificultade para tragar. • Problemas gastrointestinais: náuseas, vómitos, regurxitación, pirose, plenitude, halitose, etc. • Estado da pel, mucosas e anexos: hidratación xeral (signo da dobra cutánea), lesións (características e localización), coloración, temperatura, humidade, etc. • Risco de úlceras por presión. *(Recoméndase valoración con escala de Braden).*	• **Risco de deterioración da integridade cutánea.** • Deterioración da integridade cutánea. • **Deterioración da integridade tisular.** • Deterioración da deglutición. • Outros (utilizar diagnósticos da taxonomía NANDA).

3. PATRÓN ELIMINACIÓN

Definición: Describe os patróns de función excretora (intestino, vexiga e pel) dos individuos.

Inclúe: - A regularidade percibida polo individuo da función excretora.
- O uso sistemático de laxantes.
- Calquera cambio ou alteración no patrón do tempo, forma de excreción, calidade ou cantidade.
- O uso de dispositivos para o control da excreción.

OBXECTIVOS DE VALORACIÓN	PARA VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
Obter datos acerca de: • A regularidade e o control dos patróns excretores (intestino, vexiga, pel e deposicións). • As descricións subxectivas, os problemas percibidos polo individuo ou por outros, as explicacións ao problema, as accións levadas a cabo para remedialo e os efectos percibidos por esas accións. • As mostras, próteses, presenza de olores e eliminación de residuos.	**Preguntar e explorar sobre o patrón de eliminación urinaria:** • Frecuencia e características (cantidade, olor, cor, etc.). • Molestias ou dificultades. • Incontinencia/perdas. • Retención. • Uso de sonda vesical (características). • Uso de urocolector (características). • Uso de cueiro/empapador (características). **Preguntar e explorar sobre o patrón de eliminación intestinal:** • Frecuencia e características (cantidade, olor, cor, etc.). • Molestias ou dificultades (hemorroides, fisuras, etc.). • Incontinencias/perdas. • Uso de laxantes, lavativas, outros. • Colostomías e dispositivos recolectores (características). • Uso de cueiro/empapador (características). **Preguntar e explorar sobre sudoración excesiva, secrecións, menstruación, etc.:** • Problemas co olor.	• **Risco de estrinximento.** • Estrinximento. • Deterioración da eliminación urinaria. • Incontinencia fecal. • Outros (utilizar diagnósticos da taxonomía NANDA).

4. PATRÓN ACTIVIDADE-EXERCICIO

Definición: Describe o patrón de exercicio, actividade, tempo libre e recreo.

Inclúe: - Os requirimentos de consumo de enerxía das actividades da vida diaria, como hixiene, cociñar, comprar, comer, traballar e mantemento do fogar.
- O tipo, a cantidade e a calidade do exercicio.
- Os déficit neuromusculares e as compensacións, a dispnea, anxina ou cambras co esforzo, así como a clasificación cardiopulmonar.

OBXECTIVOS DE VALORACIÓN	PARA VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
Obter datos acerca de: • O patrón de actividades do individuo que requiren gasto de enerxía. • Os problemas percibidos polo individuo ou por outros. • As accións levadas a cabo para resolver os problemas e os efectos percibidos das devanditas accións. • A detección de prácticas pouco saudables. • A prevención de maiores perdas funcionais.	**Preguntar e explorar sobre:** • Actividades básicas da vida diaria (ABVD): comer, lavarse, vestirse, arranxarse, deambular, uso do váter, etc. *(Recoméndase utilizar o índice de Barthel).* • Actividades instrumentais da vida diaria (AIVD): contar diñeiro, chamar por teléfono, etc. *(Recoméndase utilizar o índice de Lawton e Brody).* • Mobilidade: deambula só ou con axuda, nivel de mobilidade na cama, cadeira/cadeira de rodas, en transferencia; estilo de vida (activo/sedentario), realización de exercicio (activo/pasivo). • Capacidade cardiorrespiratoria: tensión arterial, frecuencia cardíaca e respiratoria, signos de hipotensión ortostática, dispnea, cansazo, edemas, alteracións cardiovasculares, osixenoterapia, etc.	• Risco de síndrome de desuso. • **Déficit de autocoidado: alimentación.** • **Déficit de autocoidado: uso do váter.** • **Déficit de autocoidado: vestido/acicalamento.** • **Déficit de autocoidado: baño/hixiene.** • Limpeza ineficaz das vías aéreas. • Deterioración da mobilidade física. • Outros (utilizar diagnósticos da taxonomía NANDA).

5. PATRÓN SONO-DESCANSO

Definición: Describe o patrón de sono, descanso e relax.

Inclúe: - Os patróns de sono e os períodos de descanso-relax ao longo das 24 horas do día.
- A percepción da calidade e da cantidade de sono e descanso e do nivel de enerxía.
- As axudas para durmir (medicacións ou rutina á hora de deitarse).

OBXECTIVOS DE VALORACIÓN	PARA VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
Obter datos acerca de: • A efectividade do patrón dende a perspectiva do individuo. • A percepción do individuo do descanso e do relax. • A percepción de problemas polo individuo ou outros, as súas explicacións, as accións levadas a cabo e os efectos derivados das accións.	**Preguntar e explorar sobre:** • Se se atopa descansado despois de durmir. • Se ten dificultade para conciliar o sono. • Se esperta frecuentemente. • Se ten dificultade para volver durmir. • Signos e síntomas de sono insuficiente: nerviosismo, ansiedade, irritabilidade crecente, letargo, apatía, bocexos, cambios de postura, etc. • Factores que afectan o sono: propios ou internos (tose, dor, etc.) e alleos ou externos (luz, frío, calor, etc.). • Se ten ritual para o sono. • Se ten períodos de descanso-relax. • Se necesita axuda para durmir. • Se toma hipnóticos ou outros fármacos.	• Deterioración do patrón do sono. • Outros (utilizar diagnósticos da taxonomía NANDA).

6. PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO

Definición: Describe os patróns sensorio-perceptivos e cognitivos.

Inclúe: - A adecuación dos órganos dos sentidos e a compensación ou prótese utilizada para lles facer fronte aos trastornos.
- As manifestacións de percepción da dor e como se trata esta.
- As habilidades cognitivas funcionais, como a linguaxe, a memoria, o xuízo e a toma de decisións.

OBXECTIVOS DE VALORACIÓN	PARA VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
Obter datos acerca de: • Adecuación da súa linguaxe, habilidades cognitivas e percepción, relativas ás actividades necesarias ou desexadas. • As descricións subxectivas e os problemas percibidos polo individuo ou por outros. • As compensacións para os déficits e a efectividade dos esforzos para compensalos.	**Preguntar e explorar sobre aspectos cognitivos:** • Sabe ler e escribir. • Ten dificultade para a aprendizaxe. • Nivel de conciencia (orientado, desorientado, inconsciente, etc.). • Alteracións do proceso do pensamento. • Existencia de conflito de decisións. *(Recoméndase utilizar o test de Pfeiffer ou o miniexame cognoscitivo de Lobo e o cribado de demencias: test do informador).* **Preguntar e explorar sobre aspectos sensoriais:** • Existen alteracións en vista, oído, olfacto, pel e sabor. • Ten corrixidas as alteracións sensoriais. **Preguntar e explorar sobre a percepción da dor:** • Existencia de comunicación verbal de dor. • Existencia de comunicación non verbal de dor (expresión facial, axitación, posición de defensa, etc.). • Utilización de medidas de alivio (fármacos ou outros). (*Recoméndase utilizar a escala de dor EVA).*	• Dor crónica. • Coñecementos deficientes (especificar). • Deterioración da comunicación verbal. • Outros (utilizar diagnósticos da taxonomía NANDA).

7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Definición: Describe o patrón de autoconcepto e as percepcións dun mesmo.

Inclúe: - As actitudes acerca dun mesmo, a percepción das capacidades (cognitivas, afectivas ou físicas), imaxe, identidade, sentido xeral de valía e patrón emocional xeral.

- O patrón da postura corporal e o movemento, contacto visual e patróns de voz e conversación.

OBXECTIVOS DE VALORACIÓN	PARA VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
Obter datos acerca de: • O patrón do individuo de crenzas e avaliacións relativo á autovalía xeral e aos estados de sentimento. • As avaliacións negativas do propio ser que producen malestar persoal e tamén poden influír noutros patróns funcionais. • Os cambios, as perdas e as ameazas que son factores que poden influír de forma negativa no autoconcepto.	**Preguntar e explorar sobre:** • Autoavaliación positiva ou negativa: como se describe a si mesmo ou como se sente. • Cambios na forma de ser. • Cambios nos seus sentimentos cara a si mesmo ou cara ao seu corpo. • Que é o que lle provoca enfados frecuentemente. • Que é o que lle fai sentir medo ou temor. • Que é o que lle produce ansiedade. • Que é o que o deprime. • Que é o que lle preocupa. • Que é o que o fai sentir mellor ou lle axuda. • Se perdeu a esperanza. *(Recoméndase utilizar o test de Golberg ante a sospeita de ansiedade e o test de Yesavage ante a sospeita de depresión).*	• Ansiedade. • Baixa autoestima situacional. • Outros (utilizar diagnósticos da taxonomía NANDA).

8. PATRÓN ROL-RELACIÓNS

Definición: Describe o patrón de compromisos de rol e relacións.

Inclúe: - A percepción dos roles máis importantes e as responsabilidades na situación actual do individuo.
- A satisfacción ou as alteracións na familia, traballo ou relacións sociais e as responsabilidades relacionadas con estes roles.

OBXECTIVOS DE VALORACIÓN	PARA VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
Obter datos acerca de: • O patrón do individuo dos roles familiares e sociais. • A percepción do individuo acerca dos seus patróns de relacións. • Os problemas percibidos polo individuo, se existen, a causa percibida, as accións levadas a cabo e os efectos das devanditas accións.	**Preguntar e explorar sobre:** • Se vive só ou en familia (estrutura familiar e xenograma). • Como é a súa relación cos membros da familia. • Como se sente tratado polos membros da familia. • Se a familia depende do individuo nalgún sentido. • Existencia de problemas ou dificultade de relación cos descendentes (fillos, netos). • A resposta familiar ante a aparición de problemas. • Como se vive na familia a súa enfermidade. • Quen é o responsable dos seus coidados (coidador principal). • Como é a relación, o trato e a dependencia co responsable dos seus coidados. • Existencia de amigos próximos. • Sentimentos de soidade. • Participación en actividades de entretemento. • Existencia de problemas económicos. • Dificultade para expresar queixas ou dificultades ou para pedir axuda. (*Recoméndase utilizar o índice de Zarit para valorar a sobrecarga do coidador e a escala de risco social para a valoración sociolaboral, se non hai apoio dun profesional de traballo social).*	• **Risco de cansazo do rol de coidador.** • Risco de soidade. • Outros (utilizar diagnósticos da taxonomía NANDA).

9. PATRÓN SEXUALIDADE-REPRODUCIÓN

Definición: Describe os patróns de satisfacción ou insatisfacción da sexualidade; describe o patrón reprodutivo.

Inclúe: - A satisfacción percibida ou as alteracións na sexualidade ou nas relacións sexuais.
- O estado reprodutor nas mulleres, premenopausa ou menopausa e os problemas percibidos.

OBXECTIVOS DE VALORACIÓN	PARA VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
Obter datos acerca de: • A percepción de problemas reais ou potenciais neste patrón. • Os factores contribuíntes, as accións levadas a cabo e o efecto percibido destas accións, se existen problemas.	**Na muller preguntar por antecedentes xíneco-obstétricos:** • Menarquía e menopausa. Alteracións do ciclo. • Problemas xinecolóxicos e revisións periódicas. • Embarazos, características e problemas obstétricos. **No home preguntar e explorar sobre:** • Problemas no aparato uroxenital (prostatite, etc.). • Problemas de erección/impotencia. **A homes e a mulleres preguntar e explorar sobre:** • Posibles cambios na súa sexualidade que desexen comentar. • Satisfacción ou insatisfacción nas súas relacións sexuais. • Percepción dalgún problema na relación sexual. • Utilización de medidas contraceptivas ou de sexo seguro.	• Patrón sexual non efectivo. • Outros (utilizar diagnósticos da taxonomía NANDA).

10. PATRÓN ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AO ESTRÉS

Definición: Describe o patrón xeral de adaptación e a efectividade do patrón en termos de tolerancia ao estrés.

Inclúe: - A reserva ou capacidade para resistir os cambios na propia integridade, formas de tratar o estrés, sistemas de apoio familiar ou doutro tipo e a habilidade percibida para controlar e dirixir situacións.

OBXECTIVOS DE VALORACIÓN	PARA VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
Obter datos acerca de: • A tolerancia ao estrés e o patrón de adaptación dun individuo. • Os cambios na efectividade dun patrón de adaptación, que poden darse se se prevé unha ameaza á integridade e ao control persoal (capacidade de adaptación persoal).	**Preguntar e explorar sobre:** • Cambios importantes na súa vida nos últimos anos e como reaccionou a estes. • Cambios ou alteracións nos patróns de comunicación, das condutas de adaptación ou na participación social. • Se permanece sempre no domicilio. • Se cambia de domicilio frecuentemente e como lle afecta. • Se as decisións as toma só ou con axuda. • Que lle gustaría cambiar. • Manifestacións de incapacidade de pedir axuda ou de afrontamento (abuso de medicinas, alcohol, etc.). • Que fai para relaxarse. • A quen lle conta os problemas. • Como enfermeiro/a, ¿en que podo axudalo?	• Afrontamento non efectivo. • Outros (utilizar diagnósticos da taxonomía NANDA).

11. PATRÓN VALORES-CRENZAS

Definición: Describe os patróns de valores, resultados ou crenzas (incluíndo as espirituais) que guían as eleccións ou as decisións.

Inclúe: - O que se percibe como importante na vida e calquera percepción de conflito nos valores, crenzas ou expectativas relativas á saúde.

OBXECTIVOS DE VALORACIÓN	PARA VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
• É entender a base das accións relativas á saúde e ás accións. Esta comprensión aumenta a sensibilidade cara aos conflitos de valores-crenzas que poden darse se unha acción preventiva non se leva a cabo.	**Preguntar e explorar sobre:** • Crenzas do individuo. • A práctica dalgunha relixión. Identificación. • Problemas para practicala. • A existencia de conflitos internos. • A necesidade de reconciliación con alguén.	• Risco de sufrimento espiritual. • Outros (utilizar diagnósticos da taxonomía NANDA).

4 DIAGNÓSTICOS PROPOSTOS ASOCIADOS AOS PATRÓNS FUNCIONAIS DE M. GORDON

1. **PATRÓN PERCEPCIÓN/MANTEMENTO DA SAÚDE:**
   - Manexo non efectivo do réxime terapéutico.
   - Risco de lesión.
2. **PATRÓN NUTRICIONAL/METABÓLICO:**
   - **Risco de deterioración da integridade cutánea*.**
   - Deterioración da integridade cutánea.
   - **Deterioración da integridade tisular*.**
   - Deterioración da deglutición.
3. **PATRÓN ELIMINACIÓN:**
   - **Risco de estrinximento*.**
   - Estrinximento.
   - Deterioración da eliminación urinaria.
   - Incontinencia fecal.
4. **PATRÓN ACTIVIDADE/EXERCICIO:**
   - Risco de síndrome de desuso.
   - **Déficit de autocoidado: alimentación*.**
   - **Déficit de autocoidado: uso do váter*.**
   - **Déficit de autocoidado: vestido/acicalamento*.**
   - **Déficit de autocoidado: baño/hixiene*.**
   - Limpeza ineficaz das vías aéreas.
   - Deterioración da mobilidade física.
5. **PATRÓN REPOUSO/SONO:**
   - Deterioración do patrón do sono.
6. **PATRÓN COGNITIVO/PERCEPTIVO:**
   - Dor crónica.
   - Coñecementos deficientes (especificar).
   - Deterioración da comunicación verbal.
7. **PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO:**
   - Ansiedade.
   - Baixa autoestima situacional.

8. **PATRÓN ROL/RELACIÓNS:**
    - Risco de soidade.
    - **Risco de cansazo do rol de coidador*.**
9. **PATRÓN SEXUALIDADE/REPRODUCIÓN:**
    - Patrón sexual non efectivo.
10. **PATRÓN AFRONTAMENTO/TOLERANCIA AO ESTRÉS:**
    - Afrontamento non efectivo.
11. **PATRÓN VALORES/CRENZAS:**
    - Risco de sufrimento espiritual.

* Propóñense especialmente estes diagnósticos para a súa utilización no paciente inmobilizado, por ser os máis relevantes.

Diagnóstico: "*MANEXO NON EFECTIVO DO RÉXIME TERAPÉUTICO*"

Definición: Patrón de regulación e integración na vida dun programa de tratamento da enfermidade e das súas secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar obxectivos específicos de saúde.

Características definitorias	Resultados
• Eleccións da vida diaria ineficaces para cumprir os obxectivos dun tratamento ou programa de prevención. • Verbalización do desexo de manexar o tratamento da enfermidade e a prevención das secuelas. • Verbalización da dificultade coa regulación ou integración dun ou máis dos réximes prescritos para o tratamento da enfermidade e os seus efectos ou a prevención de complicacións. • Verbalización de non realizar as accións necesarias para incluír o réxime de tratamento nos hábitos diarios. • Verbalización de non emprender as accións para reducir os factores ou situacións de risco máis frecuentes de progresión da enfermidade e das súas secuelas.	**Conduta terapéutica: enfermidade ou lesión (1609)** *Definición:* accións persoais para paliar ou eliminar patoloxía. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado / Raramente demostrado / Ás veces demostrado / Frecuentemente demostrado / Sempre demostrado 160902 Cumpre o réxime terapéutico recomendado: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 160906 Evita condutas que potencian a patoloxía: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 160912 Utiliza dispositivos correctamente: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 160915 Busca consello dun profesional sanitario cando é necesario: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 **Coñecemento: réxime terapéutico (1813)** *Definición:* grao de comprensión transmitido sobre o réxime terapéutico específico. ***Indicadores:*** — Ningún / Escaso / Moderado / Substancial / Extenso 181301 Descrición da xustificación do réxime terapéutico: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 181302 Descrición das responsabilidades dos propios coidados para o tratamento actual: 1 / 2 / 3 / 4 / 5
Factores de relación	**Intervencións**
• Complexidade do réxime terapéutico. • Demandas excesivas sobre un individuo ou familia. • Conflito familiar. • Déficit de coñecementos. • Falta de confianza no réxime ou no persoal de coidados da saúde. • Déficit de soporte social. • Dificultades económicas.	* **Asesoramento. (5240)** * **Modificación da conduta. (4360)**

Diagnóstico: "*RISCO DE LESIÓN*"

Definición: Risco de lesión como consecuencia da interacción de condicións ambientais cos recursos adaptativos e defensivos da persoa.

Características definitorias	Resultados
	Control do risco (1902) *Definición:* accións persoais para previr, eliminar ou reducir as ameazas para a saúde modificables. *Indicadores:* — Nunca demostrado — Raramente demostrado — Ás veces demostrado — Frecuentemente demostrado — Sempre demostrado 190201 Recoñece factores de risco: 1 2 3 4 5 190204 Desenvolve estratexias de control de risco efectivas: 1 2 3 4 5 190208 Modifica o estilo de vida para reducir o risco: 1 2 3 4 5 **Conduta de seguridade: prevención de caídas (1909)** *Definición:* accións persoais ou do coidador familiar para minimizar os factores de risco que poderían producir caídas no ámbito persoal. *Indicadores:* — Nunca demostrado — Raramente demostrado — Ás veces demostrado — Frecuentemente demostrado — Sempre demostrado 190901 Uso correcto de dispositivos de axuda: 1 2 3 4 5 190902 Provisión de axuda persoal: 1 2 3 4 5
Factores de risco	**Intervencións**
Externos • Químicos (p. ex.: contaminantes ambientais, tóxicos, drogas, fármacos, alcohol, cafeína, nicotina, cosméticos, conservantes). • Nutrientes (p. ex.: vitaminas, tipos de alimentos). • Poboación e provedores (p. ex.: axentes nosocomiais; patróns de dotación de persoal; factores cognitivos afectivos e psicomotores). • Biolóxicos (p. ex.: nivel de inmunización da comunidade, microorganismos). • Físicos (deseño, estrutura e disposición da comunidade, edificios ou equipo). • Sistema de transporte das persoas e das mercadorías. **Internos** • Desnutrición. • Psicolóxicos (desorientación afectiva). • Etapa de desenvolvemento (fisiolóxica, psicolóxica). • Físicos (solución de continuidade da pel, alteración da mobilidade).	* **Manexo ambiental: seguridade. (6486)** * **Prevención de caídas. (6490)** * **Vixilancia: seguridade. (6654)**

Diagnóstico: "*RISCO DE DETERIORACIÓN DA INTEGRIDADE CUTÁNEA*"

Definición: Risco de que a pel se vexa negativamente afectada.

Características definitorias	Resultados
	Control do risco (1902) Definición: accións persoais para previr, eliminar ou reducir as ameazas para a saúde modificables. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado / Raramente demostrado / Ás veces demostrado / Frecuentemente demostrado / Sempre demostrado 190201 Recoñece factores de risco: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 190207 Segue as estratexias de control do risco seleccionadas: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 190208 Modifica o estilo de vida para reducir o risco: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 **Integridade tisular: pel e membranas mucosas (1101)** *Definición:* indemnidade estrutural e función fisiolóxica normal da pel e das membranas mucosas. ***Indicadores:*** — Gravemente comprometida / Substancialmente comprometida / Moderadamente comprometida / Levemente comprometida / Non comprometida 110104 Cumpre as actividades prescritas: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 110113 Pel intacta: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 110105 Pigmentación anormal — Grave / Substancial / Moderado / Leve / Ningún: 1 / 2 / 3 / 4 / 5
Factores de risco	**Intervencións**
Externos: • Humidade. • Factores mecánicos (p. ex.: forzas de cizallamento, presión, suxeicións). • Inmobilización física. • Excrecións ou secrecións. • Extremos de idade. **Internos:** • Prominencias óseas. • Alteración do estado nutricional (p. ex.: obesidade, adelgazamento por mor dunha enfermidade). • Alteracións do turgor (cambios de elasticidade). • Alteración da sensibilidade. • Alteración da circulación.	*** Prevención das úlceras por presión. (3540)** *** Vixilancia da pel. (3590)** *** Manexo de presións. (3500)**

Diagnóstico: "*DETERIORACIÓN DA INTEGRIDADE CUTÁNEA*"

Definición: Alteración da epiderme, da derme ou de ambas.

Características definitorias	**Resultados**
• Destrución das capas da pel (derme). • Alteración da superficie da pel.	**Curación da ferida: por segunda intención (1103)** Definición: magnitude de rexeneración de células e tecidos na ferida aberta. ***Indicadores:*** Ningunha / Escasa / Moderada / Substancial / Extenso 110301 Granulación 1 2 3 4 5 110320 Formación de cicatriz 1 2 3 4 5 110321 Diminución do tamaño da ferida 1 2 3 4 5 Extenso / Substancial / Moderada / Escasa / Ningunha 110303 Secreción purulenta 1 2 3 4 5 110304 Secreción serosa 1 2 3 4 5 110305 Secreción sanguinolenta 1 2 3 4 5 110306 Secreción serosanguinolenta 1 2 3 4 5 110307 Eritema cutáneo circundante 1 2 3 4 5 110308 Edema perilesional 1 2 3 4 5 110312 Necrose 1 2 3 4 5 110317 Olor da ferida 1 2 3 4 5 **Conduta terapéutica: enfermidade ou lesión (1609)** *Definición:* accións persoais para paliar ou eliminar patoloxía. ***Indicadores:*** Nunca demostrado / Raramente demostrado / Ás veces demostrado / Frecuentemente demostrado / Sempre demostrado 160904 Cumpre as actividades prescritas 1 2 3 4 5
Factores de relación	**Intervencións**
• Humidade. • Factores mecánicos (p. ex.: presión, forzas de cizallamento...). • Inmobilidade física. • Prominencias óseas. • Alteración do estado nutricional (p. ex.:obesidade, adelgazamento por mor dunha enfermidade). • Alteración da sensibilidade. • Alteración da circulación. • Alteración no estado dos líquidos.	* **Coidados das úlceras por presión. (3520)** * **Vixilancia da pel. (3590)** * **Coidado das feridas. (3660)**

Diagnóstico: "*DETERIORACIÓN DA INTEGRIDADE TISULAR*"

Definición: Lesión das membranas mucosa ou corneal integumentaria ou dos tecidos subcutáneos.

Características definitorias	Resultados
• Lesión por destrución tisular (p. ex.: córnea, membranas mucosas, tecido integumentario ou subcutáneo).	**Curación da ferida: por segunda intención (1103)** *Definición:* magnitude de rexeneración de células e tecidos na ferida aberta. ***Indicadores:*** Ningunha / Escasa / Moderada / Substancial / Extenso 110301 Granulación: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 110320 Formación de cicatriz: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 110321 Diminución do tamaño da ferida: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 Extenso / Substancial / Moderada / Escasa / Ningunha 110303 Secreción purulenta: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 110304 Secreción serosa: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 110305 Secreción sanguinolenta: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 110306 Secreción serosanguinolenta: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 110307 Eritema cutáneo circundante: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 110308 Edema perilesional: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 110312 Necrose: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 110317 Olor da ferida: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 **Conduta terapéutica: enfermidade ou lesión (1609)** *Definición:* accións persoais para paliar ou eliminar patoloxía. ***Indicadores:*** Nunca demostrado / Raramente demostrado / Ás veces demostrado / Frecuentemente demostrado / Sempre demostrado 160904 Cumpre as actividades prescritas: 1 / 2 / 3 / 4 / 5
Factores de relación	**Intervencións**
• Mecánicos (p. ex.: presión cizallamento, fricción). • Produtos irritantes, químicos (incluíndo as secrecións e excrecións corporais e os medicamentos). • Alteración da circulación. • Déficit ou exceso de líquidos. • Déficit ou exceso nutricional. • Deterioración da mobilidade física.	* **Coidados das úlceras por presión. (3520)** * **Coidado das feridas. (3660)**

Diagnóstico: "DETERIORACIÓN DA DEGLUTICIÓN"

Definición: Funcionamento anormal do mecanismo da deglutición asociado con déficit da estrutura ou función oral, farínxea ou esofáxica.

Características definitorias	Resultados
• Alteración das posicións da cabeza. • Atraso na deglutición. • Infeccións pulmonares recorrentes. • Atragoamento, tose ou náuseas. • Deglucións múltiples. • Ardor de estómago ou dor epigástrica. • Observación de evidencias de dificultade na deglutición (p. ex.: estase dos alimentos na cavidade oral, tose/atragoamento). • Rexeitamento dos alimentos ou limitación do volume. • Queixas de ter algo atascado. • Falta da acción da lingua para formar o bolo. • Peche incompleto dos labios. • Incapacidade para baleirar a cavidade oral. • Tose, atragoamento, náuseas antes da deglución. • Deglutición por etapas. • Falta de mastigación. • Estancamento nos sucos laterais. • Sialorrea ou babeo.	**Estado de deglución (1010)** *Definición:* tránsito seguro de líquidos e/ou sólidos dende a boca cara ao estómago ***Indicadores:*** (Gravemente comprometido / Substancialmente comprometido / Moderadamente comprometido / Levemente comprometido / Non comprometido) 101001 Mantén a comida na boca: 1 2 3 4 5 101004 Capacidade de mastigación: 1 2 3 4 5 101010 Momento do reflexo de deglutición: 1 2 3 4 5 101015 Mantén a cabeza relaxada e o tronco erguido: 1 2 3 4 5 **Prevención da aspiración (1918)** *Definición:* accións persoais para previr o paso de partículas líquidas ou sólidas cara aos pulmóns. ***Indicadores:*** (Nunca demostrado / Raramente demostrado / Ás veces demostrado / Frecuentemente demostrado / Sempre demostrado) 191801 Identifica factores de risco: 1 2 3 4 5 191803 Incorpórase para comer ou beber: 1 2 3 4 5 191804 Selecciona comida segundo a súa capacidade deglutoria: 1 2 3 4 5 191805 Colócase de lado para comer e beber segundo precisa: 1 2 3 4 5 191808 Utiliza espesantes líquidos segundo precisa: 1 2 3 4 5
Factores de relación	**Intervencións**
• Déficits conxénitos. • Problemas neurolóxicos.	*** Terapia de deglutición. (0221)** * **Precaucións para evitar a aspiración. (3200)**

Diagnóstico: "*RISCO DE ESTRINXIMENTO*"

Definición: Risco de sufrir unha diminución da frecuencia normal de defecación, acompañado de eliminación difícil ou incompleta das feces ou eliminación de feces duras e secas.

Características definitorias	Resultados
	Control do risco (1902) *Definición*: accións persoais para previr, eliminar ou reducir as ameazas para a saúde modificables. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado — Raramente demostrado — Ás veces demostrado — Frecuentemente demostrado — Sempre demostrado 190201 Recoñece factores de risco — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 190207 Segue as estratexias de control do risco seleccionadas — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 190208 Modifica o estilo de vida para reducir o risco — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 190216 Recoñece cambios no estado de saúde — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 **Eliminación intestinal (0501)** *Definición:* formación e evacuación de feces ***Indicadores:*** — Gravemente comprometida — Substancialmente comprometida — Moderadamente comprometida — Levemente comprometida — Non comprometida 050101 Patrón da eliminación — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 050124 Inxestión de líquidos axeitada — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 050125 Inxestión de fibra axeitada — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 050126 Cantidade de exercicio axeitada — 1 — 2 — 3 — 4 — 5
Factores de risco	**Intervencións**
Funcionais: • Cambios ambientais recentes. • Actividade física insuficiente. • Problemas durante a defecación (p. ex.: falta de tempo, posición inadecuada para defecar, falta de intimidade). **Psicolóxicos**: • Confusión mental. **Fisiolóxicos**: • Malos hábitos alimentarios. • Diminución da mobilidade do tracto gastrointestinal. • Achega insuficiente de líquidos. **Farmacolóxicos**. **Mecánicos**: • Tumores, hemorroides, obesidade, etc.	* **Manexo do estrinximento/impactación. (0450)** * **Adestramento intestinal. (0440)**

Diagnóstico: "*ESTRINXIMENTO*"

Definición: Redución da frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa ou incompleta de feces excesivamente duras e secas.

Características definitorias	**Resultados**
• Cambios no patrón intestinal. • Eliminación de feces duras, secas e formadas. • Incapacidade para eliminar as feces. • Dor durante a defecación. • Defecación dificultosa. • Rezume de feces líquidas.	**Eliminación intestinal (0501)** *Definición:* formación e evacuación de feces ***Indicadores:*** — Gravemente comprometida — Substancialmente comprometida — Moderadamente comprometida — Levemente comprometida — Non comprometida 050101 Patrón da eliminación — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 050112 Facilidade de eliminación das feces — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 Grave — Substancial — moderado — Leve — Ningún 050110 Estrinximento — 1 — 2 — 3 — 4 — 5
Factores de relación	**Intervencións**
• Actividade física insuficiente. • Diminución da motilidade do tracto gastrointestinal. • Malos hábitos alimentarios. • Farmacolóxicos. • Achega insuficiente de líquidos. • Mecánicos.	* **Manexo do estrinximento/impactación. (0450)** * **Adestramento intestinal. (0440)**

Diagnóstico: "*DETERIORACIÓN DA ELIMINACIÓN URINARIA*"

Definición: Trastorno da eliminación urinaria.

Características definitorias	Resultados
• Incontinencia. • Urxencia. • Nicturia. • Dificultade para iniciar o chorro de ouriños. • Disuria. • Polaquiuria. • Retención.	**Continencia urinaria (0502)** *Definición*: control da eliminación de ouriños da vexiga. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado / Raramente demostrado / Ás veces demostrado / Frecuentemente demostrado / Sempre demostrado 050203 Responde de forma axeitada á urxencia: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 050212 Roupa interior seca durante o día: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 050213 Roupa interior ou da cama seca durante a noite: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 **Eliminación urinaria (0503)** *Definición*: recollida e descarga de ouriños. ***Indicadores:*** — Gravemente comprometida / Substancialmente comprometida / Moderadamente comprometida / Levemente comprometida / Non comprometida 050301 Patrón da eliminación: 1 / 2 / 3 / 4 / 5
Factores de relación	**Intervencións**
• Obstrución anatómica. • Deterioración sensitiva e motora. • Infección do tracto urinario. • Multicausalidade.	*** Manexo da eliminación urinaria. (0590)** *** Coidados da incontinencia urinaria. (0610)** *** Coidados da retención urinaria. (0620)**

Diagnóstico: "*INCONTINENCIA FECAL*"

Definición: Cambio no hábito de eliminación fecal normal caracterizado pola emisión involuntaria de feces.

Características definitorias	**Resultados**
• Goteo constante de feces brandas. • Incapacidade para atrasar a defecación. • Falta de resposta á urxencia de defecar. • Incapacidade para recoñecer a urxencia de defecar.	**Continencia intestinal (0500)** *Definición:* control da eliminación de feces procedentes do intestino. ***Indicadores:*** Nunca demostrado / Raramente demostrado / Ás veces demostrado / Frecuentemente demostrado / Sempre demostrado 050002 Mantén o control da eliminación de feces: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 050009 Responde á urxencia de xeito oportuno: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 **Eliminación intestinal (0501)** *Definición:* formación e evacuación de feces. ***Indicadores:*** Gravemente comprometida / Substancialmente comprometida / Moderadamente comprometida / Levemente comprometida / Non comprometida 050101 Patrón da eliminación: 1 / 2 / 3 / 4 / 5
Factores de relación	**Intervencións**
• Factores ambientais (p. ex.: inodoro inaccesible). • Baleirado intestinal incompleto. • Impactación. • Hábitos dietéticos. • Abuso dos laxantes. • Perda de control do esfínter rectal. • Lesión dos nervios motores superiores. • Lesión dos nervios motores inferiores. • Deterioración da cognición. • Medicamentos. • Inmobilidade.	* **Coidados de incontinencia intestinal. (0410)** * **Adestramento intestinal. (0440)**

Diagnóstico: "*RISCO DE SÍNDROME DE DESUSO*"*

Definición: Risco de deterioración dos sistemas corporais a consecuencia da inactividade músculo-esquelética prescrita ou inevitable.

Características definitorias	Resultados

Control do risco (1902)
Definición: accións persoais para previr, eliminar ou reducir as ameazas para a saúde modificables.

Indicadores:	Nunca demostrado	Raramente demostrado	Ás veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Sempre demostrado
190201 Recoñece factores de risco	1	2	3	4	5
190204 Desenvolve estratexias de control de risco efectivas	1	2	3	4	5
190207 Segue as estratexias de control do risco seleccionadas	1	2	3	4	5

Consecuencias da inmobilidade: fisiolóxicas (0204)
Definición: gravidade do compromiso do funcionamento fisiolóxico debido á alteración da mobilidade física.

Indicadores:	Grave	Substancial	Moderado	Leve	Ningún
020401 Úlceras por presión	1	2	3	4	5
020402 Estrinximento	1	2	3	4	5
020408 Retención urinaria	1	2	3	4	5
020410 Infección do tracto urinario	1	2	3	4	5
020418 Trombose venosa	1	2	3	4	5
	Gravemente comprometido	Substancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	Non comprometido
020404 Diminución do estado nutricional	1	2	3	4	5
020412 Ton muscular	1	2	3	4	5
020414 Movemento articular	1	2	3	4	5
020420 Non efectividade da tose	1	2	3	4	5
020421 Capacidade vital	1	2	3	4	5

Consecuencias da inmobilidade: psicocognitivas (0205)
Definición: gravidade do compromiso do funcionamento psicocognitivo debido á alteración da mobilidade física.

Indicadores:	Gravemente comprometido	Substancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	Non comprometido
020501 Alerta diminuída	1	2	3	4	5
020502 Orientación diminuída	1	2	3	4	5
020511 Capacidade para actuar	1	2	3	4	5
	Grave	Substancial	Moderado	Leve	Ningún
020508 Trastornos do sono	1	2	3	4	5

Factores de risco	Intervencións
• Dor grave. • Parálise. • Alteración do nivel de conciencia. • Inmobilización mecánica. • Inmobilización prescrita.	* **Fomento do exercicio. (0200)** * **Manexo da dor. (1400)** * **Manexo de enerxía. (0180)** * **Manexo ambiental. (6480)** * **Manexo intestinal. (0430)** * **Manexo nutrición. (1100)** * **Vixilancia. (6650)**

* Aconséllase usar esta etiqueta para centrar os coidados enfermeiros nas actividades de prevención da deterioración dos sistemas corporais e só cando o risco teña a súa orixe en condutas inapropiadas da persoa ou do coidador que poidan ser modificadas ou en factores externos sobre os que sexa posible actuar eliminándoos, reducíndoos ou modificando os seus efectos.

Desaconséllase utilizala cando a persoa ou o coidador fagan todo o que está ao seu alcance para reducir o risco, aínda que este persista.

Diagnóstico: "*DÉFICIT DE AUTOCOIDADO: ALIMENTACIÓN*"

Definición: Deterioración da habilidade para realizar ou completar as actividades de alimentación.

Características definitorias	**Resultados**
• Incapacidade para: - Deglutir os alimentos. - Preparalos para a súa inxestión. - Manexar os utensilios. - Mastigar a comida. - Inxerir os alimentos de forma segura. - Inxerir alimentos abondos.	**Autoxestión dos coidados (1613)** *Definición:* accións do destinatario dos coidados para dirixir a outros que axudan ou realizan tarefas físicas e a persoal de asistencia sanitaria. ***Indicadores:*** Nunca demostrado / Raramente demostrado / Ás veces demostrado / Frecuentemente demostrado / Sempre demostrado 161302 Describe os coidados apropiados 1 / 2 / 3 / 4 / 5 **Autocoidados: actividades da vida diaria (AVD) (0300)** *Definición*: capacidade para realizar a maioría das tarefas básicas e as actividades de coidado persoal, independentemente con ou sen mecanismo de axuda. ***Indicadores:*** Gravemente comprometido / Substancialmente comprometido / Moderadamente comprometido / Levemente comprometido / Non comprometido 030001 Come 1 / 2 / 3 / 4 / 5 030007 Hixiene bucal 1 / 2 / 3 / 4 / 5
Factores de relación	**Intervencións**
• Debilidade ou cansazo. • Deterioración neuromuscular. • Dor. • Deterioración perceptual ou cognitiva. • Barreiras ambientais. • Diminución ou falta de motivación. • Deterioración musculoesquelética.	* **Axuda cos coidados: alimentación. (1803)** * **Alimentación. (1050)** * **Manexo ambiental. (6480)** * **Ensino individual. (5606)** * **Terapia de deglutición. (1860)**

Diagnóstico: "*DÉFICIT DE AUTOCOIDADO: USO DO VÁTER*"

Definición: Deterioración da capacidade da persoa para realizar ou completar por si mesma as actividades de uso do penico ou do váter.	
Características definitorias	**Resultados**
• Incapacidade para: - Chegar ata o váter. - Sentar ou erguerse do váter ou do penico. - Realizar a hixiene axeitada tras a evacuación. - Manipular a roupa para a evacuación.	**Autoxestión dos coidados (1613)** *Definición*: accións do destinatario dos coidados para dirixir a outros que axudan ou realizan tarefas físicas e a persoal de asistencia sanitaria. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado — Raramente demostrado — Ás veces demostrado — Frecuentemente demostrado — Sempre demostrado 161302 Describe os coidados apropiados — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 **Autocoidados: actividades da vida diaria (AVD) (0300)** *Definición*: capacidade para realizar a maioría das tarefas básicas e as actividades de coidado persoal independentemente, con ou sen mecanismo de axuda. ***Indicadores:*** — Gravemente comprometido — Substancialmente comprometido — Moderadamente comprometido — Levemente comprometido — Non comprometido 030003 Uso do inodoro — 1 — 2 — 3 — 4 — 5
Factores de relación	**Intervencións**
• Barreiras ambientais. • Deterioración da mobilidade. • Deterioración musculoesquelética. • Deterioración neuromuscular. • Deterioración perceptual ou cognitiva. • Debilidade ou cansazo. • Dor.	* **Axuda cos coidados: aseo. (1804)** * **Manexo ambiental. (6480)** * **Ensino individual. (5606)**

Diagnóstico: "*DÉFICIT DE AUTOCOIDADO: VESTIDO/ACICALAMENTO*"

Definición: Deterioración da capacidade da persoa para realizar ou completar por si mesma as actividades de vestido e arranxo persoal.

Características definitorias	**Resultados**
• Deterioración da capacidade para: - Poñer ou quitar as prendas de roupa necesarias. - Obter ou substituír os artigos de vestir. - Abrochar a roupa. • Incapacidade para: - Manter o aspecto nun nivel satisfactorio.	**Autoxestión dos coidados (1613)** *Definición*: accións do destinatario dos coidados para dirixir a outros que axudan ou realizan tarefas físicas e a persoal de asistencia sanitaria. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado — Raramente demostrado — Ás veces demostrado — Frecuentemente demostrado — Sempre demostrado 161302 Describe os coidados apropiados — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 **Autocoidados: actividades da vida diaria (AVD) (0300)** *Definición*: capacidade para realizar a maioría das tarefas básicas e as actividades de coidado persoal independentemente, con ou sen mecanismo de axuda. ***Indicadores:*** — Gravemente comprometido — Substancialmente comprometido — Moderadamente comprometido — Levemente comprometido — Non comprometido 030002 Vístese — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 030005 Peitéase — 1 — 2 — 3 — 4 — 5
Factores de relación	**Intervencións**
• Diminución ou falta de motivación. • Dor. • Deterioración perceptual ou cognitiva. • Debilidade ou cansazo. • Deterioración neuromuscular. • Deterioración musculoesquelética. • Barreiras ambientais.	* **Axuda cos coidados: vestir/arranxo persoal. (1802)** * **Manexo ambiental. (6480)** * **Ensino individual. (5606)**

Diagnóstico: "*DÉFICIT DE AUTOCOIDADO: BAÑO/HIXIENE*"

Definición: Deterioración da habilidade da persoa para realizar ou completar por si mesmo as actividades de baño/hixiene.

Características definitorias	Resultados
• Incapacidade para: - Lavar total ou parcialmente o corpo. - Entrar e saír do baño.	**Autoxestión dos coidados (1613)** *Definición:* accións do destinatario dos coidados para dirixir a outros que axudan ou realizan tarefas físicas e a persoal de asistencia sanitaria. ***Indicadores:*** / Nunca demostrado / Raramente demostrado / Ás veces demostrado / Frecuentemente demostrado / Sempre demostrado 161302 Describe os coidados apropiados / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 **Autocoidados: actividades da vida diaria (AVD) (0300)** *Definición:* capacidade para realizar a maioría das tarefas básicas e as actividades de coidado persoal independentemente, con ou sen mecanismo de axuda. ***Indicadores:*** / Gravemente comprometido / Substancialmente comprometido / Moderadamente comprometido / Levemente comprometido / Non comprometido 030004 Se baña / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 030006 Hixiene / 1 / 2 / 3 / 4 / 5
Factores de relación	**Intervencións**
• Diminución ou falta de motivación. • Debilidade e cansazo. • Dor. • Deterioración cognitiva ou perceptual. • Deterioración musculoesquelético. • Deterioración neuromuscular. • Barreiras ambientais.	* **Axuda cos coidados: baño/hixiene. (1801)** * **Baño. (1610)** * **Prevención de caídas. (6490)** * **Ensino individual. (5606)**

Diagnóstico: "*LIMPEZA INEFICAZ DAS VÍAS AÉREAS*"

Definición: Incapacidade para eliminar as secrecións ou obstrucións do tracto respiratorio para manter as vías aéreas permeables.

Características definitorias	Resultados
• Dispnea. • Ausencia ou non efectividade da tose. • Produción de esputo. • Cianose. • Sons respiratorios adventicios (sibilancias, estertores, crepitantes, roncus). • Cambios na frecuencia e ritmo respiratorios. • Axitación.	**Estado respiratorio: permeabilidade das vías respiratorias (0410)** *Definición:* vías traqueobronquiais permanecen abertas, despexadas e limpas para o intercambio de aire ***Indicadores:*** — Gravemente comprometido — Substancialmente comprometido — Moderadamente comprometido — Levemente comprometido — Non comprometido 041005 Ritmo respiratorio: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 041006 Mobilización do esputo cara a fóra das vías respiratorias: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 (Grave — Substancial — Moderado — Leve — Ningún) 041003 Asfixia: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 041007 Ruídos respiratorios patolóxicos: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 **Conduta terapéutica: enfermidade ou lesión (1609)** *Definición:* accións persoais para paliar ou eliminar patoloxía. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado — Raramente demostrado — Ás veces demostrado — Frecuentemente demostrado — Sempre demostrado 160904 Cumpre as actividades prescritas: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 **Prevención da aspiración (1918)** *Definición:* accións persoais para previr o paso de partículas líquidas ou sólidas cara aos pulmóns. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado — Raramente demostrado — Ás veces demostrado — Frecuentemente demostrado — Sempre demostrado 191802 Evita factores de risco: 1 — 2 — 3 — 4 — 5
Factores de relación	**Intervencións**
• **Ambientais**. Tabaquismo. • **Obstrución das vías aéreas**. Retención das secrecións. Mucosidade excesiva. Vía aérea artificial. • **Fisiolóxicos**. Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica. Infección. Asma. Disfunción neuromuscular.	* **Manexo das vías aéreas. (3140)**

Diagnóstico: ***"DETERIORACIÓN DA MOBILIDADE FÍSICA"***

Definición: Limitación do movemento independente, intencionado, do corpo ou dunha ou máis extremidades.

Características definitorias	Resultados
• Inestabilidade postural durante a execución das actividades habituais da vida diaria. • Limitación da habilidade para as habilidades motoras groseiras. • Limitación da habilidade para as habilidades motoras finas. • Movementos descoordinados ou espasmódicos. • Dificultade para xirar na cama. • Falta de alento inducida polo movemento. • Cambios na marcha. • Enlentecemento do movemento. • Tremor inducido polo movemento.	**Mobilidade (0208)** *Definición:* capacidade para moverse con resolución no ámbito independentemente, con ou sen mecanismos de axuda ***Indicadores:*** Gravemente comprometido / Substancialmente comprometido / Moderadamente comprometido / Levemente comprometido / Non comprometido 020801 Mantemento do equilibrio 1 2 3 4 5 020802 Mantemento da posición corporal 1 2 3 4 5 020803 Movemento muscular 1 2 3 4 5 020804 Movemento articular 1 2 3 4 5 020805 Realización do traslado 1 2 3 4 5 020806 Ambulación 1 2 3 4 5
Factores de relación	**Intervencións**
• Medicamentos. • Prescrición de restrición de movementos. • Malestar ou dor. • Índice de masa corporal por enriba do percentil 75 para a idade. • Deterioración sensorioperceptiva. • Deterioración neuromuscular ou musculoesquelética. • Intolerancia á actividade ou diminución da forza ou resistencia. • Deterioración cognitiva. • Sedentarismo, desuso ou mala forma física. • Desnutrición selectiva ou xeneralizada. • Falta de apoio físico ou social. • Perda de integridade das estruturas óseas.	* **Terapia de exercicios: ambulación. (0221)** * **Terapia de exercicios: mobilidade articular. (0226)** * **Cambio de posición. (0840)** * **Axuda ao autocoidado. (1800)** * **Coidados do paciente encamado. (0740)** * **Manexo ambiental. (6480)** * **Axuda cos autocoidados: transferencia. (1806)**

Diagnóstico: "*DETERIORACIÓN DO PATRÓN DO SONO*"

<table>
<tr><td colspan="2">Definición: Trastorno da cantidade e calidade do sono (suspensión da conciencia periódica, natural) limitado no tempo.</td></tr>
<tr><th>Características definitorias</th><th>Resultados</th></tr>
<tr><td>• Desvelo prolongado.
• Insomnio mantido.
• Espertar antes ou despois do desexado.
• Insatisfacción co sono.
• Tempo total de sono menor do considerado normal para a idade.</td><td>Sono (0004)
Definición: suspensión periódica natural da conciencia durante a cal se recupera o organismo.
<table>
<tr><th>Indicadores:</th><th>Gravemente comprometido</th><th>Substancialmente comprometido</th><th>Moderadamente comprometido</th><th>Levemente comprometido</th><th>Non comprometido</th></tr>
<tr><td>000404 Calidade do sono</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>000405 Eficiencia de sono (taxa de tempo de sono/tempo total destinado a durmir)</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><th>Factores de relación</th><th>Intervencións</th></tr>
<tr><td>• Hixiene do sono inadecuada (dieta, ruído, temperatura, humidade, posición...).
• Ansiedade.
• Soidade.
• Medicamentos.
• Depresión.
• Suxeicións físicas.
• Urxencia urinaria, incontinencia.
• Dor.
• Falta de alento (dispnea, tose...).
• Refluxo gastroesofáxico.</td><td>* Mellorar o sono. (1850)</td></tr>
</table>

Diagnóstico: "*DOR CRÓNICA*"

Definición: Experiencia sensitiva e emocional desagradable ocasionada por unha lesión tisular real ou potencial ou descrita en tales termos; inicio súbito ou lento de calquera intensidade de leve a grave, constante ou recorrente sen un final anticipado ou previsible e unha duración maior de 6 meses.

Características definitorias	Resultados
• Informes verbais ou codificados ou observación de evidencias de conduta de protección ou defensa, máscara facial, irritabilidade, centrar a atención en si mesmo, axitación, depresión. • Atrofia dos grupos musculares implicados. • Cambios no patrón de sono. • Fatiga. • Alteración da capacidade para seguir coas actividades previas.	**Control da dor (1605)** *Definición:* accións persoais para controlar a dor. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado / Raramente demostrado / Ás veces demostrado / Frecuentemente demostrado / Sempre demostrado 160504 Utiliza medidas de alivio non analxésicas — 1 / 2 / 3 / 4 / 5 160505 Utiliza os analxésicos de forma apropiada — 1 / 2 / 3 / 4 / 5 160508 Utiliza os recursos dispoñibles — 1 / 2 / 3 / 4 / 5 160511 Refire dor controlada — 1 / 2 / 3 / 4 / 5
Factores de relación	**Intervencións**
• Incapacidade física ou psicosocial crónica.	*** Manexo da dor. (1400)**

Diagnóstico: "*COÑECEMENTOS DEFICIENTES (ESPECIFICAR)*"*

Definición: Carencia ou deficiencia de información cognitiva relacionado cun tema específico.						
Características definitorias	**Resultados**					
• Verbalización do problema. • Seguimento inexacto das instrucións. • Realización inadecuada das probas. • Comportamentos inapropiados ou esaxerados (p. ex.: histeria, hostilidade, axitación, apatía).	**Coñecemento: réxime terapéutico (1813)** *Definición:* grao de comprensión transmitido sobre o réxime terapéutico específico. ***Indicadores:***	Ningún	Escaso	Moderado	Substancial	Extenso
	181304 Descrición dos efectos esperados do tratamento	1	2	3	4	5
	181309 Descrición dos procedementos prescritos	1	2	3	4	5
	181310 Descrición do proceso da enfermidade	1	2	3	4	5
Factores de relación	**Intervencións**					
• Falta de exposición. • Falta de memoria. • Mala interpretación da información. • Limitación cognitiva. • Falta de interese na aprendizaxe. • Pouca familiaridade cos recursos para obter a información.	*** Ensino: individual. (5606)**					

* Aconséllase utilizar esta etiqueta de forma positiva, é dicir, cando as novas experiencias ou os cambios no estilo de vida ou de saúde requiran que a persoa adquira coñecementos amplos e estruturados, coa finalidade de manexar con competencia a nova situación.
Desaconséllase utilizala cando a falta de coñecementos non sexa o problema, senón a causa que o produce.

Diagnóstico: "*DETERIORACIÓN DA COMUNICACIÓN VERBAL*"

Definición: Diminución, atraso ou carencia da capacidade para recibir, procesar, transmitir e usar un sistema de símbolos.

Características definitorias	Resultados
• Desorientación nas tres esferas: o tempo, o espazo, as persoas. • Incapacidade para falar a linguaxe dominante. • Non falar ou non poder falar. • Falar ou verbalizar con dificultade. • Dificultade para formar palabras ou frases (p. ex.: afonía, dislalia, disartria). • Dificultade para expresar os pensamentos verbalmente (p. ex.: afasia, disfasia, apraxia, dislexia). • Dispnea. • Dificultade para comprender ou manter o patrón de comunicación habitual. • Déficit visual total ou parcial. • Dificultade ou incapacidade para usar as expresións faciais ou corporais.	**Comunicación (0902)** *Definición:* recepción, interpretación e expresión das mensaxes verbais, escritas e non verbais. ***Indicadores:*** Gravemente comprometida / Substancialmente comprometida / Moderadamente comprometida / Levemente comprometida / Non comprometida 090202 Utiliza a linguaxe falada 1 2 3 4 5 090205 Utiliza a linguaxe non verbal 1 2 3 4 5 090206 Recoñece as mensaxes recibidas 1 2 3 4 5 090207 Dirixe a mensaxe de forma apropiada 1 2 3 4 5 090208 Intercambia mensaxes cos demais 1 2 3 4 5
Factores de relación	**Intervencións**
• Diminución da circulación cerebral. • Diferenzas culturais. • Barreiras psicolóxicas (p. ex.: psicose, falta de estímulos). • Barreiras físicas (p. ex.: traqueostomía, intubación). • Defectos anatómicos (p. ex.: padal fendido, alteración do sistema visual neuromuscular, do sistema auditivo, do aparato da fonación). • Tumor cerebral. • Efectos secundarios da medicación. • Alteración das percepcións. • Alteración do sistema nervioso central.	*** Escoita activa. (4920)** *** Mellorar a comunicación: déficit auditivo. (4974)** *** Mellorar a comunicación: déficit da fala. (4976)**

Diagnóstico: "*ANSIEDADE*"

Definición: Vaga sensación de malestar ou ameaza acompañada dunha resposta autonómica (cuxa orixe adoita ser descoñecida para o individuo); sentimento de aprehensión causado pola anticipación dun perigo. É un sinal de alerta que advirte dun perigo inminente e que lle permite ao individuo tomar medidas para afrontalo.

Características definitorias	Resultados
• **Condutuais** (expresión de preocupacións debidas a cambios en acontecementos vitais, insomnio, inquietude, etc.). • **Afectivas** (irritabilidade, angustia, temor, etc.). • **Fisiolóxicas** (palpitacións, diarrea, dificultade respiratoria, etc.). • **Cognitivas** (bloqueo do pensamento, confusión, deterioración da atención, etc.).	**Autocontrol da ansiedade (1402)** *Definición:* accións persoais para eliminar ou reducir sentimentos de aprehensión e tensión por unha fonte non identificable. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado / Raramente demostrado / Ás veces demostrado / Frecuentemente demostrado / Sempre demostrado 140202 Elimina precursores da ansiedade — 1 / 2 / 3 / 4 / 5 140206 Utiliza estratexias de superación efectivas — 1 / 2 / 3 / 4 / 5 140216 Ausencia de manifestacións dunha conduta de ansiedade — 1 / 2 / 3 / 4 / 5
Factores de relación	**Intervencións**
• Conflito inconsciente sobre os valores e as metas esenciais da vida. • Necesidades non satisfeitas. • Asociación familiar ou herdanza. • Ameaza de morte. • Ameaza ao autoconcepto. • Estrés. • Ameaza de cambio en: - O rol. - O estado de saúde. - Os patróns de interacción. - O ámbito. - A situación económica.	*** Diminución da ansiedade. (5820)**

Diagnóstico: "*BAIXA AUTOESTIMA SITUACIONAL*"

Definición: Desenvolvemento dunha percepción negativa da propia valía en resposta a unha situación actual (especificar).

Características definitorias	Resultados
• Informes verbais de que a situación actual desafía a súa valía persoal. • Verbalizacións autonegativas. • Conduta indecisa, non asertiva. • Avaliación de si mesmo como incapaz de afrontar a situación ou os acontecementos. • Expresións de desesperanza e inutilidade.	**Modificación psicosocial: cambio de vida (1305)** *Definición:* resposta psicosocial de adaptación dun individuo a un cambio de vida. ***Indicadores:*** Nunca demostrado / Raramente demostrado / Ás veces demostrado / Frecuentemente demostrado / Sempre demostrado 130501 Establecemento de obxectivos realistas 1 2 3 4 5 130502 Mantemento da autoestima 1 2 3 4 5 130509 Uso de estratexias de superación efectivas 1 2 3 4 5 130511 Expresións de satisfacción coa reorganizaciónda vida. 1 2 3 4 5
Factores de relación	**Intervencións**
• Alteración da imaxe corporal. • Deterioración funcional (especificar). • Perda (especificar). • Cambios do rol social (especificar). • Falta de recoñecemento ou recompensas. • Conduta inconsciente cos valores. • Fallo, rexeitamento.	* **Aumentar o afrontamento. (5230)** * **Potenciación da autoestima. (5400)**

Diagnóstico: "*RISCO DE SOIDADE*"

Definición: Risco de experimentar unha vaga disforia.

Características definitorias	Resultados
	Severidade da soidade (1203) *Definición:* gravidade da resposta emocional ou existencial de illamento. ***Indicadores:*** Grave / Substancial / Moderado / Leve / Ningún 120307 Expresión de illamento social 1 2 3 4 5 120309 Expresión de ser excluído 1 2 3 4 5 120312 Dificultade para establecer contacto con outras persoas 1 2 3 4 5 120314 Dificultade para ter unha relación mutua eficaz 1 2 3 4 5 **Implicación social (1503)** *Definición:* interaccións sociais con persoas, grupos ou organizacións. ***Indicadores:*** Nunca demostrado / Raramente demostrado / Ás veces demostrado / Frecuentemente demostrado / Sempre demostrado 150301 Interacción con amigos íntimos 1 2 3 4 5 150302 Interacción con amigos 1 2 3 4 5 150303 Interacción con membros da familia 1 2 3 4 5 150311 Participación en actividades de ocio 1 2 3 4 5
Factores de risco	**Intervencións**
• Deprivación afectiva. • Illamento físico. • Falta de contacto con persoas ou cousas percibidas como importantes ou significativas. • Illamento social.	*** Potenciación da socialización. (5100)** *** Fomentar a implicación familiar. (7110)**

Diagnóstico: "*RISCO DE CANSAZO DO ROL DE COIDADOR*"

Definición: O coidador é vulnerable á percepción de dificultade para desempeñar o seu rol de coidador da familia.

Características definitorias	Resultados
	Alteración do estilo de vida do coidador familiar (2203) *Definición*: gravidade de alteracións no estilo de vida dun membro da familia debido ao seu papel de coidador familiar. ***Indicadores:*** — Gravemente comprometida (1) — Substancialmente comprometida (2) — Moderadamente comprometida (3) — Levemente comprometida (4) — Non comprometida (5) 220305 Relacións con outros membros da familia alteradas: 1 2 3 4 5 220306 Interaccións sociais afectadas: 1 2 3 4 5 Grave — Substancial — moderado — Leve — Ningún 220319 Cargas económicas do coidador: 1 2 3 4 5 **Preparación do coidador familiar domiciliario (2202)** *Definición:* grao de preparación dun coidador para asumir a responsabilidade da asistencia sanitaria domiciliaria dun membro da familia. ***Indicadores:*** — Inadecuado (1) — Lixeiramente adecuado (2) — Moderadamente adecuado (3) — Substancialmente adecuado (4) — Completamente adecuado (5) 220201 Vontade de asumir o papel de coidador familiar: 1 2 3 4 5 220202 Coñecemento sobre o papel de coidador familiar: 1 2 3 4 5 220208 Coñecemento da actividade prescrita: 1 2 3 4 5 220214 Apoio social: 1 2 3 4 5 220216 Benestar do coidador familiar: 1 2 3 4 5
Factores de risco	**Intervencións**
• Falta de descanso ou distracción do coidador. • Problemas psicolóxicos ou cognitivos do receptor dos coidados. • Duración da necesidade de coidados. • Coidados numerosos ou complexos. • Deterioración da saúde do coidador. • Illamento da familia ou do coidador. • Falta de experiencia en brindar coidados. • Ámbito físico inadecuado para prestar os coidados. (Ex.: acondicionamento doméstico, transportes...). • Historia anterior de malas relacións entre a persoa que brinda os coidados e a que os recibe. • Adicción ou codependencia.	* **Apoio ao coidador principal. (7040)** * **Coidados intermitentes. (7270)** * **Fomento da implicación familiar. (7110)**

Diagnóstico: "*PATRÓN SEXUAL NON EFECTIVO*"

<table>
<tr><td colspan="2">Definición: Expresión de preocupación respecto da propia sexualidade.</td></tr>
<tr><th>Características definitorias</th><th>Resultados</th></tr>
<tr><td>• Manifestación de dificultade, limitacións ou cambios nos comportamentos ou actividades sexuais.</td><td>Identidade sexual (1207)
Definición: recoñecemento e aceptación da propia identidade sexual.
<table>
<tr><th>Indicadores:</th><th>Nunca positivo</th><th>Raramente positivo</th><th>Ás veces positivo</th><th>Frecuentemente positivo</th><th>Sempre positivo</th></tr>
<tr><td>120709 Refire relacións íntimas saudables</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>120710 Refire funcionamento sexual saudable</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><th>Factores de relación</th><th>Intervencións</th></tr>
<tr><td>• Falta dunha persoa significativa.
• Deterioración das relacións coa persoa significativa.
• Déficit de coñecementos ou habilidades sobre respostas alternativas a transicións relacionadas coa saúde, alteración da estrutura ou función corporais, enfermidade ou tratamento médico.
• Falta de intimidade.</td><td>* Asesoramento sexual. (5230)</td></tr>
</table>

Diagnóstico: "*AFRONTAMENTO NON EFECTIVO*"

Definición: Incapacidade para levar a cabo unha apreciación válida dos axentes estresantes, para elixir axeitadamente as respostas habituais ou para usar os recursos dispoñibles.

Características definitorias	Resultados
• Falta de condutas orientadas ao logro de obxectivos ou á resolución dos problemas, incluíndo incapacidade para organizar a información. • Trastornos do sono. • Abuso de axentes químicos. • Emprego de formas de afrontamento que impiden unha conduta adaptativa. • Fatiga. • Solución inadecuada dos problemas. • Expresión de incapacidade para afrontar a situación ou para pedir axuda. • Incapacidade para satisfacer as necesidades básicas. • Conduta destrutiva cara a si mesmo ou cara aos outros. • Incapacidade para satisfacer as expectativas do rol. • Alta taxa de enfermidade. • Cambio nos patróns de comunicación habituais.	**Afrontamento de problemas (1302)** *Definición:* accións persoais para controlar os factores estresantes que poñen a proba os recursos do individuo. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado	Raramente demostrado	Ás veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Sempre demostrado 130203 Verbaliza sensación de control — 1	2	3	4	5 130210 Adopta condutas para reducir o estrés — 1	2	3	4	5 130212 Utiliza estratexias de superación efectivas — 1	2	3	4	5 130215 Busca axuda profesional de forma apropiada — 1	2	3	4	5 130218 Refire aumento do benestar psicolóxico — 1	2	3	4	5
Factores de relación	**Intervencións**
• Falta de confianza na capacidade para afrontar a situación. • Incerteza. • Inadecuación do apoio social condicionado polas características das relacións. • Inadecuación dos recursos dispoñibles. • Incapacidade para conservar as enerxías adaptativas.	*** Apoio en toma de decisións. (5250)** *** Aumentar o afrontamento. (5230)**

Diagnóstico: "*RISCO DE SUFRIMENTO ESPIRITUAL*"

Definición: Risco de sufrir unha alteración da sensación de conexión harmoniosa coa vida e co universo na que poden modificarse as dimensións que transcenden o eu e que lle confire poder.

Características definitorias	Resultados
	Saúde espiritual (2001) *Definición:* vinculacións co eu, os outros, o poder superior, a natureza e o universo que transcenden e se apoderan do eu.

Indicadores:	Gravemente comprometido	Substancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
200102 Expresión de confianza	1	2	3	4	5
200103 Expresión de significado e fin da vida	1	2	3	4	5
200112 Interacción con líderes espirituais	1	2	3	4	5
200116 Relación co eu interior	1	2	3	4	5
200117 Relación cos demais para compartir pensamentos, sentimentos e crenzas.	1	2	3	4	5

Factores de risco	Intervencións
• Ansiedade esgotadora. • Baixa autoestima. • Malas relacións. • Estrés físico ou psicolóxico. • Perda dun ser querido. • Perdas situacionais. • Incapacidade para perdoar. • Enfermidade mental. • Enfermidade física.	* **Apoio espiritual. (5420)**

ESTANDARIZACIÓN
de coidados de enfermería *ao paciente* inmobilizado no domicilio

ANEXOS

ANEXO 1. Intervencións

Relación de Intervencións de Enfermería

Adestramento intestinal 63
Alimentación 64
Apoio ao coidador principal 65
Apoio na toma de decisións 66
Apoio espiritual 67
Asesoramento 68
Asesoramento sexual 69
Aumentar o afrontamento 70
Axuda ao autocoidado 72
Axuda cos autocoidados: alimentación 73
Axuda cos autocoidados: aseo 74
Axuda cos autocoidados: baño/hixiene 75
Axuda cos autocoidados: transferencia 76
Axuda cos autocoidados: vestir/arranxo persoal 77
Baño 78
Cambio de posición 79
Coidados de incontinencia intestinal 80
Coidados da incontinencia urinaria 81
Coidados da retención urinaria 82
Coidados das feridas 83
Coidados das úlceras por presión 84
Coidados do paciente encamado 85
Coidados intermitentes 86
Diminución da ansiedade 87
Ensino: individual 88
Ensino: sexo seguro 89
Escoita activa 90
Fomentar a implicación familiar 91
Fomento do exercicio 92
Manexo ambiental 93
Manexo ambiental: seguridade 94
Manexo da eliminación urinaria 95
Manexo da enerxía 96
Manexo da nutrición 98
Manexo das vías aéreas 99
Manexo de presións 100

Manexo da dor 101
Manexo do estrinximento/impactación 103
Manexo intestinal 104
Mellorar a comunicación: déficit auditivo 105
Mellorar a comunicación verbal: déficit da fala 106
Mellorar o sono 107
Modificación da conduta 108
Potenciación da autoestima 109
Potenciación da socialización 110
Precaucións para evitar a aspiración 111
Prevención de caídas 112
Prevención de úlceras por presión 114
Terapia de deglutición 115
Terapia de exercicios: ambulación 116
Terapia de exercicios: mobilidade articular 117
Vestir 118
Vixilancia 119
Vixilancia da pel 120
Vixilancia: seguridade 121

Adestramento intestinal 0440

Definición: axuda ao paciente na educación do intestino para que evacúe a intervalos determinados.

Actividades:

1. Planificar un programa intestinal co paciente e demais persoas relacionadas.
2. Ensinarlle ao paciente/familia os principios da educación intestinal.
3. Instruír o paciente acerca de alimentos con alto contido en fibra.
4. Asegurar unha inxestión axeitada de líquidos.
5. Asegurarse de que se realizan os exercicios adecuados.
6. Dedicar para a defecación un tempo coherente e sen interrupcións.
7. Dispoñer de intimidade.
8. Avaliar o estado intestinal a intervalos regulares.
9. Modificar o programa intestinal, se é necesario.

Alimentación 1050

Definición: proporcionarlle a inxestión nutricional ao paciente que non pode alimentarse por si mesmo.

Actividades:

1. Identificar a dieta prescrita.
2. Dispoñer a bandexa de comida e a mesa de forma atractiva.
3. Crear un ambiente pracenteiro durante a comida (colocar cuñas, penicos e o equipo de aspiración fóra da vista).
4. Proporcionar alivio adecuado para a dor antes das comidas, se procede.
5. Facilitar a hixiene bucal despois das comidas.
6. Identificar a presenza do reflexo de deglutición, se fose necesario.
7. Sentar durante a comida para inducir sensación de pracer e relaxación.
8. Dar a oportunidade de ulir as comidas para estimular o apetito.
9. Preguntarlle ao paciente as súas preferencias na orde dos alimentos.
10. Establecer os alimentos segundo o prefira o paciente.
11. Manterse en posición recta, coa cabeza e o colo flexionados lixeiramente cara a fóra durante a alimentación.
12. Colocar a comida no lado non afectado da boca, cando sexa o caso.
13. Acompañar a comida con auga, se é necesario.
14. Protexer cun babeiro, se procede.
15. Preguntarlle ao paciente para que nos indique cando rematou, se procede.
16. Rexistrar a inxestión, se resulta oportuno.
17. Evitar disimular os fármacos coa comida.
18. Proporcionar unha palla coa bebida, se é necesario ou se desexa.
19. Proporcionar alimentos para comer cos dedos, se procede.
20. Proporcionar as comidas á temperatura máis apetecible.
21. Evitar distraer o paciente durante a deglutición.
22. Realizar a alimentación sen présas/lentamente.
23. Pospoñer a alimentación se o paciente estivese fatigado.
24. Animar os pais/familia a que alimenten o paciente.

Apoio ao coidador principal 7040

Definición: subministración da necesaria información, recomendación e apoio para lle facilitar os coidados primarios ao paciente por parte dunha persoa distinta do profesional de coidados sanitarios.

Actividades:

1. Determinar o nivel de coñecementos do coidador.
2. Determinar a aceptación do coidador do seu papel.
3. Aceptar as expresións de emoción negativa.
4. Admitir as dificultades do rol do coidador principal.
5. Estudar xunto co coidador os puntos fortes e débiles.
6. Recoñecer a dependencia que ten a paciente do coidador, se procede.
7. Realizar afirmacións positivas sobre os esforzos do coidador.
8. Animar o coidador a que asuma a súa responsabilidade, se é o caso.
9. Apoiar as decisións tomadas polo coidador principal.
10. Animar a aceptación de independencia entre os membros da familia.
11. Controlar os problemas de interacción da familia en relación cos coidados do paciente.
12. Proporcionar información sobre o estado do paciente, de acordo coas preferencias do paciente.
13. Ensinarlle ao coidador a terapia do paciente de acordo coas preferencias do paciente.
14. Ensinar técnicas de coidado para mellorar a seguridade do paciente.
15. Proporcionarlle axuda sanitaria de seguimento ao coidador mediante chamadas por teléfono e/ou coidados de enfermería comunitarios.
16. Observar se hai indicios de estrés.
17. Explorar co coidador principal como o está afrontando.
18. Ensinarlle ao coidador técnicas de manexo do estrés.
19. Educar o coidador sobre os procesos de queixas.
20. Apoiar o coidador mediante procesos de queixas.
21. Animar o coidador a participar en grupos de apoio.
22. Ensinarlle ao coidador estratexias de mantemento de coidados sanitarios para soster a propia saúde física e mental.
23. Promover unha rede social de coidadores.
24. Identificar fontes de coidados prolongados.
25. Informar o coidador sobre recursos de coidados sanitarios e comunitarios.
26. Ensinarlle ao coidador estratexias para acceder e sacar o máximo proveito dos recursos de coidados sanitarios e comunitarios.
27. Informar o persoal/centro dos servizos de emerxencia sobre a estancia do paciente na casa, o estado de saúde e as tecnoloxías utilizadas co consentimento do paciente ou da familia.
28. Comentar co paciente os límites do coidador.
29. Animar o coidador durante os momentos difíciles do paciente.
30. Apoiar o coidador a establecer límites e a coidar de si mesmo.

Apoio na toma de decisións 5250

Definición: proporcionarlle información e apoio a un paciente que debe tomar decisións sobre coidados sanitarios.

Actividades:

1. Determinar se hai diferenzas entre o punto de vista do paciente e o punto de vista dos coidadores sanitarios sobre a condición do paciente.
2. Informar o paciente sobre a existencia de puntos de vista alternativos e as solucións.
3. Axudarlle ao paciente a identificar as vantaxes e desvantaxes de cada alternativa.
4. Facilitarlle ao paciente a articulación dos obxectivos dos coidados.
5. Obter o consentimento válido, cando se requira.
6. Facilitar a toma de decisións en colaboración.
7. Respectar o dereito do paciente a recibir ou non información.
8. Proporcionar a información solicitada polo paciente.
9. Axudar a que o paciente poida explicarlles a decisión a outras persoas.
10. Servir de enlace entre o paciente e a familia.
11. Servir de enlace entre o paciente e outros profesionais sanitarios.
12. Derivar ao asesor xurídico, se procede.
13. Remitir a grupos de apoio, se procede.

Apoio espiritual 5420

Definición: axuda ao paciente a conseguir o equilibrio a través das súas crenzas.

Actividades:

1. Utilizar a comunicación terapéutica para establecer confianza e demostrar empatía.
2. Utilizar ferramentas para controlar e avaliar o benestar espiritual, se procede.
3. Animar o individuo a revisar a vida pasada e a centrarse en feitos e relacións que proporcionaron forza e apoio espiritual.
4. Tratar o individuo con dignidade e respecto.
5. Animar a participar en interaccións con membros da familia, amigos e demais.
6. Proporcionar privacidade e momentos de tranquilidade para actividades espirituais.
7. Fomentar a participación en grupos de apoio.
8. Ensinar métodos de relaxación, meditación e imaxinación guiada.
9. Compartir as propias crenzas sobre significado e propósito, se procede.
10. Compartir a propia perspectiva espiritual, se procede.
11. Dar oportunidades para discutir sobre diferentes sistemas de crenzas e visións do mundo.
12. Estar aberto ás expresións de preocupación do individuo.
13. Proporcionar música, literatura ou programas de radio ou TV espirituais ao individuo.
14. Estar aberto ás expresións do individuo de soidade e impotencia.
15. Alentar a asistencia a servizos relixiosos, se se desexa.
16. Fomentar o uso de recursos espirituais, se se desexa.
17. Proporcionar os obxectos espirituais desexados, de acordo coas preferencias do individuo.
18. Remitir ao asesor espiritual da elección do individuo.
19. Utilizar técnicas de clarificación de valores para lle axudar ao individuo a clarificar as súas crenzas e valores, se procede.
20. Estar disposto a escoitar os sentimentos do individuo.
21. Expresar simpatía cos sentimentos do individuo.
22. Facilitar o uso da meditación, oración e demais tradicións e rituais relixiosos por parte do individuo.
23. Escoitar atentamente a comunicación do individuo e desenvolver un sentido de oportunismo para a oración ou rituais espirituais.
24. Asegurarlle ao individuo que o coidador estará dispoñible para apoialo nos momentos de sufrimento.
25. Estar aberto aos sentimentos do individuo acerca da enfermidade e da morte.
26. Axudarlle ao individuo a expresar e liberar a ira de forma axeitada.

Asesoramento 5240

Definición: utilización dun proceso de axuda interactiva centrado nas necesidades, problemas ou sentimentos do paciente e dos seus seres queridos para fomentar ou apoiar a capacidade de resolver problemas e as relacións interpersoais.

Actividades:

1. Establecer unha relación terapéutica baseada na confianza e no respecto.
2. Demostrar simpatía, calidez e autenticidade.
3. Establecer a duración das relacións de asesoramento.
4. Establecer metas.
5. Dispoñer a intimidade para asegurar a confidencialidade.
6. Proporcionar información obxectiva, segundo sexa necesario e se procede.
7. Favorecer a expresión de sentimentos.
8. Axudarlle ao paciente a identificar o problema ou a situación causante do trastorno.
9. Practicar técnicas de reflexión e clarificación para facilitar a expresión de preocupacións.
10. Pedirlle ao paciente/ser querido que identifique o que pode/non pode facer sobre o que lle sucede.
11. Axudarlle ao paciente a que realice unha lista de prioridades de todas as alternativas posibles ao problema.
12. Identificar calquera diferenza entre o punto de vista do paciente e o punto de vista do equipo de coidadores acerca da situación.
13. Determinar como lle afecta ao paciente o comportamento da familia.
14. Expresar oralmente a discrepancia entre os sentimentos e a conduta do paciente.
15. Utilizar ferramentas de valoración (papel e lapis, fita de audio, fita de vídeo ou exercicios interactivos con outras persoas) para axudar a que aumente a conciencia de si mesmo do paciente e o coñecemento da situación por parte do asesor, se procede.
16. Revelar aspectos seleccionados das experiencias propias ou da personalidade para dar autenticidade e confianza, se resulta oportuno.
17. Axudarlle ao paciente a que identifique os seus puntos fortes e reforzalos.
18. Favorecer o desenvolvemento de novas habilidades, se procede.
19. Fomentar a substitución de hábitos indesexados por hábitos desexados.
20. Reforzar novas habilidades.
21. Desaconsellar a toma de decisións cando o paciente se atope baixo un estrés severo.

Asesoramento sexual 5248

Definición: utilización dun proceso de axuda interactivo que se centre na necesidade de realizar axustes da práctica sexual ou para potenciar a resolución dun suceso/trastorno sexual.

Actividades:

1. Establecer unha relación terapéutica baseada na confianza e no respecto.
2. Proporcionar intimidade e asegurar confidencialidade.
3. Informar o paciente ao principio da relación de que a sexualidade constitúe unha parte importante da vida e que as enfermidades, os medicamentos e o estrés (ou outros problemas/sucesos que experimenta o paciente) a miúdo alteran o funcionamento sexual.
4. Proporcionar información acerca do funcionamento sexual.
5. Comezar cos tópicos menos sensibles e progresar aos máis sensibles.
6. Discutir o efecto da situación de enfermidade/saúde sobre a sexualidade.
7. Discutir o efecto da medicación sobre a sexualidade.
8. Animar o paciente a manifestar verbalmente os medos a facer preguntas.
9. Identificar os obxectivos de aprendizaxe necesarios para conseguir as metas.
10. Discutir a necesidade de modificacións da actividade sexual, se procede.
11. Axudarlle ao paciente a expresar a pena e o enfado polas alteracións do funcionamento/aspecto corporal, se procede.
12. Evitar mostrar aversión por unha parte corporal alterada.
13. Presentarlle ao paciente modelos de rol positivos que superasen con éxito un problema similar, se procede.
14. Proporcionar información concreta acerca de mitos sexuais e malas informacións que o paciente poida manifestar verbalmente.
15. Discutir acerca de formas alternativas de expresión sexual que sexan aceptables para o paciente, se procede.
16. Incluír o esposo/compañeiro sexual no asesoramento o máximo posible, se é o caso.

Aumentar o afrontamento 5230

Definición: axudarlle ao paciente a adaptarse aos factores estresantes, cambios ou ameazas perceptibles que interfiran no cumprimento das esixencias e nos papeis da vida cotiá.

Actividades:

1. Valorar o axuste do paciente aos cambios de imaxe corporal, se está indicado.
2. Valorar o impacto da situación vital do paciente nos papeis e relacións.
3. Valorar a comprensión do paciente do proceso de enfermidade.
4. Valorar e discutir as respostas alternativas á situación.
5. Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
6. Dispoñer dun ambiente de aceptación.
7. Axudarlle ao paciente a desenvolver unha valoración obxectiva do acontecemento.
8. Axudarlle ao paciente a identificar a información que máis lle interese obter.
9. Proporcionar información obxectiva respecto do diagnóstico, tratamento e prognóstico.
10. Proporcionarlle ao paciente eleccións realistas sobre certos aspectos dos coidados de enfermería.
11. Alentar unha actitude de esperanza realista como forma de manexar os sentimentos de impotencia.
12. Avaliar a capacidade do paciente para tomar decisións.
13. Tratar de comprender a perspectiva do paciente sobre unha situación estresante.
14. Desalentar a toma de decisións cando o paciente se atope baixo un forte estrés.
15. Fomentar un dominio gradual da situación.
16. Animar o paciente a desenvolver relacións.
17. Favorecer as relacións con persoas que teñan intereses e obxectivos comúns.
18. Fomentar as actividades sociais e comunitarias.
19. Alentar a aceptación das limitacións dos demais.
20. Recoñecer a experiencia espiritual/cultural do paciente.
21. Alentar o uso de fontes espirituais, se resulta adecuado.
22. Explorar os éxitos anteriores do paciente.
23. Indagar as razóns do paciente para a súa autocrítica.
24. Confrontar os sentimentos ambivalentes do paciente (enfado ou depresión).
25. Facilitar as saídas construtivas á ira e á hostilidade.
26. Favorecer situacións que fomenten a autonomía do paciente.
27. Axudarlle ao paciente a identificar respostas positivas dos demais.
28. Fomentar a identificación de valores vitais específicos.
29. Estudar co paciente métodos anteriores no manexo de problemas vitais.
30. Presentarlle ao paciente persoas (ou grupos) que pasasen pola mesma experiencia con éxito.
31. Apoiar o uso de mecanismos de defensas adecuados.
32. Alentar a manifestación de sentimentos, percepcións e medos.
33. Tratar as consecuencias de comportarse con sentimentos de culpa e vergoña.
34. Animar o paciente a identificar os seus puntos fortes e as súas capacidades.
35. Axudarlle ao paciente a identificar obxectivos adecuados a curto e longo prazo.
36. Axudarlle ao paciente a analizar os obxectivos complexos en pasos pequenos, manexables.
37. Axudarlle ao paciente a examinar fontes dispoñibles para cumprir os obxectivos.

38. Diminuír os estímulos do ambiente que poderían ser mal interpretados como ameazadores.
39. Valorar as necesidades/desexos do paciente de apoio social.
40. Axudarlle ao paciente a identificar sistemas de apoio dispoñibles.
41. Determinar o risco do paciente para facerse dano.
42. Animar a implicación familiar, se procede.
43. Alentar a familia a manifestar os seus sentimentos polo membro familiar enfermo.
44. Axudarlle ao paciente a identificar estratexias positivas para facerse cargo das súas limitacións e a manexar o seu estilo de vida ou o seu papel necesario nela.
45. Axudarlle ao paciente a resolver os problemas dun xeito construtivo.
46. Instruír o paciente no uso de técnicas de relaxación, se resulta necesario.
47. Axudarlle ao paciente a que se queixe e traballe polas perdas da enfermidade e/ou minusvalidez crónica, se é o caso.
48. Axudarlle ao paciente a clarificar os conceptos equivocados.
49. Animar o paciente a avaliar o seu propio comportamento.

Axuda ao autocoidado 1800

Definición: axudarlle a outra persoa a realizar as actividades da vida cotiá.

Actividades:

1. Comprobar a capacidade do paciente para exercer autocoidados independentes.
2. Observar a necesidade por parte do paciente de dispositivos de adaptación para a hixiene persoal, vestirse, o arranxo persoal, o aseo e alimentarse.
3. Proporcionar os obxectos persoais desexados (desodorizante, cepillo de dentes e xabón de baño).
4. Proporcionar axuda ata que o paciente sexa totalmente capaz de asumir os autocoidados.
5. Axudarlle ao paciente a aceptar as necesidades de dependencia.
6. Repetir de forma coherente as rutinas sanitarias como medio de establecelas.
7. Animar o paciente a realizar as actividades normais da vida diaria axustadas ao nivel de capacidade.
8. Alentar a independencia, pero intervindo se o paciente non pode realizar a acción dada.
9. Ensinarlles aos pais/familia a fomentar a independencia, para intervir soamente cando o paciente non poida realizar a acción dada.
10. Establecer unha rutina de actividades de autocoidados.
11. Considerar a idade do paciente ao promover as actividades de autocoidados.

Axuda cos autocoidados: alimentación 1803

Definición: axudarlle a unha persoa a comer.

Actividades:

1. Identificar a dieta prescrita.
2. Poñer a bandexa e a mesa de forma atractiva.
3. Crear un ambiente agradable durante a hora da comida (colocar cuñas, penicos e equipo de aspiración fóra da vista).
4. Proporcionar un alivio adecuado da dor antes das comidas, se procede.
5. Proporcionar hixiene bucal antes das comidas.
6. Arranxar a comida na bandexa, se é necesario, como cortar a carne ou pelar uns ovos.
7. Abrir os alimentos empaquetados.
8. Evitar colocar a comida no lado cego dunha persoa.
9. Describir a situación da comida na bandexa para as persoas con impedimentos da visión.
10. Colocar o paciente nunha posición cómoda.
11. Protexer cun babeiro, se procede.
12. Proporcionar unha palla de beber, se é necesario ou se desexa.
13. Subministrar os alimentos á temperatura máis apetitosa.
14. Anotar a inxestión, se procede.
15. Animar o paciente a que coma no comedor, se estivese dispoñible.
16. Proporcionar dispositivos de adaptación para facilitar que o paciente se alimente por si mesmo (asas longas, asas cunha circunferencia grande ou pequenas correas nos utensilios), se é necesario.
17. Utilizar cuncas con asa grande, se fose necesario.
18. Utilizar pratos e vasos irrompibles e pesados, segundo se precise.
19. Proporcionar sinais frecuentes e unha estreita supervisión, se procede.

Axuda cos autocoidados: aseo 1804

Definición: axudar a outra persoa nas eliminacións.

Actividades:

1. Quitar a roupa esencial para permitir a eliminación.
2. Axudar o paciente no aseo/cuña/cuña de fractura/penico a intervalos especificados.
3. Considerar a resposta do paciente á falta de intimidade.
4. Dispoñer intimidade durante a eliminación.
5. Facilitar a hixiene de aseo despois de rematar coa eliminación.
6. Cambiar a roupa do paciente despois da eliminación.
7. Tirar da cadea/limpar o utensilio da eliminación.
8. Instaurar un programa de aseo, se procede.
9. Ensinarlle ao paciente/outras persoas significativas a rutina do aseo.
10. Instaurar idas ao baño, se procede e é necesario.
11. Proporcionar dispositivos de axuda (catéter externo ou penico), se procede.

Axuda cos autocoidados: baño/hixiene 1801

Definición: axudarlle ao paciente a realizar a hixiene persoal.

Actividades:
1. Colocar toallas, xabón, desodorizante, equipo de afeitado e demais accesorios necesarios a pé de cama/no baño.
2. Proporcionar os obxectos desexados (desodorizante, cepillo de dentes e xabón de baño).
3. Facilitar que o paciente cepille os dentes, se é o caso.
4. Facilitar que o paciente se bañe el mesmo, se procede
5. Comprobar a limpeza de uñas, segundo a capacidade de autocoidado do paciente.
6. Facilitar o mantemento das rutinas do paciente á hora de ir para a cama.
7. Proporcionar axuda ata que o paciente sexa totalmente capaz de asumir os autocoidados.

Axuda cos autocoidados: transferencia 1806

Definición: axudar a unha persoa a cambiar de sitio o corpo.

Actividades:

1. Determinar a capacidade actual do individuo para moverse (p. ex.: forza, nivel de habilidade, resistencia).
2. Determinar a capacidade actual do individuo para comprender instrucións e soportar as cargas.
3. Determinar a presenza de inestabilidade clínica ou ortopédica que poida impedir o traslado.
4. Determinar a presenza de hipotensión ortostática.
5. Elixir técnicas de traslado que sexan adecuadas para o individuo.
6. Identificar os métodos para evitar lesións durante o traslado.
7. Ensinarlle ao individuo as técnicas adecuadas de traslado dunha zona a outra (p. ex.: da cama á cadeira, da cadeira á cama, da cadeira de rodas ao vehículo, do vehículo á cadeira de rodas).
8. Demostrar a técnica, se procede.
9. Facilitar apoio para o corpo e as extremidades durante o traslado, se procede.
10. Ensinarlle ao individuo a trasladarse para conseguir o maior nivel de independencia posible.
11. Proporcionar mecanismos de axuda (p. ex.: barras nas paredes, cordas atadas no cabezal e nos pés da cama para moverse do centro ao bordo da cama) para lle axudar ao individuo a moverse por si só, se procede.
12. Ensinarlle ao individuo o uso adecuado de axudas ambulatorias (p. ex.: muletas, cadeira de rodas, andadores, barra de trapecio, bastón).
13. Utilizar un cinto de traslado, se procede.
14. Animar o suxeito para que aprenda a trasladarse autonomamente.
15. Documentar o progreso, se procede.

Axuda cos autocoidados: vestir/arranxo persoal 1802

Definición: axudarlle a un paciente coas roupas e a maquillaxe.

Actividades:

1. Dispoñer as prendas do paciente nunha zona accesible (ao pé da cama).
2. Proporcionar as prendas persoais, se resulta oportuno.
3. Estar dispoñible para axudar a vestir, se é necesario.
4. Facilitar o peiteado do cabelo do paciente, se é o caso.
5. Facilitar que o paciente se afeite el mesmo, se procede.
6. Manter a intimidade mentres se viste.
7. Axudar cos cordóns, botóns e cremalleiras.
8. Reafirmar os esforzos por vestirse a si mesmo.

Baño 1610

Definición: baño corporal para os efectos de relaxación, limpeza e curación.

Actividades:

1. Axudar coa ducha de cadeira, bañeira, ducha de pé ou baño de asento.
2. Lavar o cabelo.
3. Realizar o baño coa auga a unha temperatura agradable.
4. Axudar co coidado perianal.
5. Axudar coas medidas de hixiene (utilizar perfume ou desodorizante).
6. Afeitar o paciente.
7. Aplicar crema hidratante nas zonas de pel seca.
8. Ofrecer lavado de mans despois de ir ao baño ou antes das comidas.
9. Inspeccionar o estado da pel durante o baño.
10. Controlar a capacidade funcional durante o baño.

Cambio de posición 0840

Definición: movemento deliberado do paciente ou dunha parte corporal para proporcionar o benestar fisiolóxico e/ou psicolóxico.

Actividades:

1. Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.
2. Explicarlle ao paciente que se lle vai cambiar de posición.
3. Animar o paciente a participar nos cambios de posición.
4. Colocar na posición terapéutica axeitada.
5. Colocar en posición de aliñación corporal correcta.
6. Inmobilizar ou apoiar a parte corporal afectada.
7. Colocar en posición para alivio de dispnea.
8. Poñer apoios nas zonas edematosas (almofadas debaixo dos brazos e apoio de escroto).
9. Fomentar a realización de exercicios activos de marxe de movementos.
10. Proporcionar un apoio adecuado para o colo.
11. Evitar colocar o paciente nunha posición que lle aumente a dor.
12. Minimizar o rozamento ao cambiar de posición.
13. Colocar unha táboa para os pés á cama.
14. Xirar mediante a técnica de facer rodar madeiros.
15. Colocar en posición que favoreza a drenaxe urinaria.
16. Colocar en posición que evite tensións na ferida.
17. Colocar un respaldo, se procede.
18. Realizar os xiros segundo o indique o estado da pel.
19. Utilizar dispositivos adecuados para o apoio dos membros (rolo de mans e rolo de trocánter).
20. Colocar os obxectos de uso frecuente á man.

Coidados de incontinencia intestinal 0410

Definición: estimulación da continencia intestinal e mantemento da integridade da pel perianal.

Actividades:

1. Explicar a etioloxía do problema e a base das accións.
2. Determinar os obxectivos do programa de manexo intestinal co paciente/familia.
3. Examinar os procedementos e resultados esperados co paciente.
4. Instruír o paciente/familia a que leve un rexistro de defecación.
5. Lavar a zona perianal con xabón e auga e secala ben despois de cada deposición.
6. Manter a cama e a roupa de cama limpas.
7. Levar a cabo un programa de adestramento intestinal.
8. Controlar a dieta e as necesidades de líquidos.
9. Estar alerta por se houbese efectos secundarios á administración de medicamentos.
10. Colocar cueiros de incontinencia.

Coidados da incontinencia urinaria 0610

Definición: axudar a fomentar a continencia e a manter a integridade da pel perineal.

Actividades:

1. Proporcionar intimidade para a evacuación.
2. Explicar a etioloxía do problema e o fundamento das accións.
3. Controlar periodicamente a eliminación urinaria.
4. Comentar os procedementos e os resultados esperados co paciente.
5. Modificar a vestimenta e o ambiente para facilitar o acceso ao aseo.
6. Axudar a seleccionar a prenda/compresa de incontinencia axeitada.
7. Proporcionar prenda protectoras, se é necesario.
8. Limpar a zona dérmica xenital a intervalos regulares.
9. Demostrar unha resposta positiva a calquera diminución de incontinencia.
10. Limitar os líquidos durante dúas ou tres horas antes de ir para a cama.
11. Ensinarlle ao paciente a beber un mínimo de 1.500 cc de líquidos ao día.
12. Ensinar maneiras de evitar o estrinximento ou a impactación de feces.
13. Limitar a inxestión de produtos irritantes para a vexiga (colas, café, té e chocolate).
14. Controlar periodicamente a afectividade dos tratamentos.
15. Controlar periodicamente os hábitos intestinais.

Coidados da retención urinaria 0620

Definición: axudar a aliviar a distensión da vexiga.

Actividades:

1. Realizar unha avaliación urinaria exhaustiva centrándose na incontinencia (produción urinaria, esquema de eliminación urinaria, función cognoscitiva e problemas urinarios anteriores).
2. Proporcionar intimidade para a eliminación.
3. Estimular o reflexo da vexiga aplicando frío no abdome, fregando a parte interior da coxa ou facendo correr auga.
4. Proporcionar tempo abondo para o baleirado da vexiga (10 min.).
5. Dispoñer manobra de Crede (presión manual sobre a vexiga para axudar a eliminar os ouriños), se é necesario.
6. Inserir catéter urinario, se procede.
7. Controlar periodicamente a inxestión e a eliminación.
8. Vixiar periodicamente o grao de distensión da vexiga mediante a palpación e a percusión.
9. Axudar no aseo a intervalos regulares, se procede.
10. Implementar cateterización intermitente, se procede.
11. Remitir ao especialista en continencia urinaria, se procede.

Coidados das feridas 3660

Definición: prevención de complicacións das feridas e estimulación da súa curación.

Actividades:

1. Despegar os apósitos e a fita adhesiva.
2. Afeitar o lanuxe que rodea a zona afectada, se é necesario.
3. Controlar as características da ferida, incluíndo drenaxe, cor tamaño e olor.
4. Medir o leito da ferida, se procede.
5. Sacar o material incrustado (estela, cristal, grava, metal), segundo sexa necesario.
6. Limpar con solución salina normal ou un limpador non tóxico, se procede.
7. Colocar a zona afectada nun baño de remuíño, se procede.
8. Atender o lugar de incisión, segundo sexa necesario.
9. Administrar coidados da úlcera dérmica, se é necesario.
10. Aplicar un ungüento adecuado á pel/lesión, se procede.
11. Vendar de forma axeitada.
12. Reforzar o apósito, se é necesario.
13. Manter a técnica de vendaxe estéril ao realizar os coidados da ferida.
14. Cambiar o apósito segundo a cantidade de exsudado e drenaxe.
15. Inspeccionar a ferida cada vez que se realiza o cambio de vendaxe.
16. Comparar e rexistrar regularmente calquera cambio producido na ferida.
17. Colocar de maneira que se evite premer a ferida, se procede.
18. Cambiar de posición o paciente como mínimo cada 2 horas, se procede.
19. Fomentar a inxestión de líquidos, se procede.
20. Remitir ao médico da ostomía da ferida, se procede.
21. Remitir ao dietista, se procede.
22. Aplicar TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea) para favorecer a curación da ferida, se procede. Colocar mecanismos de alivio de presión (p. ex.: colchóns de aire, de escuma ou xel; almofadas para o cóbado ou o talón; coxín para a cadeira), se procede.
23. Axudarlle ao paciente e á familia a obter material.
24. Ensinarlle ao paciente e á familia a almacenar e desbotar os apósitos e o material de cura.
25. Ensinarlle ao paciente ou a membros da familia os procedementos de coidado da ferida.
26. Ensinarlle ao paciente e á familia os signos e síntomas de infección.
27. Documentar a localización, o tamaño e a aparencia da ferida.

Coidados das úlceras por presión 3520

Definición: facilitar a curación das úlceras por presión.

Actividades:

1. Describir as características da úlcera a intervalos regulares, incluíndo tamaño (lonxitude, anchura e profundidade), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación ou tecido necrótico e epitelización.
2. Controlar a cor, a temperatura, o edema, a humidade e a aparencia da pel circundante.
3. Manter a úlcera humedecida para favorecer a curación.
4. Aplicar calor húmida á úlcera para mellorar a perfusión sanguínea e a achega do osixeno á zona.
5. Limpar a pel arredor da úlcera con xabón suave e auga.
6. Desbridar a úlcera, se é necesario.
7. Limpar a úlcera coa solución non tóxica axeitada, con movementos circulares dende o centro.
8. Anotar as características da drenaxe.
9. Aplicar un apósito adhesivo permeable á úlcera, segundo corresponda.
10. Remollar con solución salina, segundo corresponda.
11. Aplicar ungüentos, se procede.
12. Aplicar vendaxes, se está indicado.
13. Administrar medicacións orais, se procede.
14. Observar se hai signos e síntomas de infección na ferida.
15. Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar a presión prolongada.
16. Utilizar camas e colchóns especiais, se procede.
17. Utilizar mecanismos na cama (badana) para protexer o paciente.
18. Asegurar unha inxestión dietética axeitada.
19. Controlar o estado nutricional.
20. Verificar a inxestión axeitada de calorías e proteínas de alta calidade.
21. Ensinarlle ao paciente/membros da familia/coidador a vixiar se hai signos de rotura da pel, se procede.
22. Ensinarlle ao paciente/membros da familia os procedementos de coidado da ferida.
23. Facilitar servizos de consulta dos coidados da terapia da enterostomía, segundo sexa necesario.

Coidados do paciente encamado 0740

Definición: fomento da comodidade, a seguridade e a prevención de complicacións no paciente que non pode levantarse da cama.

Actividades:

1. Explicar as razóns do repouso na cama.
2. Colocar o paciente sobre unha cama/colchón terapéutico adecuado.
3. Colocar o paciente cunha aliñación corporal axeitada.
4. Evitar utilizar roupa de cama con texturas ásperas.
5. Manter a roupa de cama limpa, seca e libre de engurras.
6. Colocar na cama unha base de apoio para os pés.
7. Utilizar dispositivos na cama (p. ex.: pel de ovella) que protexan o paciente.
8. Aplicar dispositivos que eviten os pés equinos.
9. Subir as varandas, se procede.
10. Colocar o interruptor de posicionamento da cama ao alcance da man.
11. Colocar a mesa de noite ao alcance do paciente.
12. Fixar un trapecio á cama, se procede.
13. Cambialo de posición, segundo o indique o estado da pel.
14. Xirar o paciente inmobilizado polo menos cada dúas horas, de acordo cun programa específico.
15. Vixiar o estado da pel.
16. Ensinar exercicios de cama, se procede.
17. Realizar exercicios de marxe de movemento pasivos e/ou activos.
18. Axudar coas medidas de hixiene (p. ex.: uso de desodorizante ou perfume).
19. Axudar coas actividades da vida diaria.
20. Observar se se produce estrinximento.
21. Controlar a función urinaria.

Coidados intermitentes 7260

Definición: provisión de coidados de curta duración para lle proporcionar descanso a un coidador familiar.

Actividades:

1. Establecer unha relación terapéutica co paciente/familia.
2. Controlar a capacidade de resistencia do coidador.
3. Informar o paciente/familia acerca dos fondos estatais dispoñibles para os coidados intermitentes.
4. Coordinar o voluntariado para os servizos na casa, se procede.
5. Seguir a rutina habitual de coidados.
6. Proporcionar coidados, como exercicios, deambulación e hixiene, se se require.
7. Determinar a forma de contacto co coidador habitual.
8. Manter un ambiente caseiro normal.
9. Realizar un informe ao coidador habitual ao regreso.

Diminución da ansiedade 5820

Definición: minimizar a aprehensión, temor, presaxios relacionados cunha fonte non identificada de perigo por adiantado.

Actividades:

1. Establecer claramente as expectativas do comportamento do paciente.
2. Tratar de comprender a perspectiva do paciente sobre unha situación estresante.
3. Proporcionar información obxectiva respecto do diagnóstico, tratamento e prognóstico.
4. Proporcionar obxectos que simbolicen seguridade.
5. Escoitar con atención.
6. Reforzar o comportamento, se procede.
7. Crear un ambiente que facilite a confianza.
8. Animar a manifestación de sentimentos, percepcións e medos.
9. Controlar os estímulos, se procede, das necesidades do paciente.
10. Apoiar o uso de mecanismos de defensa adecuados.
11. Determinar a capacidade de toma de decisións do paciente.
12. Instruír o paciente sobre o uso de técnicas de relaxación.
13. Observar se hai signos verbais e non verbais de ansiedade.

Ensino: individual 5606

Definición: planificación, posta en práctica e avaliación dun programa de ensino deseñado para tratar as necesidades particulares do paciente.

Actividades:

1. Establecer compenetración.
2. Establecer a credibilidade do educador.
3. Determinar as necesidades de ensino do paciente.
4. Valorar o nivel actual de coñecementos e de comprensión de contidos do paciente.
5. Valorar o nivel educativo do paciente.
6. Valorar as capacidades/incapacidades cognoscitivas, psicomotoras e afectivas.
7. Determinar a capacidade do paciente para asimilar información específica (nivel de desenvolvemento, estado fisiolóxico, orientación, dor, fatiga, necesidades básicas non cumpridas, estado emocional e adaptación á enfermidade).
8. Determinar a motivación do paciente para asimilar información específica (crenzas sobre a saúde, incumprimentos pasados, malas experiencias con coidados/aprendizaxe de saúde e metas conflitivas).
9. Potenciar a dispoñibilidade do paciente para aprender, se procede.
10. Establecer metas de aprendizaxe mutuas e realistas co paciente.
11. Identificar os obxectivos de ensino necesarios para conseguir as metas.
12. Determinar a secuencia de presentación da información.
13. Seleccionar os materiais educativos adecuados.
14. Axustar o contido de acordo coas capacidades/incapacidades cognoscitivas, psicomotoras e afectivas do paciente.
15. Axustar a instrución para facilitar a aprendizaxe, segundo proceda.
16. Proporcionar un ambiente que conduza á aprendizaxe.
17. Instruír o paciente, cando corresponda.
18. Avaliar a consecución dos obxectivos establecidos por parte do paciente.
19. Reforzar a conduta, se se considera oportuno.
20. Corrixir as malas interpretacións da información, se procede.
21. Darlle tempo ao paciente para que faga preguntas e discuta as súas inquietudes.
22. Seleccionar novos métodos/estratexias de ensino, se os anteriores fosen ineficaces.
23. Remitir o paciente a outros especialistas/centros para conseguir os obxectivos de ensino, se é preciso.
24. Rexistrar o contido presentado, os materiais escritos proporcionados e a comprensión do paciente da información ou as condutas do paciente que indiquen aprendizaxe no rexistro médico permanente.
25. Incluír a familia/ser querido, se é posible.

Ensino: sexo seguro 5622

Definición: proporcionar instrucións acerca de medidas de protección durante a relación sexual.

Actividades:

1. Subliñar a importancia de coñecer o historial sexual do compañeiro, se resulta oportuno.
2. Instruír o paciente nas prácticas sexuais de baixo risco, como as que evitan a penetración corporal ou o intercambio de fluídos corporais.
3. Instruír o paciente sobre a importancia dunha boa hixiene, lubricación e eliminación de ouriños despois da relación, para diminuír a susceptibilidade as infeccións.
4. Fomentar o uso de preservativos, se procede.
5. Ensinarlle ao paciente a elixir preservativos e a mantelos intactos, se procede.
6. Instruír o paciente sobre a colocación e a extracción correcta dos preservativos, se procede.
7. Discutir co paciente as formas de convencer o compañeiro para que use preservativos.
8. Instruír o paciente en produtos espermicidas que poidan atallar as enfermidades de transmisión sexual, se procede.
9. Proporcionarlle ao paciente produtos espermicidas e preservativos.
10. Animar o paciente con alto risco de padecer enfermidades de transmisión sexual a pasar exames regulares.
11. Planificar clases de educación sexual para grupos de pacientes, se procede.

Escoita activa 4920

Definición: grande atención e determinación da importancia das mensaxes verbais e non verbais do paciente.

Actividades:

1. Establecer o propósito da interacción.
2. Mostrar interese no paciente.
3. Favorecer a expresión de sentimentos.
4. Centrarse completamente na interacción eliminando prexuízos, presuncións, preocupacións persoais e outras distraccións.
5. Mostrar conciencia e sensibilidade ás emocións.
6. Estar atento á propia actitude física na comunicación de mensaxes non verbais.
7. Escoitar por se hai mensaxes e sentimentos non expresados, así como prestarlle atención á conversación.
8. Estar atento ás palabras que se evitan, así como ás mensaxes non verbais que acompañan as palabras expresadas.
9. Estar atento ao ton, tempo, volume, ton e inflexión da voz.
10. Identificar os temas predominantes.
11. Determinar o significado das mensaxes reflexionando sobre as actitudes, experiencias pasadas e a situación actual.
12. Calcular unha resposta, de forma que reflicta a comprensión da mensaxe recibida.
13. Aclarar a mensaxe mediante o uso de preguntas e retroalimentación.
14. Verificar a comprensión da mensaxe.
15. Recorrer a unha serie de interaccións para descubrir o significado do comportamento.
16. Evitar barreiras á escoita activa (minimizar sentimentos, ofrecer solucións sinxelas, interromper, falar dun mesmo e rematar de xeito prematuro).
17. Utilizar o silencio/escoita para animar a expresar sentimentos, pensamentos e preocupacións.

Fomentar a implicación familiar 7110

Definición: facilitar a participación da familia no coidado emocional e físico do paciente.

Actividades:

1. Establecer unha relación persoal co paciente e cos membros da familia que estarán implicados no coidado.
2. Identificar a capacidade dos membros da familia para implicarse no coidado do paciente.
3. Determinar os recursos físicos, emocionais e educativos do coidador principal.
4. Identificar os déficits de autocoidados do paciente.
5. Identificar a disposición dos membros da familia para implicarse co paciente.
6. Identificar as expectativas dos membros da familia respecto do paciente.
7. Animar os membros da familia e do paciente a axudar a desenvolver un plan de coidados, incluíndo resultados esperados e a implantación do plan de coidados.
8. Animar os membros da familia e o paciente a ser asertivos nas súas relacións cos profesionais sanitarios.
9. Observar a estrutura familiar e os seus roles.
10. Observar a implicación dos membros da familia no coidado do paciente.
11. Proporcionarlles información crucial aos membros da familia sobre o paciente, de acordo cos desexos deste último.
12. Facilitarlles a comprensión de aspectos médicos do estado do paciente aos membros da familia.
13. Identificar a percepción por parte dos membros da familia da situación e dos sucesos desencadeantes, sentimentos do paciente e condutas do paciente.
14. Identificar outros factores relacionado co estrés sobre a situación para os membros da familia.
15. Recoñecer os síntomas físicos relacionados co estrés dos membros da familia (choro, náuseas, vómitos e estado de distracción).
16. Determinar o nivel de dependencia respecto da familia que ten o paciente, se procede pola idade ou a enfermidade.
17. Animar a familia a que se centre en calquera aspecto positivo da situación do paciente.
18. Recoñecer e respectar os mecanismos para enfrontarse cos problemas utilizados pola familia.
19. Identificar as dificultades de afrontamento do paciente xunto cos membros da familia.
20. Identificar as capacidades e habilidades do paciente xunto cos membros da familia.
21. Informar os membros da familia dos factores que poden mellorar o estado do paciente.
22. Animar os membros da familia a manter relacións familiares, segundo cada caso.
23. Comentar as opcións existentes segundo o tipo de coidados necesarios na casa, como vida en grupo, coidados de residencia e coidados intermitentes, se procede.
24. Facilitar o control familiar dos aspectos médicos da enfermidade por parte dos membros da familia.

Fomento do exercicio 0200

Definición: facilitar regularmente a realización de exercicios físicos, co fin de manter ou mellorar o estado físico e o nivel de saúde.

Actividades:

1. Valorar as ideas do individuo sobre o efecto do exercicio físico na saúde.
2. Determinar a motivación do individuo para empezar/continuar co programa de exercicios.
3. Explorar as barreiras para o exercicio.
4. Fomentar a manifestación oral de sentimentos acerca dos exercicios ou da súa necesidade.
5. Animar o individuo a empezar ou a continuar co exercicio.
6. Axudar a identificar un modelo positivo para o mantemento do programa de exercicios.
7. Axudarlle ao individuo a desenvolver un programa de exercicios adecuado ás súas necesidades.
8. Axudarlle ao individuo a establecer as metas a curto e longo prazo do programa de exercicios.
9. Axudarlle ao individuo a integrar o programa de exercicios na súa rutina semanal.
10. Realizar os exercicios coa persoa, se procede.
11. Incluír a familia/coidadores do paciente na planificación e mantemento do programa de exercicios.
12. Informar o individuo acerca dos beneficios para a saúde e os efectos psicolóxicos do exercicio.
13. Instruír o individuo acerca do tipo de exercicio adecuado para o seu nivel de saúde, en colaboración co médico e/ou o fisioterapeuta.
14. Instruír o individuo acerca da frecuencia, duración e intensidade desexadas dos exercicios do programa.
15. Controlar o cumprimento do individuo do programa/actividade de exercicios.
16. Axudarlle ao individuo a preparar e rexistrar nun gráfico/folla os progresos para motivar a adhesión ao programa de exercicios.
17. Instruír o individuo acerca das condicións que xustifiquen o cesamento ou a alteración do programa de exercicios.
18. Instruír o individuo nos exercicios de prequentamento e relaxación adecuados.
19. Preparar o individuo en técnicas para evitar lesións durante o exercicio.
20. Ensinarlle ao individuo técnicas de respiración axeitadas para maximizar a absorción de osíxeno durante o exercicio físico.
21. Reforzar o programa para potenciar a motivación do paciente (p. ex.: estimación do aumento da resistencia; pesaxes semanais).
22. Controlar a resposta do individuo ao programa de exercicios.
23. Proporcionar unha resposta positiva aos esforzos do individuo.

Manexo ambiental 6480

Definición: manipulación do ámbito do paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interese sensorial e benestar psicolóxico.

Actividades:

1. Crear un ambiente seguro para o paciente.
2. Identificar as necesidades de seguridade do paciente, segundo a función física, cognoscitiva e o historial de conduta.
3. Eliminar os factores de perigo do ambiente (alfombras ou mantas frouxas e mobles pequenos, móbiles).
4. Retirar do contorno os obxectos que sexan perigosos.
5. Dispoñer medidas de seguridade mediante varandas laterais ou o acolchamento de varandas, se procede.
6. Dispoñer dispositivos de adaptación (banco de escaleira ou varandas), se procede.
7. Colocar os mobles no cuarto dun xeito que se acomode mellor ás minusvalías do paciente ou da familia.
8. Colocar os obxectos de uso frecuente ao alcance do paciente.
9. Eliminar os materiais utilizados durante o cambio de apósitos e a eliminación, así como calquera olor residual antes das visitas e das comidas.
10. Diminuír os estímulos ambientais, se procede.
11. Evitar as exposicións innecesarias, correntes, exceso de calefacción ou frío.
12. Axustar unha temperatura ambiental adaptada ás necesidades do paciente, en caso de que se altere a temperatura corporal.
13. Controlar ou evitar ruídos indesexables ou excesivos, cando sexa posible.
14. Proporcionar música.
15. Proporcionar auriculares para escoitar música en privado cando esta poida molestar outras persoas.
16. Controlar a iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.
17. Proporcionarlle á familia/ser querido información sobre a composición dun ambiente caseiro seguro para o paciente.

Manexo ambiental: seguridade 6486

Definición: vixiar e actuar sobre o ambiente físico para fomentar a seguridade.

Actividades:

1. Identificar as necesidades de seguridade, segundo a función física, cognitiva e o historial de conduta do paciente.
2. Identificar os riscos respecto da seguridade no ambiente (físico, biolóxico e químico).
3. Eliminar os factores de perigo do ambiente, cando sexa posible.
4. Modificar o ambiente para minimizar os perigos e riscos.
5. Dispoñer dispositivos de adaptación (banqueta de escaleira ou varandas) para aumentar a seguridade do ambiente.
6. Utilizar dispositivos de protección (restrición física, portas pechadas, valos e portóns) para limitar fisicamente a mobilidade ou acceder a situacións perigosas.
7. Proporcionarlle ao paciente números telefónicos de urxencias (centro de saúde, urxencias sanitarias 061, emerxencias 112, policía, centro nacional de toxicoloxía,...).
8. Observar se se producen cambios no estado de seguridade do ambiente.
9. Axudarlle ao paciente a construír un ambiente máis seguro (remitirse á "Asistencia no mantemento do fogar" → Clasificación de Intervencións de Enfermería).

Manexo da eliminación urinaria 0590

Definición: mantemento dun esquema de eliminación urinaria óptimo.

Actividades:

1. Controlar periodicamente a eliminación urinaria, incluíndo a frecuencia, consistencia, olor, volume e cor, se procede.
2. Observar se hai signos e síntomas de retención urinaria.
3. Identificar factores que contribúan a episodios de incontinencia.
4. Ensinarlle ao paciente/familia a rexistrar a produción urinaria, se procede.
5. Remitirlle ao médico se se producen signos e síntomas de infección do tracto urinario.
6. Ensinarlle ao paciente a obter mostras de ouriños a metade da micción ao primeiro signo e síntoma de infección.
7. Ensinar a responder inmediatamente á urxencia de mexar, se procede.
8. Ensinarlle ao paciente a beber un cuarto de litro de líquido coas comidas, entre as comidas e o anoitecer.
9. Axudarlle ao paciente co desenvolvemento da rutina de ir ao aseo, se procede.
10. Restrinxir os líquidos, se procede.
11. Ensinarlle ao paciente a observar os signos e os síntomas de infección do tracto urinario.

Manexo da enerxía 0180

Definición: regulación do uso de enerxía para tratar ou evitar a fatiga e mellorar as funcións.

Actividades:

1. Determinar as limitacións físicas do paciente.
2. Determinar a percepción da causa de fatiga por parte do paciente/ser querido.
3. Favorecer a expresión verbal dos sentimentos acerca das limitacións.
4. Determinar a causa de fatiga (tratamentos, dor e medicamentos).
5. Determinar que e canta actividade se necesita para reconstruír a resistencia física.
6. Controlar a inxestión nutricional para asegurar recursos enerxéticos adecuados.
7. Consultar co dietista a forma de aumentar a inxestión de alimentos enerxéticos.
8. Observar o paciente por se aparecen indicios de exceso de fatiga física e emocional.
9. Vixiar a resposta cardiorrespiratoria á actividade (taquicardia, outras disritmias, dispnea, diaforese, palidez, presións hemodinámicas e frecuencia respiratoria).
10. Observar/rexistrar o esquema e número de horas de sono do paciente.
11. Observar a localización e a natureza da molestia ou dor durante o movemento/actividade.
12. Diminuír as molestias físicas que poidan interferir coa función cognoscitiva e o autocontrol/regulación da actividade.
13. Establecer límites á hiperactividade cando interfira con outras persoas ou co paciente.
14. Limitar os estímulos ambientais (luz e ruídos) para facilitar a relaxación.
15. Limitar a cantidade de visitas e as interrupcións por parte destas, se procede.
16. Favorecer o repouso/limitación de actividades (aumentar o número de períodos de descanso).
17. Facilitar a alternancia de períodos de repouso e actividade.
18. Establecer actividades físicas que reduzan a competencia de achega de osíxeno ás funcións corporais vitais (evitar a actividade inmediatamente despois das comidas).
19. Utilizar exercicios de movementos articulares activos para aliviar a tensión muscular.
20. Facilitar actividades de recreo que induzan calma para favorecer a relaxación.
21. Fomentar as sestas, se resulta apropiado.
22. Axudarlle ao paciente a programar períodos de descanso.
23. Evitar realizar actividades de coidados durante os períodos de descanso programados.
24. Planificar as actividades para os períodos nos que o paciente ten máis enerxía.
25. Axudarlle ao paciente a sentar no bordo da cama, se non pode moverse ou camiñar.
26. Axudar nas actividades físicas normais (deambulación, traslados, xiros e coidado persoal), se resulta necesario.
27. Favorecer a actividade física (deambulación, traslados, xiros e coidado persoal), se resulta necesario.
28. Controlar a administración e o efecto dos estimulantes ou sedantes.
29. Favorecer a actividade física (deambulación ou realización de actividades da vida diaria, coherente cos recursos enerxéticos do paciente).
30. Controlar a resposta de osíxeno do paciente (frecuencia cardíaca, ritmo cardíaco e frecuencia respiratoria) aos autocoidados ou actividades de coidados por parte doutros.
31. Ensinarlles ao paciente e aos seres queridos aquelas técnicas de autocoidados que minimicen o consumo de osíxeno (técnicas de automonitorización e por pasos na realización das actividades diarias).
32. Instruír o paciente/ser querido a recoñecer os signos e síntomas de fatiga que requiran unha diminución da actividade.

33. Instruír o paciente/ser querido a notificar dos coidados sanitarios proporcionados se os signos e síntomas persistisen.
34. Axudarlle ao paciente a comprender os principios de conservación de enerxía (requisitos para a restrición de actividade ou repouso en cama).
35. Axudarlle ao paciente a identificar as tarefas que poden ser realizadas polos familiares e amigos na casa para evitar ou aliviar a fatiga.
36. Ensinar técnicas de organización de actividades e xestión do tempo para evitar a fatiga.
37. Axudarlle ao paciente a priorizar as actividades para acomodar os niveis de enerxía.
38. Axudarlle ao paciente/ser querido a establecer metas realistas de actividades.
39. Axudarlle ao paciente a identificar as preferencias de actividades.
40. Axudarlle ao paciente a elixir actividades que reconstrúan a resistencia de forma gradual.
41. Axudarlle ao paciente a limitar o sono diúrno proporcionando actividades que fomenten estar esperto de forma plena, se procede.
42. Avaliar o aumento programado dos niveis de actividades.
43. Axudarlle ao paciente a automonitorizarse desenvolvendo e utilizando un rexistro de inxestión calorífica e de gasto de enerxía, se procede.

Manexo da nutrición 1100

Definición: axudar ou proporcionar unha dieta equilibrada de sólidos e líquidos.

Actividades:

1. Preguntarlle ao paciente se ten alerxia a algún alimento.
2. Determinar as preferencias de comidas do paciente.
3. Determinar —en colaboración co dietista, se procede— o número de calorías e o tipo de nutrientes necesarios para satisfacer as esixencias de alimentación.
4. Fomentar a inxestión de calorías axeitadas ao tipo corporal e ao estilo de vida.
5. Favorecer a inxestión de alimentos ricos en ferro, se procede.
6. Fomentar o aumento de inxestión de proteínas, ferro e vitamina C, se é o caso.
7. Ofrecer refrixerios (bebidas e froita fresca/zumes de froita) cando sexa preciso.
8. Dar comidas lixeiras, en puré e brandas, se procede.
9. Proporcionar un substituto do azucre, cando resulte oportuno.
10. Asegurarse de que a dieta inclúe alimentos ricos en fibra para evitar o estrinximento.
11. Ofrecer herbas e especias como alternativas ao sal.
12. Proporcionarlle ao paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías e proteínas e bebidas que poidan consumirse doadamente, se procede.
13. Realizar unha selección de comidas.
14. Axustar a dieta ao estilo de vida do paciente, segundo cada caso.
15. Ensinarlle ao paciente a levar un diario de comidas, se é necesario.
16. Comprobar a inxestión rexistrada para ver o contido nutricional e calorífico.
17. Pesar o paciente a intervalos adecuados.
18. Animar o paciente a que utilice dentaduras de axuste correcto e/ou a que obteña coidados dentais.
19. Proporcionar información adecuada acerca das necesidades nutricionais e o modo de satisfacelas.
20. Fomentar técnicas seguras de preparación e preservación de alimentos.
21. Determinar a capacidade do paciente para satisfacer as necesidades nutricionais.
22. Axudarlle ao paciente a recibir asistencia dos programas nutricionais comunitarios apropiados, se é preciso.

Manexo das vías aéreas 3140

Definición: asegurar a permeabilidade da vía aérea.

Actividades:

1. Colocar o paciente na posición que permita que o potencial de ventilación sexa o máximo posible.
2. Realizar fisioterapia torácica se está indicado.
3. Eliminar as secrecións fomentando a tose.
4. Fomentar unha respiración lenta e profunda, xiros e tose.
5. Ensinar a tusir de xeito efectivo.
6. Auscultar sons respiratorios, observando as áreas de diminución ou ausencia de ventilación e a presenza de sons adventicios.
7. Administrar broncodilatadores, se procede.
8. Ensinarlle ao paciente a utilizar inhaladores prescritos, se é o caso.
9. Administrar tratamentos con aerosol, se é o caso.
10. Administrar tratamentos con nebulizador ultrasónico, se procede.
11. Administrar aire ou osíxeno humidificados, se procede.
12. Regular a inxestión de líquidos para optimizar o equilibrio de líquidos.
13. Colocar o paciente en posición tal que se alivie a dispnea.
14. Vixiar o estado respiratorio e de osixenación, se procede.

Manexo de presións 3500

Definición: minimizar a presión sobre as partes corporais.

Actividades:

1. Vestir o paciente con prendas non axustadas.
2. Colocar o paciente sobre un colchón/cama terapéutica.
3. Colocar a zona sobre unha almofada de escuma de poliuretano, se procede.
4. Absterse de aplicar presión á parte corporal afectada.
5. Administrar friccións na costas/colo, se está indicado.
6. Elevar a extremidade lesionada.
7. Xirar o paciente inmobilizado polo menos cada dúas horas, de acordo co programa específico.
8. Facilitar pequenos cambios do peso corporal.
9. Observar se hai zonas de arrubiamento ou solución de continuidade da pel.
10. Comprobar a mobilidade e a actividade do paciente.
11. Utilizar unha ferramenta de valoración de risco establecida para vixiar os factores de risco do paciente (escala de Braden).
12. Utilizar os dispositivos adecuados para manter os talóns e prominencias óseas libres de presións continuas.
13. Aplicar protectores de talóns, se o precisa o caso.
14. Vixiar o estado nutricional do paciente.
15. Observar se hai fontes de cizallamento.

Manexo da dor 1400

Definición: alivio ou diminución da dor a un nivel de tolerancia que sexa aceptable para o paciente.

Actividades:

1. Realizar unha valoración exhaustiva da dor que inclúe a localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidade, intensidade ou severidade da dor e factores desencadeantes.
2. Observar claves non verbais de molestias, especialmente naqueles que non poden comunicarse eficazmente.
3. Asegurarse de que o paciente reciba os coidados analxésicos correspondentes.
4. Utilizar estratexias de comunicación terapéuticas para recoñecer a experiencia da dor e mostrar a aceptación da resposta do paciente á dor.
5. Explorar o coñecemento e as crenzas do paciente sobre a dor.
6. Considerar as influencias culturais sobre a resposta á dor.
7. Determinar o impacto da experiencia da dor sobre a calidade de vida (sono, apetito, actividade, función cognoscitiva, humor, relacións, traballo e responsabilidade de roles).
8. Explorar co paciente os factores que alivian/empeoran a dor.
9. Avaliar as experiencias pasadas coa dor que inclúan o historial individual e familiar de dores crónicas ou que leven consigo minusvalidez, se é o caso.
10. Avaliar, co paciente e co equipo de coidados, a eficacia das medidas pasadas de control da dor que se utilizaran.
11. Axudarlle ao paciente e á familia a obter e proporcionar apoio.
12. Utilizar un método de valoración adecuado que permita o seguimento dos cambios na dor e que axude a identificar os factores desencadeantes reais e potenciais (folla de informe, levar un diario).
13. Determinar a frecuencia necesaria para a realización dunha valoración da comodidade do paciente e poñer en práctica un plan de seguimento.
14. Proporcionar información acerca da dor, tal como causas da dor, o tempo que durará e as incomodidades que se esperan debido aos procedementos.
15. Controlar os factores ambientais que poidan influír na resposta do paciente ás molestias (temperatura do cuarto, iluminación e ruídos).
16. Diminuír ou eliminar os factores que precipiten ou aumenten a experiencia da dor (medo, fatiga, monotonía e falta de coñecementos).
17. Considerar a dispoñibilidade do paciente a participar, capacidade de participar, preferencias, apoio do método por parte dos seres queridos e contraindicacións ao seleccionar unha estratexia de alivio da dor.
18. Seleccionar e desenvolver aquelas medidas (farmacolóxica, non farmacolóxica e interpersoal) que faciliten o alivio da dor, se procede.
19. Ensinar os principios de control da dor.
20. Considerar o tipo e a fonte da dor ao seleccionar unha estratexia de alivio desta.
21. Animar o paciente a vixiar a súa propia dor e a intervir en consecuencia.
22. Ensinar o uso de técnicas non farmacolóxicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica, transcutánea, hipnose, relaxación, capacidade de imaxinación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de xogos, terapia de actividade, acupresión, aplicación de calor/frío e masaxes) antes, despois e, se fose posible, durante as actividades dolorosas;

antes de que se produza a dor ou de que aumente e xunto coas outras medidas de alivio da dor.
23. Explorar o uso actual do paciente de métodos farmacolóxicos de alivio da dor.
24. Ensinar métodos farmacolóxicos de alivio da dor.
25. Animar o paciente a utilizar medicación para a dor axeitada.
26. Colaborar co paciente, seres queridos e demais coidadores para seleccionar e desenvolver as medidas non farmacolóxicas de alivio da dor, se procede.
27. Proporcionarlle á persoa un alivio da dor óptima mediante analxésicos prescritos.
28. Poñer en práctica o uso da analxesia controlada polo paciente, se se considera oportuno.
29. Utilizar medidas de control da dor antes de que a dor sexa severa.
30. Medicar antes dunha actividade para aumentar a participación, aínda que valorando o perigo da sedación.
31. Asegurar as estratexias de analxesia de pretratamento e/ou non farmacolóxica antes dos procedementos dolorosos.
32. Verificar o nivel de molestia co paciente, anotar os cambios no rexistro médico e informar os outros coidadores que traballen co paciente.
33. Avaliar a eficacia das medidas de alivio da dor, a través dunha valoración continua da experiencia dolorosa.
34. Instaurar e modificar as medidas de control da dor en función da resposta do paciente.
35. Fomentar períodos de descanso/sono adecuados que faciliten o alivio da dor.
36. Alentar o paciente a que discuta a experiencia dolorosa, se é o caso.
37. Notificarlle ao médico se as medidas non teñen éxito ou se a queixa actual constitúe un cambio significativo nas experiencias pasadas da dor do paciente.
38. Informar a outros coidadores/membros da familia sobre as estratexias non farmacolóxicas utilizadas polo paciente para fomentar actitudes preventivas no manexo da dor.
39. Utilizar un enfoque multidisciplinar para o manexo da dor, cando corresponda.
40. Considerar a posibilidade de remitir o paciente, familia e seres queridos a grupos de apoio e outros recursos existentes, se procede.
41. Proporcionar unha información veraz para alentar o coñecemento e a resposta da familia á experiencia da dor.
42. Integrar a familia na modalidade de alivio da dor, se fose posible.
43. Monitorizar o grao de satisfacción do paciente co control da dor a intervalos especificados.

Manexo do estrinximento/impactación 0450

Definición: prevención e alivio do estrinximento/impactación.

Actividades:

1. Vixiar a aparición de signos e síntomas de estrinximento.
2. Vixiar a aparición de signos e síntomas de impactación.
3. Comprobar movementos intestinais, incluíndo frecuencia, consistencia, forma, volume e cor, se procede.
4. Vixiar a existencia de sons intestinais.
5. Identificar os factores (medicamentos, repouso na cama e dieta) que poden ser causa do estrinximento ou que contribúan a este.
6. Fomentar o aumento da inxestión de líquidos, a menos que estea contraindicado.
7. Avaliar a medicación para ver se hai efectos gastrointestinais secundarios.
8. Ensinarlle ao paciente/familia que rexistre a cor, volume, frecuencia e consistencia das deposicións.
9. Ensinarlle ao paciente/familia a manter un diario de comidas.
10. Instruír o paciente/familia acerca da dieta rica en fibra, se procede.
11. Instruír o paciente/familia sobre o uso correcto de laxantes.
12. Instruír o paciente/familia sobre a relación entre dieta, exercicio e a inxestión de líquidos para o estrinximento/impactación.
13. Consultar co médico se persisten os signos e síntomas do estrinximento/impactación.
14. Administrar laxantes ou lavativas, se procede.
15. Informar o paciente acerca do procedemento de extracción manual de feces, se fose necesario.
16. Extraer a impactación fecal manualmente, se fose necesario.
17. Administrar a lavativa ou a irrigación, cando proceda.
18. Ensinarlle ao paciente/familia os procesos dixestivos normais.
19. Ensinarlle ao paciente/familia o tempo de resolución do estrinximento.

Manexo intestinal 0430

Definición: establecemento e mantemento dunha evacuación intestinal de esquema regular.

Actividades:

1. Tomar nota da data do último movemento intestinal.
2. Controlar os movementos intestinais, incluíndo a frecuencia, consistencia, forma, volume e cor, se procede.
3. Observar se hai sons intestinais.
4. Informar acerca de calquera aumento de frecuencia e/ou sons intestinais agudos.
5. Informar se hai diminución de sons intestinais.
6. Observar se hai signos e síntomas de diarrea, estrinximento e impactación.
7. Avaliar a incontinencia fecal, se é o caso.
8. Tomar nota de problemas intestinais, rutina intestinal e uso de laxantes con anterioridade.
9. Ensinarlle ao paciente as comidas específicas que axudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal.
10. Instruír o paciente/membros da familia a rexistrar a cor, volume, frecuencia e consistencia das feces.
11. Administrar supositorios de glicerina, se é necesario.
12. Poñer en marcha un programa de adestramento intestinal, se resulta oportuno.
13. Diminuír a inxestión de alimentos que formen gases, se procede.
14. Instruír o paciente sobre os alimentos de alto contido en fibras.
15. Administrar líquidos quentes despois das comidas, se está indicado.
16. Avaliar o perfil da medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinais.

Mellorar a comunicación: déficit auditivo 4974

Definición: axuda na aceptación e aprendizaxe dos métodos alternativos para vivir cunha diminución da capacidade auditiva.

Actividades:

1. Facilitar o uso de dispositivos que melloren a audición, se procede.
2. Manter o dispositivo de audición limpo.
3. Comprobar as pilas do dispositivo de audición de forma rutineira.
4. Dar ordes sinxelas, unha a unha.
5. Escoitar atentamente.
6. Achegarse ao oído menos afectado.
7. Mirar directamente o paciente, falar devagar, claro e conciso.
8. Utilizar palabras simples e frases curtas, se procede.
9. Aumentar o volume da voz, se procede.
10. Non cubrir a boca, fumar, falar coa boca chea ou mastigar goma de mascar ao falar.
11. Chamar a atención do paciente mediante o contacto físico.
12. Utilizar papel, lapis ou comunicación por ordenador, cando sexa necesario.

Mellorar a comunicación verbal: déficit da fala 4976

Definición: axuda na aceptación e aprendizaxe dos métodos alternativos para vivir con trastornos da fala.

Actividades:

1. Solicitar a axuda da familia na comprensión da linguaxe do paciente, se procede.
2. Permitir que o paciente escoite linguaxe falada con frecuencia, se é preciso.
3. Dispoñer guías/recordatorios verbais.
4. Dar unha orde simple cada vez, se é o caso.
5. Escoitar con atención.
6. Utilizar palabras simples e frases curtas, se procede.
7. Absterse de lle berrar ao paciente con trastornos de comunicación.
8. Absterse de baixar a voz ao final dunha frase.
9. Estar de pé diante do paciente ao falar.
10. Utilizar cartóns con debuxos, se é preciso.
11. Utilizar xestos coas mans.
12. Realizar terapias de linguaxe-fala prescritas durante os contactos informais co paciente.
13. Instruír o paciente e a familia sobre dispositivos de axuda da fala (próteses traqueoesofáxicas e larinxes artificiais).
14. Animar o paciente a que repita as palabras.
15. Proporcionar un reforzo e unha valoración positiva, se procede.
16. Seguir as conversacións nun sentido, segundo corresponda.
17. Reforzar a necesidade de seguimento dun foniatra despois da alta.
18. Utilizar un intérprete, se fose necesario.

Mellorar o sono 1850

Definición: facilitar ciclos regulares de sono/vixilia.

Actividades:

1. Determinar o esquema de sono/vixilia do paciente.
2. Incluír o ciclo regular de sono/vixilia do paciente na planificación de coidados.
3. Determinar os efectos que ten a medicación do paciente no esquema de sono.
4. Axustar o ambiente (luz, ruído, temperatura, colchón e cama) para favorecer o sono.
5. Animar o paciente a que estableza unha rutina á hora de ir para a cama, para facilitar a transición do estado de vixilia ao de sono.
6. Controlar a inxestión de alimentación e bebida á hora de ir para a cama para determinar os produtos que faciliten ou entorpezan o sono.
7. Ensinarlle ao paciente a controlar as pautas de sono.
8. Axudarlle ao paciente a evitar á hora de ir á cama os alimentos e bebidas que interfiran no sono.
9. Axudarlle ao paciente a limitar o sono durante o día dispoñendo unha actividade que favoreza a vixilia, se procede.
10. Ensinarlle ao paciente a realizar unha relaxación muscular autoxénica ou outras formas non farmacolóxicas de indución do sono.
11. Dispoñer/levar a cabo medidas agradables: masaxes, colocación e contacto afectuoso.
12. Fomentar o aumento das horas de sono, se fose necesario.
13. Dispoñer sestas durante o día, se se indica, para cumprir coas necesidades de sono.
14. Identificar os medicamentos que o paciente está tomando para o sono.
15. Regular os estímulos do ambiente para manter os ciclos día-noite normais.
16. Comentar co paciente e a familia técnicas para favorecer o sono.
17. Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras do sono.

Modificación da conduta 4360

Definición: promoción dun cambio de conduta.

Actividades:

1. Determinar a motivación ao cambio do paciente.
2. Axudarlle ao paciente a identificar a súa fortaleza e a reforzala.
3. Fomentar a substitución de hábitos indesexables por hábitos desexables.
4. Ofrecer un reforzo positivo ás decisións do paciente que foron tomadas independentemente.
5. Animar o paciente a que examine a súa propia conduta.
6. Axudarlle ao paciente a identificar os máis pequenos éxitos producidos.
7. Identificar a conduta que ha de cambiarse (conduta obxectiva) en termos específicos concretos.
8. Utilizar períodos de tempo específicos ao medir as unidades de conduta (p. ex.: número de cigarros fumados ao día).
9. Establecer obxectivos de conduta de forma escrita.
10. Establecer un suceso guía da conduta antes de iniciar o cambio.
11. Desenvolver un método (un gráfico ou diagrama) para rexistrar a conduta e os seus cambios.
12. Animar o paciente a participar no rexistro de condutas.
13. Discutir o proceso de modificación da conduta co paciente/ser querido.
14. Facilitar a implicación doutros coidadores sanitarios no proceso de modificación, se procede.
15. Facilitar a implicación familiar no proceso de modificación, se procede.
16. Animar o paciente a participar na selección de reforzos.
17. Elixir reforzos que teñan sentido para o paciente.
18. Considerar os reforzos dados polos coidadores (atención, tempo de conversación e lectura ofrecidas ao paciente).
19. Rexistrar o proceso de modificación, se é necesario.
20. Comunicarlle o plan de intervención e as modificacións ao equipo de tratamento regularmente.
21. Realizar un seguimento de reforzo a longo prazo (contacto telefónico ou persoal).

Potenciación da autoestima 5400

Definición: axudarlle a un paciente a que aumente o xuízo persoal da súa propia valía.

Actividades:

1. Observar as frases do paciente sobre a súa propia valía.
2. Determinar a posición de control do paciente.
3. Determinar a confianza do paciente nos seus propios xuízos.
4. Animar o paciente a identificar as súas virtudes.
5. Fomentar o contacto visual ao comunicarse con outras persoas.
6. Reafirmar as virtudes persoais que identifique o paciente.
7. Proporcionar experiencias que aumenten a autonomía do paciente, se procede.
8. Axudarlle ao paciente a identificar as respostas positivas dos demais.
9. Absterse de realizar críticas negativas e de queixarse.
10. Absterse de burlarse.
11. Mostrar confianza na capacidade do paciente para controlar unha situación.
12. Axudar a establecer obxectivos realistas para conseguir unha autoestima máis alta.
13. Axudarlle ao paciente a aceptar a dependencia doutros, se procede.
14. Axudarlle ao paciente a reexaminar as percepcións negativas que ten de si mesmo.
15. Fomentar o aumento de responsabilidade de si mesmo, se procede.
16. Explorar as consecucións con éxito anteriores.
17. Explorar as razóns da autocrítica ou culpa.
18. Animar o paciente a avaliar a súa propia conduta.
19. Animar o paciente a que acepte novos desafíos.
20. Recompensar ou gabar o progreso do paciente na consecución de obxectivos.
21. Facilitar un ambiente e actividades que aumenten a autoestima.
22. Axudarlle ao paciente a identificar a importancia da súa cultura, relixión, raza, xénero e idade na autoestima e os niveis de autoestima no tempo.
23. Comprobar a frecuencia das manifestacións negativas sobre si mesmo.
24. Observar a falta de seguimento na consecución de obxectivos.
25. Observar os niveis de autoestima, se procede.
26. Realizar afirmacións positivas sobre o paciente.

Potenciación da socialización 5100

Definición: facilitar a capacidade dunha persoa para interactuar con outros.

Actividades:

1. Fomentar a implicación en relacións potenciadas xa establecidas.
2. Animar o paciente a desenvolver relacións.
3. Fomentar as relacións con persoas que teñan intereses e obxectivos comúns.
4. Fomentar as actividades sociais e comunitarias.
5. Fomentar compartir problemas comúns cos demais.
6. Fomentar a sinceridade ao presentarse aos demais.
7. Fomentar a implicación en intereses totalmente novos.
8. Fomentar o respecto dos dereitos dos demais.
9. Responder á mellora do coidado do aspecto persoal e demais actividades.
10. Axudarlle ao paciente a que aumente a consciencia das súas virtudes e as súas limitacións na comunicación cos demais.
11. Proporcionar modelos de rol que expresen a ira de forma axeitada.
12. Solicitar e esperar comunicacións verbais.
13. Responder de forma positiva cando o paciente estableza o contacto cos demais.
14. Explorar os puntos fortes e débiles do círculo actual de relacións.

Precaucións para evitar a aspiración 3200

Definición: prevención ou diminución ao mínimo dos factores de risco no paciente con risco de aspiración.

Actividades:

1. Vixiar o nivel de consciencia, reflexos de tose, reflexos de gases e capacidade deglutiva.
2. Controlar o estado pulmonar.
3. Colocación vertical a 90º ou o máis incorporado posible.
4. Manter o equipo de aspiración dispoñible.
5. Alimentación en pequenas cantidades.
6. Comprobar a colocación da sonda nasogástrica ou de gastrostomía antes da alimentación.
7. Comprobar os residuos nasogástricos ou de gastrostomía antes da alimentación.
8. Evitar a alimentación, se os residuos son abundantes.
9. Evitar líquidos e utilizar axentes espesantes.
10. Ofrecer alimentos e líquidos que poidan formar un bolo antes da deglutición.
11. Cortar os alimentos en porcións pequenas.
12. Romper ou esmiuzar as pílulas antes da súa administración.
13. Manter o cabeceiro da cama elevado durante 30 a 45 minutos despois da alimentación.
14. Suxerir a consulta con foniatría ou logopedia, se procede.

Prevención de caídas 6490

Definición: establecer precaucións especiais en pacientes con alto risco de lesións por caídas.

Actividades:

1. Identificar déficits cognoscitivos ou físicos do paciente que poidan aumentar a posibilidade de caídas nun ambiente dado.
2. Identificar condutas e factores que afectan o risco de caídas.
3. Revisar a historia de caídas co paciente e a familia.
4. Identificar as características do ambiente que poidan aumentar as posibilidades de caídas (chans escorregadizos e escaleiras sen varandas).
5. Controlar a marcha, o equilibrio e o cansazo na deambulación.
6. Pedirlle ao paciente a súa percepción de equilibrio, segundo proceda.
7. Compartir co paciente observacións sobre o paso e o movemento.
8. Suxerir cambios no paso do paciente.
9. Axudarlle ao paciente a adaptarse ás modificacións suxeridas do xeito de camiñar.
10. Axudar á deambulación da persoa inestable.
11. Proporcionar dispositivos de axuda (bastón ou barra de apoio para camiñar) para conseguir unha deambulación estable.
12. Animar o paciente a utilizar un bastón ou un andador, se procede.
13. Ensinarlle ao paciente a utilizar un bastón ou un andador, se procede.
14. Manter os dispositivos de axuda en bo estado de uso.
15. Bloquear as rodas das cadeiras, camas ou outros dispositivos na transferencia do paciente.
16. Colocar os obxectos ao alcance do paciente sen que teña que facer esforzos.
17. Instruír o paciente para que pida axuda ao moverse, se o precisa.
18. Observar a habilidade para pasar da cama á cadeira, e viceversa.
19. Utilizar a técnica adecuada para colocar e levantar o paciente da cadeira de rodas, cama, baño, etc.
20. Dispoñer un asento de baño elevado para que a transferencia sexa máis sinxela.
21. Dispoñer cadeiras de altura axeitada, con respaldo e apoiabrazos para un traslado máis sinxelo.
22. Utilizar varandas laterais de lonxitude e altura axeitadas para evitar caídas da cama, se é necesario.
23. Dispoñer que o asento da cadeira sexa envolvente para limitar a mobilidade, se procede.
24. Colocar unha cuña de escuma no asento da cadeira para evitar que o paciente se erga, se procede.
25. Proporcionarlle ao paciente dependente medios de solicitude de axuda (timbre ou luz de chamada) cando o coidador estea ausente.
26. Retirar os mobles baixos (bancos e mesas) que supoñan un risco de tropezóns.
27. Evitar a presenza de obxectos desordenados na superficie do chan.
28. Dispoñer unha iluminación axeitada para aumentar a visibilidade.
29. Dispoñer luz nocturna na mesa de noite.
30. Dispoñer varandas e apoiamáns visibles.
31. Colocar portas nos accesos que conduzan a escaleiras.
32. Dispoñer superficies de chan antiesvarantes, anticaídas.
33. Dispoñer unha superficie antiesvarante na bañeira ou na ducha.

34. Dispoñer banquetas para camiñar firmes e antiesvarantes (andadores) para facilitar o movemento ao alcanzar obxectos.
35. Dispoñer mobles firmes que non caian se se utilizan como apoio.
36. Orientar o paciente sobre a orde física do cuarto.
37. Asegurar que o paciente leve zapatos que se axusten correctamente, firmemente atados e con solas antiesvarantes.
38. Instruír o paciente para que leve os lentes prescritos, se procede, ao saír da cama.
39. Educar os membros da familia sobre os factores de risco que contribúen ás caídas e como diminuír os devanditos riscos.
40. Suxerir adaptacións no fogar para aumentar a seguridade.
41. Instruír a familia sobre a importancia dos pasamáns en escaleiras, baños e corredores.
42. Axudar a familia a identificar os perigos do fogar e a modificalos.
43. Suxerir calzado seguro.
44. Desenvolver maneiras para que o paciente participe de forma segura en actividades de ocio.
45. Colaborar con outros membros do equipo de coidados sanitarios para minimizar os efectos secundarios dos medicamentos que contribúen á posibilidade de caídas (hipotensión ortostática e andar inestable).

Prevención de úlceras por presión 3540

Definición: prevención da formación de úlceras por presión nun individuo con alto risco de desenvolvelas.

Actividades:

1. Utilizar unha ferramenta de valoración de risco establecida para valorar os factores de risco do individuo (escala de Braden).
2. Utilizar métodos de medición da temperatura corporal para determinar o risco de úlceras de presión, segundo protocolo do centro.
3. Animar o individuo a non fumar e a evitar a inxestión de alcohol.
4. Documentar calquera incidencia anterior de formación de úlceras por presión.
5. Documentar o peso e os cambios de peso.
6. Vixiar estreitamente calquera zona arrubiada.
7. Eliminar a humidade excesiva na pel causada pola transpiración, a drenaxe de feridas e a incontinencia fecal ou urinaria.
8. Aplicar barreiras de protección, como cremas ou compresas absorbentes, para eliminar o exceso de humidade, se procede.
9. Dar a volta continuamente cada 1-2 horas, se procede.
10. Dar a volta con coidado (p. ex.: evitar golpes) para evitar lesións nunha pel fráxil.
11. Colocar o programa de xiros ao pé de cama, se procede.
12. Inspeccionar a pel das prominencias óseas e demais puntos de presión ao cambiar de posición, polo menos unha vez ao día.
13. Evitar dar masaxes nos puntos de presión arrubiada.
14. Colocar o paciente en posición, axudándose con almofadas para elevar os puntos de presión enriba do colchón.
15. Manter a roupa de cama limpa e seca e sen engurras.
16. Facer a cama con dobras para os dedos dos pés.
17. Utilizar camas e colchóns especiais, se procede.
18. Utilizar mecanismos na cama (badana) para protexer o individuo.
19. Evitar mecanismos de tipo flotador para a zona sacra.
20. Humedecer a pel seca, intacta.
21. Evitar a auga quente e utilizar unha xabón suave para o baño.
22. Vixiar as fontes de presión e de fricción.
23. Aplicar protectores para os cóbados e os talóns, se procede.
24. Controlar a mobilidade e a actividade do individuo.
25. Asegurar unha nutrición axeitada; especialmente proteínas, vitaminas B e C, ferro e calorías por medio de suplementos, se é preciso.
26. Axudarlle ao individuo a manter un peso saudable.
27. Ensinarlles aos membros da familia/coidador a vixiar se hai signos de rotura da pel, se procede.

Terapia de deglutición 1860

Definición: facilitar a deglutición e previr as complicacións dunha deglutición defectuosa.

Actividades:

1. Determinar a capacidade do paciente para centrar a súa atención na aprendizaxe/realización das tarefas de inxestión e deglutición.
2. Retirar os factores de distracción do ambiente antes de traballar co paciente na deglutición.
3. Dispoñer intimidade para o paciente, segundo se desexe ou se indique.
4. Colocarse de tal forma que o paciente poida ver e escoitar o coidador.
5. Explicarlle o fundamento do réxime de deglutición ao paciente/familia.
6. Colaborar co foniatra para lle ensinar á familia do paciente o réxime de exercicios de deglutición.
7. Evitar o uso de pallas para beber.
8. Axudarlle ao paciente a sentar nunha posición erecta (o máis preto posible dos 90º) para a alimentación/exercicio.
9. Axudarlle ao paciente a colocar a cabeza flexionada cara a diante, en preparación para a deglutición (queixo metido).
10. Proporcionarlle un chupachús ao paciente para que succione e así fomentar a fortaleza da lingua, se non existe contraindicación.
11. Axudar a manter unha posición sentada durante 30 minutos despois de rematar de comer.
12. Ensinarlle ao paciente que abra e peche a boca, en preparación para a manipulación da comida.
13. Ensinarlle ao paciente a non falar mentres come, se procede.
14. Axudarlle ao paciente a colocar a comida na parte posterior da boca e no lado non afectado.
15. Observar se hai signos e/ou síntomas de aspiración.
16. Vixiar os movementos da lingua do paciente mentres come.
17. Observar o selado dos labios ao comer, beber e tragar.
18. Observar se hai signos de fatiga ao comer, beber e tragar.
19. Proporcionar un período de descanso antes de comer/facer exercicio para evitar unha fatiga excesiva.
20. Ensinarlle á familia/coidador a cambiar de posición, alimentar e vixiar o paciente.
21. Ensinarlle á familia/coidador as necesidades nutricionais, en colaboración co dietista e as modificacións dietéticas.
22. Ensinarlle á familia/coidador as medidas de emerxencia para os afogos.
23. Ensinarlle á familia/coidador a comprobar se quedaron restos de comida despois de comer.
24. Proporcionar instrucións escritas, se procede.
25. Proporcionar/vixiar a consistencia da comida/líquido baseándose nos descubrimentos do estudo a deglutición.
26. Axudar a manter a inxestión calorífica e de líquidos axeitada.
27. Controlar o peso corporal.
28. Vixiar a hidratación corporal (inxestión, saída, turxencia da pel e membranas mucosas).
29. Proporcionar coidados bucais, se é necesario.

Terapia de exercicios: ambulación 0221

Definición: estímulo e asistencia na deambulación para manter ou restablecer as funcións corporais autónomas e voluntarias durante o tratamento e recuperación dunha enfermidade ou lesión.

Actividades:

1. Vestir o paciente con roupa cómoda.
2. Aconsellar que use un calzado que facilite a deambulación e evite lesións.
3. Animar o paciente a sentar na cama, nun lado da cama ou nunha cadeira, segundo tolerancia.
4. Axudarlle ao paciente a sentar nun lado da cama para facilitar os axustes posturais.
5. Consultar co fisioterapeuta acerca do plan de deambulación, se é preciso.
6. Instruír acerca da dispoñibilidade de dispositivos de axuda, se corresponde.
7. Ensinarlle ao paciente a colocarse na posición correcta durante o proceso de traslado.
8. Axudarlle ao paciente no traslado, cando sexa necesario.
9. Colocar tarxetas con instrucións na cabeceira da cama para facilitar a aprendizaxe acerca dos traslados.
10. Aplicar/proporcionar un dispositivo de axuda (bastón, muletas ou cadeira de rodas, etc.) para deambulación se o paciente non camiña ben.
11. Axudarlle ao paciente coa deambulación inicial, se é necesario.
12. Insistirlle ao paciente/coidador acerca das técnicas de traslado e deambulación seguras.
13. Vixiar a utilización por parte do paciente de muletas ou outros dispositivos de axuda ao andar.
14. Axudarlle ao paciente a establecer aumentos de distancias realistas coa deambulación.
15. Fomentar unha deambulación independente dentro dos límites da seguridade.
16. Animar o paciente a que estea levantado pola súa propia vontade, se procede.

Terapia de exercicios: mobilidade articular 0224

Definición: realizar movementos corporais activos ou pasivos para manter ou restablecer a flexibilidade articular.

Actividades:

1. Determinar as limitacións do movemento articular e actuar sobre a función.
2. Colaborar con fisioterapia no desenvolvemento e execución dun programa de exercicios.
3. Determinar o nivel de motivación do paciente para manter ou restablecer o movemento articular.
4. Explicarlle ao paciente/familia o obxectivo e o plan de exercicio das articulacións
5. Determinar a localización e a natureza da molestia ou dor durante o movemento/ actividade.
6. Poñer en marcha medidas de control da dor antes de comezar o exercicio das articulacións.
7. Vestir o paciente con roupa cómoda.
8. Protexer o paciente de traumas durante o exercicio.
9. Axudarlle ao paciente a colocarse na posición óptima para o movemento articular pasivo/ activo.
10. Fomentar a realización de exercicios de arco de movemento de acordo cun programa regular, planificado.
11. Ensinarlle ao paciente/familia a realizar de forma sistemática os exercicios de arco de movemento pasivos ou activos.
12. Fomentar sentar na cama, nun lado da cama ou nunha cadeira, segundo tolerancia.
13. Fomentar a deambulación, se resulta oportuno.
14. Dar un apoio positivo ao realizar os exercicios das articulacións.

Vestir 1630

Definición: elixir, poñer e quitarlle as roupas a unha persoa que non pode realizar tal actividade en por si.

Actividades:

1. Identificar as áreas nas que o paciente necesita axuda para se vestir.
2. Observar a capacidade do paciente para vestirse.
3. Vestir o paciente despois de completar a hixiene persoal.
4. Fomentar a súa participación na elección da vestimenta.
5. Fomentar o uso de mecanismos para o autocoidado, se procede.
6. Vestir a extremidade afectada primeiro, se procede.
7. Vestir o paciente con roupas que non lle aperten.
8. Cambiar a roupa do paciente ao deitarse.
9. Elixir os zapatos/zapatillas que faciliten un camiñar ou deambulación seguros.
10. Proporcionar asistencia ata que o paciente sexa totalmente capaz de responsabilizarse e de vestirse por si mesmo.

Vixilancia 6650

Definición: recompilación, interpretación e síntese obxectiva e continuada dos datos do paciente para a toma de decisións clínicas.

Actividades:

1. Determinar o risco da saúde do paciente, se procede.
2. Obter información sobre a conduta e as rutinas normais.
3. Preguntarlle ao paciente pola percepción do seu estado de saúde.
4. Seleccionar os índices adecuados do paciente para a vixilancia continuada, en función da condición do paciente.
5. Establecer a frecuencia de recollida e interpretación dos datos, segundo o indique o estado do paciente.
6. Interpretar o resultado das probas de diagnóstico, se procede.
7. Retirar e interpretar os datos de laboratorio; poñerse en contacto co médico, se procede.
8. Explicarlle o resultado das probas diagnósticas ao paciente e á familia.
9. Observar a capacidade do paciente para realizar as actividades de autocoidado.
10. Comprobar o estado neurolóxico.
11. Vixiar esquemas de comportamento.
12. Controlar o estado emocional.
13. Vixiar signos vitais, se procede.
14. Comprobar o nivel de comodidade e tomar as accións correspondentes.
15. Observar estratexias de resolución de problemas utilizadas polo paciente e a familia.
16. Controlar os cambios no esquema de sono.
17. Valorar periodicamente o estado da pel nos pacientes de alto risco.
18. Observar se hai signos e síntomas de desequilibrio de líquidos e electrólitos.
19. Observar se hai infección, se procede.
20. Comprobar o estado nutricional, se procede.
21. Comprobar a función gastrointestinal, se procede.
22. Vixiar o patrón de eliminación, se procede.
23. Observar se hai tendencias hemorráxicas nos pacientes de alto risco.
24. Comparar o estado actual co estado previo para detectar as mellorías e deterioracións na condición do paciente.
25. Consultar co médico cando os datos do paciente indiquen unha necesidade de cambio de terapia médica.
26. Establecer o tratamento adecuado, de acordo co protocolo do centro.
27. Establecer a prioridade de acción, en función do estado do paciente.
28. Analizar as ordes médicas xunto co estado do paciente para garantir a súa seguridade.
29. Consultar co coidador correspondente para iniciar un novo tratamento ou cambiar os tratamentos existentes.

Vixilancia da pel 3590

Definición: recollida e análise de datos do paciente, co propósito de manter a integridade da pel e das membranas mucosas.

Actividades:

1. Inspeccionar a súa cor, calor, pulsos, textura e se hai inflamación, edema e ulceracións nas extremidades.
2. Observar se hai arrubiamento, calor extrema ou drenaxe da pel e membranas mucosas.
3. Observar se hai arrubiamento e perda de integridade da pel.
4. Observar se hai fontes de presión ou fricción.
5. Observar se hai infeccións, especialmente nas zonas edematosas.
6. Observar se hai zonas de descoloración e mazaduras na pel e nas membranas mucosas.
7. Observar se hai erupcións e abrasións na pel.
8. Observar se hai excesiva sequidade ou humidade na pel.
9. Observar se a roupa queda axustada.
10. Vixiar a cor da pel.
11. Comprobar a temperatura da pel.
12. Tomar nota dos cambios na pel e membranas mucosas.
13. Instaurar medidas para evitar maior deterioración, se é necesario.
14. Instruír o membro da familia/coidador acerca dos signos de perda de integridade da pel, se procede.

Vixilancia: seguridade 6654

Definición: reunión obxectiva e continuada e análise da información acerca do paciente e do ambiente, para utilizala na promoción e no mantemento da seguridade.

Actividades:

1. Observar se hai alteracións da función física ou cognitiva do paciente que poidan conducir a unha conduta insegura.
2. Vixiar o ambiente para ver se hai perigo potencial para a seguridade.
3. Determinar o grao de vixilancia requirido polo paciente, en función do nivel de funcionamento e dos perigos presentes no ambiente.
4. Proporcionar o nivel adecuado de supervisión/vixilancia para vixiar o paciente e permitir as accións terapéuticas, se é necesario.
5. Comunicarlles a información acerca do risco do paciente aos outros membros do persoal de coidados.

ANEXO 2. Escalas de valoración

Escala de Braden 124
Índice de Barthel, modificado 126
Escala de Lawton e Brody 127
Test cognitivo de Pfeiffer 128
Mini-exame cognoscitivo de Lobo 129
Test do informador (TIN) curto 130
Escala de dor EVA 131
Escala de Goldberg 132
Test de Yesavage 133
Escala de sobrecarga do coidador de Zarit 134
Escala Gijón de valoración socio-familiar no ancián 135

ESCALA DE BRADEN PARA A PREDICIÓN DO RISCO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidade para reaccionar ante unha molestia relacionada coa presión.	**1. Completamente limitada** Ao ter diminuído o nivel de conciencia ou estar sentado, o paciente non reacciona ante estímulos dolorosos (queixándose, estremecéndose ou agarrándose) ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do seu corpo.	**2. Moi limitada** Reacciona só ante estímulos dolorosos. Non pode comunicar o seu malestar, agás mediante laios ou axitación ou presenta un déficit sensorial que limita a capacidade de percibir dor ou molestias en máis da metade do corpo.	**3. Lixeiramente limitada** Reacciona ante ordes verbais, pero non sempre pode comunicar as súas molestias ou a necesidade de que o cambien de posición ou presenta algunha dificultade sensorial que limita a súa capacidade para sentir dor ou malestar en, polo menos, unha das extremidades.	**4. Sen limitacións** Responde a ordes verbais. Non presenta déficit sensorial que poida limitar a súa capacidade de expresar ou sentir dor ou malestar.
EXPOSICIÓN Á HUMIDADE Nivel de exposición da pel á humidade.	**1. Constantemente húmida** A pel atópase constantemente exposta á humidade por: sudoración, ouriños, etc. Detéctase humidade cada vez que se move ou xira o paciente.	**2. A miúdo húmida** A pel está a miúdo, pero non sempre, húmida. A roupa de cama hase de cambiar, polo menos, unha vez en cada quenda.	**3. Ocasionalmente húmida** A pel está ocasionalmente húmida e require un cambio suplementario de roupa de cama aproximadamente unha vez ao día.	**4. Raramente húmida** A pel está xeralmente seca. A roupa de cama cámbiase de acordo cos intervalos fixados para os cambios de rutina.
ACTIVIDADE Nivel de actividade física.	**1. Encamado/a** Paciente constantemente encamado.	**2. En cadeira** Paciente que non pode andar ou con deambulación moi limitada. Non pode soster o seu propio peso e/ou necesita axuda para pasar a unha cadeira ou a unha cadeira de rodas.	**3. Deambula ocasionalmente** Deambula ocasionalmente, con ou sen axuda, durante o día pero para distancias moi curtas. Pasa a maior parte das horas diúrnas na cama ou nunha cadeira.	**4. Deambula frecuentemente** Deambula fóra do cuarto polo menos dúas veces ao día e dentro do cuarto, polo menos dúas horas durante as horas de paseo.
MOBILIDADE Capacidade para cambiar e controlar a posición do corpo.	**1. Completamente inmóbil** Sen axuda non pode realizar ningún cambio da posición do corpo ou dalgunha extremidade.	**2. Moi limitada** Ocasionalmente, efectúa lixeiros cambios na posición do corpo ou das extremidades por si só/a.	**3. Lixeiramente limitada** Efectúa con frecuencia lixeiros cambios na posición do corpo ou das extremidades por si só/a.	**4. Sen limitacións** Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sen axuda.

NUTRICIÓN Patrón usual de inxestión de alimentos	**1. Moi pobre** Nunca inxire unha comida completa. Raramente toma máis dun terzo de calquera alimento que se lle ofreza. Diariamente come dous servizos ou menos con achega proteica (carne ou produtos lácteos). Bebe poucos líquidos. Non toma suplementos dietéticos líquidos ou está en xaxún e/ou en dieta líquida ou soros máis de cinco días.	**2. Probablemente inadecuada** Raramente come comida completa e xeralmente come só a metade dos alimentos que se lle ofrecen. A inxestión proteica inclúe só tres servizos de carne ou produtos lácteos por día. Ocasionalmente, toma un suplemento dietético ou recibe menos que a cantidade óptima dunha dieta líquida ou por sonda nasogástrica.	**3. Axeitada** Toma máis da metade da maioría de comidas. Come un total de catro servizos ao día de proteínas (carne ou produtos lácteos). Ocasionalmente, pode rexeitar unha comida pero tomará un suplemento dietético se se lle ofrece ou recibe nutrición por sonda nasogástrica ou por vía parenteral, cubrindo a maioría das súas necesidades nutricionais.	**4. Excelente** Inxire a maior parte de cada comida. Nunca rexeita unha comida. Habitualmente, come un total de 4 ou máis servizos de carne e/ ou produtos lácteos. Ocasionalmente, come entre horas. Non require de suplementos dietéticos.

ROZAMENTO E PERIGO DE LESIÓNS CUTÁNEAS	**1. Problema** Require de moderada a máxima asistencia para ser movido. É imposible levantalo/a completamente sen que se produza un esvaramento entre as sabas. Frecuentemente, escorrega cara a abaixo na cama ou nunha cadeira e require de frecuentes reposicionamentos con máxima axuda. A existencia de espasticidade, contracturas ou axitación producen un rozamento case constante.	**2. Problema potencial** Móvese moi debilmente ou require de mínima asistencia. Durante os movementos, a pel probablemente roza contra parte das sabas, cadeira, sistemas de suxeición ou outros obxectos. A maior parte do tempo mantén relativamente unha boa posición na cadeira ou na cama, aínda que en ocasións pode esvarar cara a abaixo.	**3. Non existe problema aparente** Móvese na cama e na cadeira con independencia e ten suficiente forza muscular para levantarse completamente cando se move. En todo momento mantén unha boa posición na cama ou na cadeira.

VALORACIÓN:

ALTO RISCO	Puntuación total ≤ **12**
RISCO MODERADO	Puntuación total **13 -14 puntos**
RISCO BAIXO	Puntuación total **15 -16** se menor de 75 anos ou de **15 -18** se maior ou igual a 75 anos

Índice de Barthel, modificación de Granger, con 15 actividades e 3 niveis de puntuación.

Índice de autocoidado		Independencia	Con axuda	Dependencia
1.	Beber dun vaso	4	0	0
2.	Comer	6	0	0
3.	Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4.	Vestirse de cintura para abaixo	7	4	0
5.	Colocarse prótese ou aparato ortopédico	0	-2	0
6.	Aseo persoal	5	0	0
7.	Lavarse ou bañarse	6	0	0
8.	Control ouriños	10	5	0
9.	Control feces	10	5	0
Índice de mobilidade				
10.	Sentar e erguerse da cadeira	15	7	0
11.	Sentar e erguerse do retrete	6	3	0
12.	Entrar e saír da ducha	1	0	0
13.	Andar 50 metros sen desnivel	15	10	0
14.	Subir e baixar un tramo de escaleiras	10	5	0
15.	Se non anda: move a cadeira de rodas	5	0	0

A versión de Granger considera dous índices diferentes como compoñentes do IB: o í***ndice de autocoidado***, cunha puntuación máxima de 53 puntos e o ***índice de mobilidade***, cun máximo de 47 puntos. A maior puntuación maior independencia. Ambas as dúas puntuacións suman 100 puntos e a súa interpretación é similar ao Barthel orixinal:

0-20: Dependencia total
21-60: Dependencia severa
61-90: Dependencia moderada
91-99: Dependencia escasa
100: Independencia

Por outra parte, tamén se intentou xerarquizar as actividades incluídas no IB segundo a frecuencia con que se observa independencia na súa realización. Segundo os resultados de Granger et al., a orde é a seguinte:

1. Comer
2. Aseo
3. Control de feces
4. Control de ouriños
5. Baño
6. Vestirse
7. Usar o retrete
8. Traslado cama/cadeira.
9. Desprazarse.
10. Subir/baixar escaleiras.

Comer é a actividade na que se observa independencia con máis frecuencia. Este é a orde observada nunha poboación concreta e pode presentar variacións noutros ámbitos.

VALORACIÓN DAS ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIARIA
ESCALA DE LAWTON E BRODY

Capacidade para usar o teléfono	• Utiliza o teléfono por iniciativa propia. Busca e marca números **(1)** • É capaz de marcar números ben coñecidos **(1)** • É capaz de contestar ao teléfono, pero non de marcar **(1)** • Non usa o teléfono en absoluto **(0)**
Ir de compras	• Realiza todas as compras necesarias de xeito independente **(1)** • Realiza independentemente pequenas compras **(0)** • Necesita acompañamento para realizar calquera compra **(0)** • É totalmente incapaz de ir comprar **(0)**
Preparación da comida (non entrevistar homes)	• Organiza, prepara e serve as comidas ela mesma axeitadamente **(1)** • É capaz de preparar axeitadamente as comidas, se se lle proporcionan ingredientes **(0)** • Quenta, serve e prepara comidas, pero non mantén unha dieta adecuada **(0)** • Necesita que lle preparen e lle sirvan a comida **(0)**
Coidado da casa (non entrevistar homes)	• É capaz de coidar a casa por si soa ou con axuda ocasional **(1)** • Realiza os labores domésticos lixeiros, como lavar os pratos ou facer as camas **(1)** • Realiza labores lixeiros, pero non pode manter un nivel de limpeza adecuado **(1)** • Necesita axuda en todos os labores da casa **(1)** • Non participa en ningún dos labores da casa **(0)**
Lavado da roupa (non entrevistar homes)	• É capaz de lavar ela soa toda a súa roupa (1) • Lava ela soa pequenas pezas de roupa, aclara calcetíns, etc**. (1)** • Todo o lavado da roupa debe realizalo outra persoa **(0)**
Uso de medios de transporte	• É capaz de viaxar só en transporte público ou de conducir o seu coche **(1)** • É capaz de coller un taxi, pero non utiliza ningún outro medio de transporte **(1)** • Pode viaxar en transporte público cando vai acompañado doutra persoa **(1)** • Ten capacidade para utilizar taxi ou automóbil, pero con axuda doutros **(0)** • Non viaxa en absoluto **(0)**
Responsabilidade sobre a medicación	• É capaz e responsable de tomar a súa medicación á hora adecuada e na dose • correcta **(1)** • Toma responsablemente a súa medicación, se se lle prepara con anticipación **(0)** • Non é capaz de responsabilizarse da súa medicación **(0)**
Manexo de asuntos económicos	• Manexa os asuntos financeiros con independencia. Recolle e recoñece os seus ingresos **(1)** • Manexa os gastos do día a día, pero necesita axuda para ir ao banco o manexar grandes gastos **(1)** • Incapaz de manexar o diñeiro **(0)**
Puntuación	**Mulleres:** 0-1 puntos: Dependencia total 2-3 puntos: Dependencia severa 4-5 puntos: Dependencia moderada 6-7 puntos: Dependencia lixeira 8 puntos: Autónoma **Homes:** 0 puntos: Dependencia total 1 puntos: Dependencia severa 2-3 puntos: Dependencia moderada 4 puntos: Dependencia lixeira 5 puntos: Autónomo

TEST COGNITIVO DE PFEIFFER

1. ¿Que día é hoxe? (día, mes e ano)
2. ¿Que día da semana é hoxe?
3. ¿Onde estamos agora?
4. ¿Cal é o seu número de teléfono? ¿Cal é o seu enderezo? (preguntar só se non ten teléfono)
5. ¿Cantos anos ten?
6. ¿Cal é a data do seu nacemento? (día, mes e ano)
7. ¿Quen é agora o presidente do goberno?
8. ¿Quen foi o anterior presidente do goberno?
9. ¿Cales son os dous apelidos da súa nai?
10. Vaia restando de 3 en 3 ao número 20 ata chegar a 0
Realizar todas as preguntas e anotar os erros, un por pregunta. **Restar un erro se o nivel cultural é baixo.** **Puntuación:** **0-2 erros:** Normal **3-4 erros:** Deterioración cognitiva leve **5-7 erros:** Deterioración cognitiva moderada **8-10 erros:** Deterioración cognitiva importante

MINI-EXAME COGNOSCITIVO DE LOBO

1. Orientación Dígame o: • Día • Data • Mes • Estación • Ano • Lugar • Planta • Cidade • Provincia • Nación	 1 1 1 1 1 1 1 1 1
2. Fixación • Agora, por favor, voulle pedir que repita estas 3 palabras: peseta-cabalo-mazá (repítaas ata que as aprenda e conte o número de intentos). Acórdese delas, porque llas preguntarei dentro dun anaco.	3
3. Concentración e cálculo • Se ten trinta pesetas e me vai dando de 3 en 3, ¿cantas lle van quedando? - Repita os números que lle vou dicir: 5-9-2 (ata que os aprenda e conte o número de intentos). • Agora repita os números cara a atrás, empezando polo último.	 5 3
4. Memoria • ¿Recorda as 3 palabras que lle dixen antes?	 3
5. Linguaxe e construción • Mostrar un bolígrafo, ¿que é isto? • Repetilo cun reloxo, ¿que é isto? • Repita esta frase: "nun trigal había cinco cans". - Unha mazá e unha pera son froitas, ¿verdade? Parécense en que son froitas. • ¿Que son (ou en que se parecen) o vermello e o verde? • ¿Que son (ou en que se parecen) un can e un gato? • Colla este papel coa man dereita, dóbreo pola metade e póñao enriba da mesa (1 punto por cada acción correcta). • Lea isto e faga o que di: peche os ollos. • Escriba unha frase (algo que teña sentido). • Copie este debuxo. 	 1 1 1 1 1 3 1 1 1
PUNTUACIÓN TOTAL	

Puntuación máxima 35. A partir de 23, indica deterioración cognitiva.

TEST DO INFORMADOR (TIN) CURTO

PARA CUBRIR UN FAMILIAR OU PERSOA PRÓXIMA

Recorde, por favor, como era o seu parente hai 10 anos e compare como está neste momento. Conteste se houbo algún cambio ao longo destes anos na capacidade do seu parente para cada un dos aspectos que lle preguntamos a continuación:

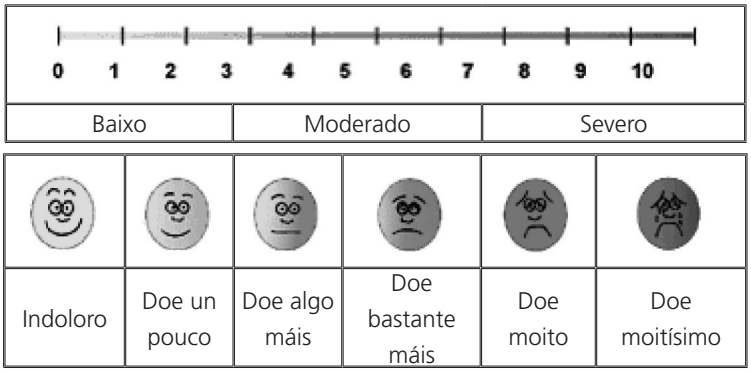
	Pregunta	Puntuación
1.	Capacidade para recordar os nomes das persoas máis achegadas (parentes, amigos).	
2.	Recordar cousas que sucederon recentemente, nos últimos 2 ou 3 meses (noticias, cousas propias ou dos seus familiares).	
3.	Recordar que se falou nunha conversación mantida uns días atrás.	
4.	Esquecer o que se dixo uns minutos antes, pararse na metade da frase e non saber o que ía dicir, repetir o que dixo hai un anaco.	
5.	Recordar a data na que vive.	
6.	Coñecer o lugar exacto dos armarios da súa casa e onde se gardan as cousas.	
7.	Saber onde se coloca unha cousa que se atopou descolocada.	
8.	Capacidade para aprender a facer funcionar un aparato novo (lavadora, tocadiscos, radio...).	
9.	Recordar as cousas que sucederon recentemente (en xeral).	
10.	Aprender cousas novas (en xeral).	
11.	Comprender o significado de palabras pouco usuais (do xornal, da televisión, conversacións).	
12.	Entender artigos dos xornais ou revistas nos que está interesado.	
13.	Seguir unha historia dun libro, da prensa, do cinema, da radio ou da televisión.	
14.	Tomar decisións en cuestións cotiás (que traxe poñer, que comida preparar) e en asuntos a máis longo prazo (onde ir de vacacións ou investir o diñeiro)	
15.	Manexar os asuntos financeiros (cobrar a pensión, pagar os impostos, tratar co banco).	
16.	Manexar outros problemas aritméticos cotiáns (tempo entre visitas dos familiares, canta comida comprar e preparar, especialmente se hai invitados).	
17.	¿Cre que a súa intelixencia (en xeral) cambiou durante os últimos 10 anos?	
Total:		

Criterios de puntuación:

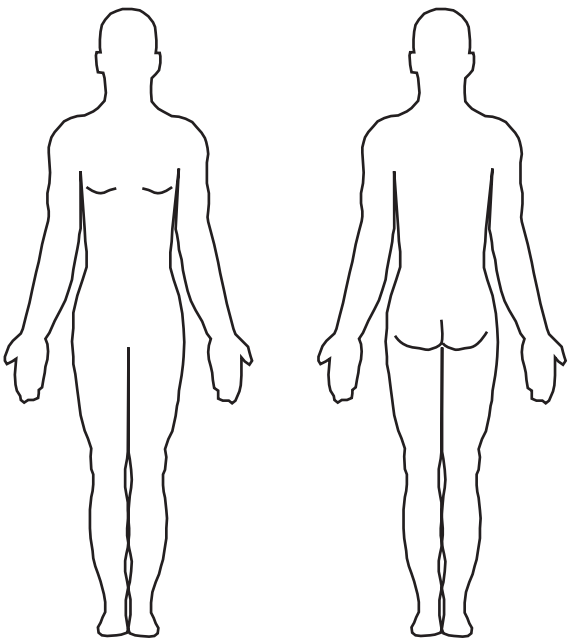
Mellorou moito 1
Mellorou un pouco 2
Case sen cambios 3
Empeorou un pouco 4
Empeorou moito 5

*** Puntuación total 85 puntos**
*** Probable deterioración cognitiva a partir de 57 puntos**

ESCALA DE DOR EVA (escala visual analóxica)



smith&nephew



Sombree as áreas onde sinta dor

CRIBADO ANSIEDADE DEPRESIÓN ESCALA DE GOLDBERG

A continuación, se non lle importa, gustaríame facerlle unhas preguntas para saber se tivo nas dúas últimas semanas algún dos seguintes síntomas.
Non se puntuarán os síntomas de duración inferior a dúas semanas ou que sexan de leve intensidade.

SUBESCALA DE ANSIEDADE

1. ¿Sentiuse moi excitado, nervioso ou en tensión?
2. ¿Estivo moi preocupado por algo?
3. ¿Sentiuse moi irritable?
4. ¿Tivo dificultade para relaxarse?

Se hai 2 ou máis respostas afirmativas, continuar preguntando:

5. ¿Durmiu mal, tivo dificultades para durmir?
6. ¿Tivo dores de cabeza ou caluga?
7. ¿Tivo algún dos seguintes síntomas: tremores, formigos, mareos, suores, diarrea? (síntomas vexetativos)
8. ¿Estivo preocupado pola súa saúde?
9. ¿Tivo algunha dificultade para conciliar o sono, para quedar durmido?

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Sentiuse con pouca enerxía?
2. ¿Perdeu vostede o seu interese polas cousas?
3. ¿Perdeu a confianza en si mesmo?
4. ¿Sentiuse vostede desesperanzado, sen esperanzas?

Se hai respostas afirmativas a calquera das preguntas anteriores, continuar preguntando

5. ¿Tivo dificultades para concentrarse?
6. ¿Perdeu peso? (a causa da súa falta de apetito)
7. ¿Estivo espertando demasiado cedo?
8. ¿Sentiuse vostede enlentecido?
9. ¿Cre vostede que tivo tendencia a atoparse peor polas mañás?

Cada unha das subescalas estrutúranse en catro ítems iniciais de despistaxe para determinar se é ou non probable que exista un trastorno mental e un segundo grupo de cinco ítems que se formulan só se se obteñen respostas positivas ás preguntas de despistaxe (dúas ou máis na subescala de ansiedade e unha ou máis na subescala de depresión).

Os puntos de corte son ≥ 4 para a escala de ansiedade e ≥ 2 para a de depresión. En poboación xeriátrica propúxose o seu uso como escala única, cun punto de corte≥ 6.

ESCALA DE DEPRESIÓN XERIÁTRICA
TEST DE YESAVAGE

Rodear cun círculo a resposta

1. ¿Está basicamente satisfeito coa súa vida?		SI	X	NON
2. ¿Deixou abandonadas moitas actividades e intereses?	X	SI		NON
3. ¿Sente que a súa vida está baleira?	X	SI		NON
4. ¿Séntese a miúdo aburrido?	X	SI		NON
5. ¿Está de bo talante a maior parte do tempo?		SI	X	NON
6. ¿Ten medo de que lle suceda algo malo?	X	SI		NON
7. ¿Séntese feliz a maior parte do tempo?		SI	X	NON
8. ¿Séntese a miúdo sen esperanza?	X	SI		NON
9. ¿Prefire quedar na casa máis que saír a facer cousas novas?	X	SI		NON
10. ¿Pensa que ten máis problemas de memoria que a maioría?	X	SI		NON
11. ¿Cre que é marabilloso estar vivo?		SI	X	NON
12. ¿Pensa que non vale para nada tal como está agora?	X	SI		NON
13. ¿Pensa que a súa situación é desesperada?	X	SI		NON
14. ¿Séntese cheo de enerxía?		SI	X	NON
15. ¿Cre que a maioría da xente está mellor ca vostede?	X	SI		NON

As respostas marcadas cunha X son as que se contabilizan como erróneas e, en función do número de respostas erróneas, a valoración sería (é dicir n.º de respostas marcadas cunha X e rodeadas cun círculo):

0 - 5	Normal
6 - 10	Depresión moderada
> 10	Depresión severa

ESCALA DE SOBRECARGA DO COIDADOR DE ZARIT

Instrucións: A continuación, preséntase unha lista de afirmacións nas cales se reflicte como se senten, ás veces, as persoas que coidan outra persoa. Despois de ler cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se se sente vostede así: nunca, raramente, algunhas veces, bastante a miúdo e case sempre. Á hora de responder, pense que non existen respostas acertadas ou equivocadas, senón tan só a súa experiencia.

0 = Nunca	1 = Raramente	2 = Algunhas veces	3 = Bastante a miudo	4 = Case sempre

1. ¿Pensa que o seu familiar lle pide máis axuda da que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Pensa que debido ao tempo que lle dedica ao seu familiar non ten suficiente tempo para vostede?	0	1	2	3	4
3. ¿Séntese sufocado por intentar compatibilizar o coidado do seu familiar con outras responsabilidades (traballo, familia)?	0	1	2	3	4
4. ¿Sente vergoña pola conduta do seu familiar?	0	1	2	3	4
5. ¿Séntese enfadado cando está preto do seu familiar?	0	1	2	3	4
6. ¿Pensa que coidar do seu familiar afecta negativamente a relación que vostede ten con outros membros da súa familia?	0	1	2	3	4
7. ¿Ten medo polo futuro do seu familiar?	0	1	2	3	4
8. ¿Pensa que o seu familiar depende de vostede?	0	1	2	3	4
9. ¿Séntese tenso cando está preto do seu familiar?	0	1	2	3	4
10. ¿Pensa que a súa saúde empeorou debido a que ten que coidar do seu familiar?	0	1	2	3	4
11. ¿Pensa que non ten tanta intimidade como lle gustaría debido a ter que coidar do seu familiar?	0	1	2	3	4
12. ¿Pensa que a súa vida social se viu afectada negativamente por ter que coidar o seu familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Séntese incómodo por distanciarse das súas amizades, debido a que ten que coidar do seu familiar?	0	1	2	3	4
14. ¿Pensa que o seu familiar o considera a vostede a única persoa que o pode coidar?	0	1	2	3	4
15. ¿Pensa que non ten suficientes ingresos económicos para os gastos de coidar o seu familiar, ademais dos seus outros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Pensa que non será capaz de coidar o seu familiar por moito máis tempo?	0	1	2	3	4
17. ¿Sente que perdeu o control da súa vida dende que comezou a enfermidade do seu familiar?	0	1	2	3	4
18. ¿Desexaría poder deixar o coidado do seu familiar a outra persoa?	0	1	2	3	4
19. ¿Séntese indeciso sobre que facer co seu familiar?	0	1	2	3	4
20. ¿Pensa que debería facer máis polo seu familiar?	0	1	2	3	4
21. ¿Pensa que podería coidar mellor o seu familiar?	0	1	2	3	4
22. Globalmente, ¿que grao de "carga" experimenta polo feito de coidar o seu familiar?	0	1	2	3	4

Puntuación:

<46 puntos	**Non sobrecarga**
46 a 56 puntos	**Sobrecarga leve**
>56 puntos	**Sobrecarga intensa**

ESCALA GIJÓN DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR NO ANCIÁN

Recolle cinco áreas de valoración: situación familiar, situación económica, vivenda, relacións sociais e apoio das redes sociais.

Puntuación:

De 5 a 9	Boa/aceptable situación social
De 10 a 14	Existe risco social
Máis de 15	Problema social

A- SITUACIÓN FAMILIAR:	
1. Vive con familia sen dependencia físico/psíquica.	
2. Vive con cónxuxe de similar idade.	
3. Vive con familia e/ou cónxuxe e presenta algún grao de dependencia.	
4. Vive só e ten fillos próximos.	
5. Vive só e carece de fillos ou viven afastados.	

B- SITUACIÓN ECONÓMICA[6]:	
1. Máis de 1,5 veces o salario mínimo.	
2. Dende 1,5 veces o salario mínimo ata o salario mínimo exclusive.	
3. Dende o salario mínimo a pensión mínima contributiva.	
4. LISMI – FAS - Pensión non contributiva.	
5. Sen ingresos ou inferiores ao apartado anterior.	

C- VIVENDA:	
1. Axeitada ás necesidades.	
2. Barreiras arquitectónicas na vivenda ou no portal da casa (chanzos, portas estreitas, baños...).	
3. Humidades, mala hixiene, equipamento inadecuado (baño incompleto, ausencia de auga quente, de calefacción).	
4. Ausencia de ascensor, teléfono.	
5. Vivenda inadecuada (choupanas, vivenda declarada en ruína, ausencia de equipamentos mínimos).	

D - RELACIÓNS SOCIAIS:	
1. Relacións sociais.	
2. Relación social só con familia e veciños.	
3. Relación social só con familia ou veciños.	
4. Non sae do domicilio, recibe visitas.	
5. Non sae e non recibe visitas.	

E- APOIOS DA REDE SOCIAL:	
1. Con apoio familiar ou veciñal.	
2. Voluntariado social, axuda domiciliaria.	
3. Non ten apoio.	
4. Pendente de ingreso en residencia xeriátrica.	
5. Ten coidados permanentes.	

TOTAL	

OBSERVACIÓNS:

DIAGNÓSTICO SOCIAL:

[6] O cálculo individual dos ingresos, no caso de matrimonios obterase da suma das pensións de ambos + 1/3 do SMI dividindo o resultado entre 2.

ANEXO 3. Valoración de enfermería ao paciente inmobilizado

SERGAS
Servizo Galego de Saúde

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AO PACIENTE INMOBILIZADO

Centro de saúde: ..... Data: .....

Nº historia:.....

Apelidos: ..... Nome:.....
Enderezo: ..... Teléfono: .....
Nome do coidador principal: ..... Relación: .....

1. PATRON PERCEPCIÓN-CONTROL OU MANEXO DA SAÚDE

Antecedentes persoais e hábitos tóxicos:

- Enfermidades que padece: .....
- Alerxias: SI ☐ NON ☐ Indicar:.....
- Hábitos tóxicos: tabaco: SI ☐ NON ☐ alcohol: SI ☐ NON ☐ outros: SI ☐ NON ☐ Indicar/cuantificar: .....
- Estado vacinal: correcto ☐ incorrecto ☐ Indicar: .....
- Ingresos hospitalarios: SI ☐ NON ☐ Indicar: .....
- Tratamentos ou coidados que segue: .....
- Automedicación: SI ☐ NON ☐ Indicar:.....

Preguntar e explorar sobre:

- Como se encontra actualmente:.....
- Actividades que realiza para coidar a súa saúde:.....
- Coñecementos que ten da súa enfermidade e dos coidados que precisa: .....
  .....
- Sufriu accidentes ou caídas recentemente: SI ☐ NON ☐ Indicar:.....
- Seguridade no domicilio : SI ☐ NON ☐ Indicar: .....

  (Comprobar: escaleiras, humidades, temperaturas extremas, iluminación, obstáculos (mobles, alfombras, xoguetes,...), baño, cociña e outros)
- Utiliza material ortopédico e/ou dispositivos de axuda (bastóns, gafas, audífonos, etc.): SI ☐ NON ☐

  Indicar: .....
- Como enfermeiro/a , ¿en que podo axudalo?:.....
- Comentarios: .....

2. PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Parámetros antropométricos: • Peso..... • Talle:..... • Índice de masa corporal (IMC): .....

Preguntar e explorar sobre:

- Ganancias ou perdas de peso recentes. SI ☐ NON ☐ • Tipo de nutrición: oral ☐ enteral { SNG ☐ catéter ☐ parenteral ☐
- Inxesta típica diaria de alimentos e líquidos .....
- Restricións ou dietas especiais: SI ☐ NON ☐ Indicar: ..... Suplementos: SI ☐ NON ☐ Indicar: .....
- Apetito: normal ☐ inapetente ☐ anorexia ☐ bulimia ☐ • Dentición (características e hixiene):.....
- Dificultade para mastigar: SI ☐ NON ☐ • Dificultade para tragar: SI ☐ NON ☐
- Problemas gastrointestinais: náuseas ☐ vómitos ☐ regurxitación ☐ pirose ☐ plenitude ☐ halitose ☐ outros ☐ Indicar:.....
- Estado da pel, mucosas e anexos: hidratación xeral..... coloración ..... temperatura ..... humidade ..... lesións .....
- Risco de UPP (valoración con escala de Braden): .....
- Comentarios: .....

3. PATRÓN ELIMINACIÓN

Preguntar e explorar sobre o patrón de eliminación urinaria:

• Frecuencia..... e características: cantidade..... olor..... cor.....

• Molestias ou dificultades:.....

• Incontinencia/perdas: SI ☐ NON ☐ • Retención: SI ☐ NON ☐

• Uso de sonda vesical: SI ☐ NON ☐ tipo: ..... número: ..... data próximo cambio: ...../...../.....

• Uso de urocolector: SI ☐ NON ☐ tipo: .....

• Uso de cueiro/empapador: SI ☐ NON ☐ tipo: .....

Preguntar e explorar sobre o patrón de eliminación intestinal:

• Frecuencia..... e características: cantidade..... olor ..... cor .....

• Molestias ou dificultades: hemorroides: ☐ fisuras: ☐ Outras: ☐ Indicar.....

• Incontinencia/perdas: SI ☐ NON ☐

• Uso de laxantes: SI ☐ NON ☐ enemas: SI ☐ NON ☐ Outros: SI ☐ NON ☐ Indicar:.....

• Colostomias e dispositivos recolectores: SI ☐ NON ☐ tipos:.....

• Uso de cueiro/empapador: SI ☐ NON ☐ tipo: .....

Preguntar e explorar sobre sudación excesiva, secrecións, menstruación, etc.:

• Problemas co olor: SI ☐ NON ☐ Indicar: .....

• Comentarios: .....

.....

4. PATRÓN ACTIVIDADE-EXERCICIO

Preguntar e explorar sobre:

• Actividades básicas da vida diaria (ABVD): comer, lavarse, vestirse, amañarse, deambular, uso do w.c., etc.

(utilizar Índice de Barthel): Independente: ☐ Dependente leve: ☐ Dependente moderado: ☐
Dependente severo: ☐ Dependente total: ☐

• Actividades instrumentais da vida diaria (AIVD): usar o teléfono, utilizar diñeiro, etc.

(utilizar Índice de Lawton e Brody): Autónomo: ☐ Dependente lixeiro: ☐ Dependente moderado: ☐
Dependente severo: ☐ Dependente total: ☐

• Capacidade cardio-respiratoria: Tensión arterial: ..... Frecuencia cardiaca: ..... Frecuencia respiratoria: .....

Hipotensión ortostática: SI ☐ NON ☐ Disnea: SI ☐ NON ☐ Cansazo: SI ☐ NON ☐ Edemas: SI ☐ NON ☐ Alteracións cardiovasculares: SI ☐ NON ☐

Oxixenoterapia: SI ☐ NON ☐ (horas/día: .....).

• Comentarios: .....

.....

5. PATRÓN SONO-DESCANSO

Preguntar e explorar sobre:

• Se se encontra descansado despois de durmir: SI ☐ NON ☐ • Se ten dificultade para conciliar o sono: SI ☐ NON ☐

• Esperta frecuentemente: SI ☐ NON ☐ • Se ten dificultade para volver durmir: SI ☐ NON ☐

• Signos e síntomas de sono insuficiente: nerviosismo ☐ ansiedade ☐ irritabilidade crecente ☐
letargo ☐ apatía ☐ bostezos ☐ cambios posturales ☐

• Factores que afectan o sono: Internos (tuse ☐ dor ☐) , Externos (luz ☐ frío ☐ calor ☐) outros: ☐ .....

• Se ten ritual para durmir SI ☐ NON ☐ • Se ten periodos de descanso-relax SI ☐ NON ☐

Se necesita axuda para durmir SI ☐ NON ☐ Se toma hipnóticos ou outros fármacos SI ☐ NON ☐

• Comentarios: .....

.....

6. PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO

Preguntar e explorar sobre aspectos cognitivos:

• Sabe ler: SI ☐ NON ☐ e escribir: SI ☐ NON ☐ Ten dificultade para a aprendizaxe: SI ☐ NON ☐

• Nivel de conciencia: orientado ☐ desorientado ☐ inconsciente ☐

• Alteracións do proceso do pensamento: .....

• Existencia de conflito de decisións: .....

Preguntar e explorar sobre aspectos sensoriais:

• Existen alteracións en: vista: SI ☐ NON ☐ oído: SI ☐ NON ☐ olfato: SI ☐ NON ☐ pel: SI ☐ NON ☐ sabor: SI ☐ NON ☐

• Ten corrixidas as alteracións sensoriais: .....

Preguntar e explorar sobre percepción da dor:

• Existencia de comunicación verbal de dor: ☐

• Existencia de comunicación non verbal de dor (expresión facial, axitación, posición de defensa, etc.): ☐

• Utilización de medidas de alivio (fármacos ou outros): ☐ Indicar: .....

• Comentarios: .....

.....

(Utilizar o Test de Pfeiffer, ou miniexame cognoscitivo de Lobo e o cribado de demencias: Test do informador).
(Utilizar a Escala de dor EVA).

7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Preguntar e explorar sobre:

• Autoavaliación positiva ou negativa: Como se describe a si mesmo ou como se sente: .....

• Cambios na forma de ser: .....

• Cambios nos seus sentimentos cara a si mesmo ou cara ao seu corpo: .....

• Que lle provoca enfados frecuentemente: .....

• Que lle fai sentir medo ou tremor: .....

• Que lle produce ansiedade: .....

• Que lle deprime: .....

• Que lle preocupa: .....

• Que lle fai sentir mellor ou lle axuda: .....

• Se perdeu a esperanza: .....

• Comentarios: .....

.....

(Utilizar o Test de Golberg ante a sospeita de ansiedade e o Test de Yesavage ante a sospeita de depresión).

8.PATRÓN ROL-RELACIÓNS

Preguntar e explorar sobre:

- Estrutura familiar e xenograma (vive só ou en familia): .....
- A súa relación cos membros da familia: .....
- Como se sente tratado pola familia: .....
- Depende, nalgún sentido, a familia do individuo: .....
- Problemas ou dificultade de relación cos convivintes: .....
- Resposta familiar ante a aparición de problemas: .....
- Como vive a familia a súa enfermidade: .....
- Quen é o responsable dos seus coidados: .....
- Como é a relación/trato co coidador: .....
- Se ten amigos próximos: .....
- Sentimentos de soidade: .....
- Participa en actividades de entretemento: .....
- Existen problemas económicos: .....
- Ten dificultade para expresar queixas ou pedir axuda: .....
- Comentarios: .....

.....

(Utilizar o Índice de Zarit para valorar a sobrecarga do coidador e a Escala de Risco Social para valoración socio-laboral se non hai apoio de traballo social).

9. PATRÓN SEXUALIDADE-REPRODUCIÓN

Á muller, preguntar e explorar sobre antecedentes xíneco-obstétricos:

- Menarquia: ..... Menopausa: ..... Alteracións do ciclo/fórmula menstrual: .....
- Problemas xinecolóxicos: ☐ Indicar ..... Data última revisión: ...../ ...../.....
- Embarazos: ..... Características: ..... Abortos: ..... Problemas obstétricos: .....

Ao home, preguntar e explorar sobre:

- Problemas no aparello uroxenital (prostatite, etc.): ☐ Indicar: .....
- Problemas erección/impotencia: ..... Indicar: .....

A ambos, preguntar e explorar sobre:

- Posibles cambios na súa sexualidade que desexen comentar: .....
- Satisfacción ou insatisfacción nas súas relacións sexuais: .....
- Percepción dalgún problema nas relacións sexuais: .....
- Utilización de medidas contraceptivas ou de sexo seguro: .....
- Comentarios: .....

.....

.....

10. PATRÓN ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AO ESTRÉS

Preguntar e explorar sobre:

• Cambios importantes na súa vida nos últimos anos e como reaccionou: .....

.....

• Cambios ou alteracións en: patróns de comunicación SI ☐ NON ☐, condutas de adaptación SI ☐ NON ☐, participación social: SI ☐ NON ☐

Indicar: .....

• Permanencia sempre no domicilio: SI ☐ NON ☐ Cambia de domicilio frecuentemente: SI ☐ NON ☐

Como lle afecta: .....

• As decisións tomaas só: ☐ Con axuda: ☐ Que cousas lle gustaría cambiar: .....

• Manifestacións de incapacidade para pedir axuda ou de afrontamento (abuso de medicamentos, alcohol, etc.): ☐

Indicar: .....

.....

• Que fai para relaxarse: .....

• A quen lle conta os problemas: .....

• Como enfermeiro/a, en que podo axudarlle: .....

• Comentarios: .....

.....

.....

11. PATRÓN VALORES-CRENZAS

Preguntar e explorar sobre:

• Valores e creenzas do individuo: .....

• A práctica dalgunha relixión. Identificación: .....

• Ten problemas para practicala: .....

• Existencia de conflitos internos: .....

• Necesidade de reconciliación con alguén ou algo: .....

• Comentarios: .....

.....

.....

ESTANDARIZACIÓN
de coidados de enfermería *ao paciente* inmobilizado no domicilio

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4.ª ed. Barcelona: Spinger-Verlag Ibérica; 1999.
2. Arias J., Pérez F. Plan de cuidados estandarizado para enfermos con ACV en atención primaria. Lugo: Xerencia de Atención Primaria. Sergas; 2000.
3. Boceta J., Cía R., de la Cuadra C., Duarte M., María Durán M., García E., Marchena C., Medina J., Rodríguez P. Cuidados paliativos domiciliarios. Atención integral al paciente y su familia. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2003.
4. Borrell F. Manual de entrevista clínica para la atención primaria de salud. Barcelona: Doyma; 1989.
5. Campo C. et al. Intervenciones en problemas independientes e interdependientes en dos unidades de hospitalización. Metas de Enfermería (Madrid) feb. 2004; 7(1): 06-11.
6. Carpenito L. Diagnósticos de enfermería. 9.ª ed. Madrid: MacGraw-Hill/Interamericana; 2003.
7. Carpenito L. Manual de diagnóstico de enfermería. 5.ª ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 2000.
8. Conter J., Gene J., Peya M. Atención domiciliaria. Organización y práctica. Barcelona: Masson; 2003.
9. Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. S.A.S. Dirección de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Gestión Sanitaria. Coordinación regional de desarrollo e innovación en cuidados. 2002. Revisión 2004.
10. García M., García A. Manual de procedementos de atención primaria. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Servizo Galego de Saúde; 2002.
11. Giménez A. Clasificación de intervenciones enfermeras de la Universidad de Iowa: un nuevo instrumento para la práctica enfermera. Metas de Enfermería (Madrid) feb. 1998; 1(2): 06-12.
12. Girbés M. Taller de metodoloxía de coidados dirixido a enfermeiros. Santiago de Compostela: Fundación Escola Galega de Administración Sanitaria (Fegas); 2003.
13. González M., Mirón D., Cotiello Y., Peñacoba D., Iglesias R., Arias S. et al. Guía de metodología y diagnósticos de enfermería. Oviedo: Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias (SEAPA); 2002.

14. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10.ª Edición. Madrid: Mosby; 2003.

15. Guirao-Goris J., Ruiz A., Alonso A, Cardona J., Costa E., Dasí M., Soler J., Perpiñá M. Metodología de cuidados de enfermería en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat; 2004.

16. Indicadores sociais 2004. Santiago de Compostela: Instituto Galego de Estatística. Xunta de Galicia; 2004. http://ige.xunta.es.

17. Jaffe M., Skinmore-Roth. "Enfermería en atención domiciliaria. Valoración y planes de cuidados". 3.ª ed. Madrid: Harcourt; 1998.

18. Johnson M., Bulechek G., McCloskey J., Maas M., Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Madrid: Harcourt; 2002.

19. Johnson M., Maas M., Moorhead S. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 2.ª ed. Madrid: Harcourt; 2001.

20. Kim M., McFarland G., McLane A. Diagnósticos de enfermería y plan de cuidados. 5.ª ed. Madrid: Harcourt-Brace; 1994.

21. Lopez I. Atención domiciliaria. Diagnósticos de enfermería. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1994.

22. López S., Lacida M., Rodríguez S. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2004.

23. Luis M., Fernández C., Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 2000.

24. Luis M. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. 3.ª ed. Madrid: Harcourt; 1998.

25. Luis M. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 2003.

26. Marriner A., Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5.ª ed. Madrid: Mosby; 2003.

27. Martínez M., Custey A., de Francisco M., Ferrer C., Flores E., Arcalá M., Vaqué R. Validación de una clasificación de diagnósticos de enfermería en atención primaria. Rev. Enfermería Clínica 1996; 6 (1): 1-10.

28. McCloskey J., Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4.ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.

29. McCloskey J., Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3.ª ed. Madrid: Harcourt; 2001.

30. Moorhead S., Johnson M., Maas M. Clasificación de resultados de enfermería. (NOC). 3.ª ed. Madrid: Harcourt; 2005.

31. Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. Madrid: Elsevier; 2003.

32. Padrón de habitantes 2003. Instituto Galego de Estatística. Xunta de Galicia. http://ige.xunta.es.

33. Pérez F., Carrera C., López M., Muñón A., García M., Beamud M. Nuevos indicadores en la provisión de servicios: diagnósticos enfermeros en atención primaria. Rev. Enfermería Clínica 2004; 14(2):70-76.

34. Proyecto de formación para la implantación del proceso de cuidados en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson en los centros de atención primaria del Institut Catalá de la Salut. E.U.I. Santa Matrona. Barcelona: Fundación La Caixa; 2002.

35. Ramil H., Pita R. Prevalencia de riesgo de síndrome de desuso en pacientes inmovilizados del centro de atención primaria Elvira-Mesoiro. Rev. Cad. Aten. Primaria 2003; 10: 104-106.

36. Raña C., Pita R., Conceiro A., Fernández I., García C. Opinión de las enfermeras de atención primaria en el área sanitaria de A Coruña sobre la utilización de los diagnósticos de enfermería. Rev. Enfermería Clínica 2004; 14(2): 77-78.

37. Serrano R., Saracíbar M., Carrascal E., Tina P., Narvaiza M., Sanz M., Díaz M. Estandarizar los cuidados. Rev. ROL de Enfermería 1997; 227-228: 23-31.

38. Wesorick B. Estándares de calidad para cuidados de enfermería. Barcelona: Doyma; 1993.



ESTANDARIZACIÓN de cuidados de enfermería al paciente inmovilizado en el domicilio

AUTORES

Arias Vázquez, Juan M.
Blanco Rial, M.ª Luisa
Constenla Castro, Aurelia
Fernández Fernández, Manuel V.
Fernández Rodríguez, M.ª Teresa
Gil Campelo, Ángeles
Hermelo Millán, Xoán Xosé
Núñez Fernández, M.ª Victoria
Pérez Herráiz, Félix
Rodríguez Iglesias, F. Javier
Souto Fernández, Estela M.ª
Varela Leirado, Mercedes

Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde
División de Asistencia Sanitaria

Santiago de Compostela, 2005

Edita:
Xunta de Galicia
Consellería de Sanidade

Diseño y maquetación:
Ofelmaga, s.l.
Telf. 981 806 669

Imprime:
Ofelmaga, s.l.

Depósito Legal: C-2960/2005

ISBN:
98-453-4153-7

PRESENTACIÓN

Siempre es agradable para una conselleira presentar un libro. Pero en este caso es especial ya que estamos hablando de un manual que permitirá extender la calidad de los cuidados de enfermería a domicilio a todos los profesionales que trabajan en este área tan amplia, relevante y con tanto futuro.

Lo primero que sorprende de este libro es la variedad de cuidados, el abordaje desde distintos puntos de vista de un paciente al que no le podemos negar su dignidad. Es un libro que se ocupa del cuerpo de las personas, pero también de la dignidad de nuestros pacientes, y que al mismo tiempo repercute en el personal de enfermería, cada vez más profesionalizado y cada vez más valorado por la población gallega.

En esta publicación podemos encontrar consejos para la educación en salud, para mejorar los autocuidados, para ayudar al cuidador de un enfermo encamado, un aspecto que tenemos que potenciar, ya que sólo conociendo las enfermedades podremos prevenirlas. Y debemos recordar que la prevención es uno de los objetivos de cualquiera de los servicios de sanidad. Del nuestro también.

Con este reconocimiento a la labor del persoal de enfermería y a los cuidadores de los pacientes que reciben asistencia en su domicilio, te pido que nos ayudes a enriquecer este libro con tu trabajo y tus experiencias para próximas ediciones.

María José Rubio Vidal
Conselleira de Sanidad

PRÓLOGO

La atención domiciliaria no es una novedad en la historia de la medicina. Hasta el siglo pasado la mayor parte de los actos médicos se desarrollaba en el domicilio del paciente y los hospitaless sólo eran para los pobres y desahuciados.

El desarrollo de nuevas técnicas y conocimientos, así como los cambios culturales y sociales del siglo XX, dieron la vuelta a esta situación convirtiendo el hospital en el referente para atender los temas de salud, dándose la paradoja de que en algunos países la atención en el domicilio se quedó para los pobres y desahuciados.

Esta no es nuestra situación, en la actualidad, el progresivo envejecimiento de la población, la mayor esperanza de vida y la saturación de los recursos hospitalarios, hacen que muchos pacientes incapacitados, que no precisan cuidados y tratamientos especiales, permanezcan en su domicilio al cuidado de sus familias, jugando la atención primaria, y más concretamente las enfermeras y enfermeros de la atención primaria, un papel clave para que los cuidados de estos pacientes sean adecuados y mejoren su calidad de vida y la de sus familiares.

Desde esta perspectiva, los profesionales de la atención primaria, comprometidos con el bienestar de los pacientes y de sus familias, debemos prestar una especial atención a estas delicadas y problemáticas dolencias, porque son momentos muy críticos que suscitan grandes necesidades tanto de apoyo profesional como humano. Y no sólo esto, si queremos estar a la altura de las circunstancias, tenemos que establecer como prioritaria una formación permanente en este campo.

El compromiso que se adquiere puede asustar y amedrentar a cualquiera ya que nos enfrentamos, la mayoría de las veces, a situaciones que se caracterizan por la no resolución del padecimiento. Esto, además de suponer una carga de trabajo adicional, conlleva unas implicaciones profesionales y emocionales, que a veces se confunden, lo que supone un reto para la madurez, y profesionalidad de los profesionales sanitarios.

En Galicia, con una de las tasas mayores de envejecimiento tanto a nivel nacional como comunitario, se añaden otras circunstancias como es la dispersión de la población en multitud de pequeños núcleos rurales, la inmigración de la gente joven a los núcleos urbanos, y el desmantelamiento de la estructura familiar gallega, que hacen que los cuidados asistenciales de estos pacientes recaigan cada vez más en los centros de salud, con el consiguiente consumo de recursos y tiempo, siendo cada vez más necesario tener una planificación de esta actividad.

La Consellería de Sanidad, consciente de esta necesidad, acaba de proponer, entre sus directrices de política sanitaria, un plan de atención sanitaria a pacientes/enfermos dependientes y con patologías crónicas que tiene como finalidad alcanzar soluciones adaptadas que proporcionen una asistencia adecuada a la situación y que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los enfermos.

La presente guía es una ayuda en esta labor. Es el resultado de un esfuerzo en encontrar la forma más eficaz en la planificación de los cuidados de enfermería de estos pacientes, y de algún modo, de comprenderlos y apoyarlos sin olvidar que cada paciente es un mundo, es una historia diferente.

Pablo Vaamonde García
Director general de la División de Asistencia Sanitari

AUTORES

Arias Vázquez, Juan M.
Blanco Rial, M.ª Luisa
Constenla Castro, Aurelia
Fernández Fernández, Manuel V.
Fernández Rodríguez, M.ª Teresa
Gil Campelo, Ángeles
Hermelo Millán, Xoán Xosé
Núñez Fernández, M.ª Victoria
Pérez Herráiz, Félix
Rodríguez Iglesias, F. Javier
Souto Fernández, Estela M.ª
Varela Leirado, Mercedes

Coordinador:
Rodríguez Iglesias, F. Javier

COLABORADORES

Bahamonde Sánchez, Mercedes
Barreiro Pombo, Gerardo
Brenlla Ameijeiras, Dolores
Calvo Orgeira, M.ª José
Calvo Pérez, Ana Isabel
Carneiro Busto, Elisa
Carro Pérez, Carmen
Casal Osorio, Paz
Castro López, M.ª Nazaret
Conceiro Rúa, Amalia
Fernández Camiñas, José Antonio
Fernández Fernández, Esther
Fernández Paz, José
García Moncada, Nieves
González Rodríguez, Enrique
Grela Pardal, Sara
Noval Cinza, José
Ojea Martínez de la Escalera, Guillermina
Orbán Parapar, Dolores
Orjales Martínez, Carmen
Pías García, María
Ramil Pernas, Herminia
Ramos Sánchez, Teresa
Rodríguez Díaz, Encarna
Rodríguez Pérez, José Manuel
Rubiñán Álvarez, Carmen
Varela Meizoso, M.ª Oliva

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer su colaboración a todas las personas que, con su apoyo y entusiasmo, permitieron llevar adelante este proyecto.

Gracias, pues, a Elvira Touriño Míguez, de quien partió esta iniciativa y la impulsó decididamente; a Jacinta Álvarez Nieto, que puso a nuestra disposición su imprescindible colaboración personal y los medios para el día a día de nuestro trabajo; a Elena Monteoliva Díaz, por darle continuidad y creer en este proyecto; a los asesores y expertos que pusieron a nuestra disposición su experiencia y conocimientos; a todos los profesionales de enfermería que colaboraron decisivamente en las discusiones de los grupos de trabajo de las diferentes áreas sanitarias que, con sus aportaciones, contribuyeron a enriquecer enormemente el trabajo de este grupo; a nuestros compañeros de los equipos de enfermería de los respectivos centros de trabajo que, cubriendo nuestras ausencias, permitieron que las reuniones de trabajo pudieran tener lugar.

También queremos agradecer la colaboración del Servizo Galego de Saúde, por apoyar de forma decidida este proyecto, importante para el desarrolllo profesional de la enfermería de atención primaria y por la edición y difusión de esta publicación. Agradecer, igualmente, el apoyo prestado por las gerencias de atención primaria y, especialmente, a sus respectivas direcciones de enfermería, que pusieron los medios necesarios a nuestra disposición para alcanzar finalmente nuestra meta.

ÍNDICE

1. Introducción. 13

2. Modo de empleo..... 15

3. Valoración por Patrones Funcionales de M. Gordon. 17
Patrón percepción-control o manejo de la salud. 18
Patrón nutricional-metabólico. 19
Patrón eliminación. 20
Patrón actividad-ejercicio..... 21
Patrón sueño-descanso. 22
Patrón cognitivo-perceptivo. 23
Patrón autopercepción-autoconcepto. 24
Patrón rol-relaciones. 25
Patrón sexualidad-reproducción. 26
Patrón adaptación-tolerancia al estrés. 27
Patrón valores-creencias. 28

4. Diagnósticos propuestos. 29
Manejo inefectivo del régimen terapéutico. 31
Riesgo de lesión. 32
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. 33
Deterioro de la integridad cutánea. 34
Deterioro de la integridad tisular. 35
Deterioro de la deglución. 36
Riesgo de estreñimiento. 37
Estreñimiento. 38
Deterioro de la eliminación urinaria. 39
Incontinencia fecal. 40
Riesgo de síndrome de desuso. 41
Déficit de autocuidado: alimentación. 42
Déficit de autocuidado: uso del W.C. 43
Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento. 44
Déficit de autocuidado: baño/higiene. 45
Limpieza ineficaz de las vías aéreas. 46
Deterioro de la movilidad física. 47
Deterioro del patrón del sueño. 48
Dolor crónico. 49
Conocimientos deficientes (especificar). 50
Deterioro de la comunicación verbal. 51
Ansiedad. 52
Baja autoestima situacional. 53
Riesgo de soledad. 54
Riesgo de cansancio del rol de cuidador. 55

Patrón sexual inefectivo. 56
Afrontamiento inefectivo. 57
Riesgo de sufrimiento espiritual..... 58

5. Anexos

Anexo 1.
Intervenciones. 61
Alimentación 63
Apoyo al cuidador principal..... 64
Apoyo en la toma de decisiones..... 65
Apoyo espiritual..... 66
Asesoramiento..... 67
Asesoramiento sexual 68
Aumentar el afrontamiento..... 69
Ayuda al autocuidado 71
Ayuda con los autocuidados: alimentación 72
Ayuda con los autocuidados: aseo..... 73
Ayuda con los autocuidados: baño/higiene..... 74
Ayuda con los autocuidados: transferencia..... 75
Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal..... 76
Baño..... 77
Cambio de posición 78
Cuidados de incontinencia intestinal 79
Cuidados de la incontinencia urinaria..... 80
Cuidados de la retención urinaria 81
Cuidados de las heridas 82
Cuidados de las úlceras por presión..... 83
Cuidados del paciente encamado..... 84
Cuidados intermitentes 85
Disminución de la ansiedad..... 86
Enseñanza: individual..... 87
Enseñanza: sexo seguro 88
Entrenamiento intestinal 89
Escucha activa..... 90
Fomentar la implicación familiar..... 91
Fomento del ejercicio 92
Manejo ambiental..... 93
Manejo ambiental: seguridad..... 94
Manejo de la eliminación urinaria..... 95
Manejo de la energía 96
Manejo de la nutrición 98
Manejo de las vías aéreas..... 99
Manejo de presiones..... 100
Manejo del dolor 101
Manejo del estreñimiento/impactación..... 103
Manejo intestinal 104
Mejorar el sueño..... 105
Mejorar la comunicación: déficit auditivo 106
Mejorar la comunicación verbal: déficit del habla 107
Modificación de la conducta 108
Potenciación de la autoestima..... 109

Potenciación de la socialización 110
Precauciones para evitar la aspiración 111
Prevención de caídas 112
Prevención de úlceras por presión 114
Terapia de deglución 115
Terapia de ejercicios: ambulación 116
Terapia de ejercicios: movilidad articular 117
Vestir 118
Vigilancia 119
Vigilancia de la piel 120
Vigilancia: seguridad 121

Anexo 2.
Escalas de valoración 123
Escala de Braden. 124
Índice de Barthel, modificado. 126
Escala de Lawton y Brody. 127
Test cognitivo de Pfeiffer. 128
Mini-examen cognoscitivo de Lobo. 129
Test del informador (TIN) corto. 130
Escala de dolor EVA. 131
Escala de Goldberg. 132
Test de Yesavage. 133
Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. 134
Escala Gijón de valoración socio-familiar en el anciano. 135

Anexo 3.
Valoración de enfermería al paciente inmovilizado 137

Bibliografía 145

1 INTRODUCCIÓN

El envejecimiento creciente de la población es un problema que genera gran preocupación en los gobiernos de los países más desarrollados. Este problema ya de por si grave en España, alcanzará enormes dimensiones a partir del año 2020 en Galicia, donde el porcentaje de población mayor de 65 años va a situarse alrededor del 25%. El envejecimiento de la población ha producido un cambio significativo en las patologías que padecen nuestros mayores, siendo en su mayoría crónico-degenerativas. Es a partir de los 75 años cuando la dependencia de los cuidadores informales o del sistema sanitario se agudiza, aumenta la demanda de asistencia sanitaria y la amplitud y complejidad de los cuidados, poniéndose a prueba los recursos del sistema sanitario y la resistencia de los cuidadores/as.

Según datos del Instituto Galego de Estadística, viven en Galicia más de 525.000 personas de 65 o más años de los cuales unos 57.000 pueden considerarse "inmovilizados" (prevalencia estimada del 11%). El Servizo Galego de Saúde define así el concepto de paciente **inmovilizado/a:** "Aquella persona que pasa la mayor parte de su tiempo en cama, y que sólo puede abandonarla con ayuda de otras personas y, personas con dificultad importante para desplazarse, independiente de la causa y que el tiempo previsible de duración sea superior a dos meses".

Otro factor a tener en cuenta y que viene a añadir más inquietud al problema es la disminución de la disponibilidad de cuidadores informales. El cambio en la estructura social de las familias españolas, y de las gallegas en particular, como consecuencia del descenso de natalidad, el inevitable flujo migratorio de los más jóvenes a las ciudades, las desestructuraciones familiares y la incorporación creciente de la mujer al mundo laboral, junto a la gran dispersión geográfica de nuestra comunidad, contribuyen al deterioro del ámbito socioeconómico y dificultan la tarea de allegar recursos a nuestros mayores.

Es evidente que todas estas circunstancias aumentan la demanda de la actividad del profesional de enfermería en el domicilio, haciendo necesaria la confección de una guía que recoja los instrumentos de ayuda necesarios que sirvan para que la intervención en el paciente inmovilizado en atención domiciliaria se desarrolle desde la perspectiva del rigor metodológico y de calidad.

La implantación de esta guía y su posterior desarrollo ayudará a:

1. Abordar de forma integral al paciente y su cuidador/a.
2. Reducir la actividad "a demanda" en los pacientes inmovilizados, programando nuestras intervenciones.
3. Evitar ingresos hospitalarios innecesarios.

4. Evaluar la eficacia de los planes de cuidados.
5. Poder implementar modelos de calidad.
6. Mejorar la comunicación entre los profesionales, garantizando la continuidad de los cuidados.
7. Facilitar el desarrollo profesional.
8. Dar cumplimiento a las recomendaciones de la ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Es imprescindible contar también con la intervención complementaria y coordinada del trabajador/a social y de los servicios sociales de ayuda a domicilio en las actividades de cuidado, sin olvidarnos que los enfermeros/as somos "invitados" en el domicilio del paciente y que la única manera de asegurar la implicación del cuidador/a en las actividades planificadas es, una vez valorado el paciente inmovilizado y su entorno, consensuar y nunca imponer las actividades a realizar, ser realistas en nuestros objetivos y no olvidar nuestro rol de apoyo y soporte al cuidador/a, que es el principal proveedor de los cuidados.

Con esta guía se pretende proporcionar un único método de trabajo con un lenguaje común y estandarizado que facilite a los profesionales enfermeros la aplicación de metodología específica que desarrolle su propio campo de conocimientos y habilidades, garantice una atención de calidad a los usuarios y a sus familias y permita al sistema sanitario evaluar la eficacia y eficiencia de los cuidados prestados.

La guía pretende facilitar la elaboración de planes de cuidados individualizados al paciente inmovilizado siguiendo el modelo de enfermería de **Virginia Henderson**, basado en las necesidades humanas. En la fase de **valoración** se utilizarían los **Patrones Funcionales de Marjory Gordon**, para **diagnosticar** los problemas se utilizaría la taxonomía **NANDA**[1], mientras que en la fase de **planificación** se aplicarían las taxonomías **NIC**[2] y **NOC**[3] (*).

Este trabajo concentra aquellos diagnósticos de enfermería que consideramos más utilizados en el paciente inmovilizado, facilitando así mismo el planteamiento de unos resultados que permitan la evaluación de la evolución del paciente.

Se ha intentado que esta guía sea práctica, facilitando su uso habitual, haciéndola lo más cómoda y manejable posible, seleccionando información de la bibliografía referenciada.

Pretendemos animar a todos los enfermeros de Atención Primaria de Galicia a trabajar con este método organizado para administrar cuidados de enfermería, que promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente y responsable, proporciona un lenguaje común en la práctica enfermera, una mejor comunicación entre los profesionales de la salud y nos ayuda a tener la satisfacción de conseguir resultados favorables.

---

[1] North American Nursing Diagnosis Association

[2] Nursing Intervention Classification

[3] Nursing Outcomes Classification

*(*) Durante la última década, dos equipos de investigación han desarrollado la **Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)** y la **Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)**. La **NIC** categoriza, estandariza y describe de forma sistemática todas las actividades que realizan las enfermeras. La **NOC** nombra, estandariza de forma sistemática y proporciona test para medir los resultados de las intervenciones de enfermería efectuadas, facilitando su posterior codificación informática.*

2 MODO DE EMPLEO

A continuación describimos como se estructura la guía, intentamos que el manejo de ésta sea sencillo para que se incorpore a nuestro trabajo diario y nos facilite el uso de la planificación de cuidados en el paciente inmovilizado:

1. Se propone una ***valoración*** utilizando los Patrones Funcionales de Gordon, adaptada al paciente inmovilizado. Se comenzará por aquellos patrones donde se manifiesta la alteración de salud, procediendo a la exploración completa de éstos. A continuación, si procede, se realizará la valoración de los patrones indirectamente relacionados con los problemas detectados y, por último, se programarán visitas sucesivas para completar la información que no se pudiera recoger en esta entrevista. En algunos patrones adjuntamos determinados test o escalas validadas que nos puedan facilitar la valoración.

2. Se seleccionarán aquellos ***diagnósticos*** de entre los ofertados en la guía (se recomienda utilizar los resaltados en negrita por ser los más relevantes) que reflejen los problemas de salud que se hayan detectado realizando la valoración, escogiéndose aquellos que se vayan a abordar en un primer momento, por ser más prioritarios; los menos prioritarios se tratarán posteriormente. Cada diagnóstico consta de:
   - Definición.
   - Características definitorias (signos y síntomas)[4].
   - Factores relacionados (causas)[5].

   Se irán seleccionando los datos para que el diagnóstico se adapte al paciente concreto.

3. A continuación, para cada diagnóstico se seleccionará del grupo de ***resultados*** aquellos que reflejen mejor lo que se pretende conseguir y, dentro de cada resultado, se proponen indicadores para facilitar la evaluación.

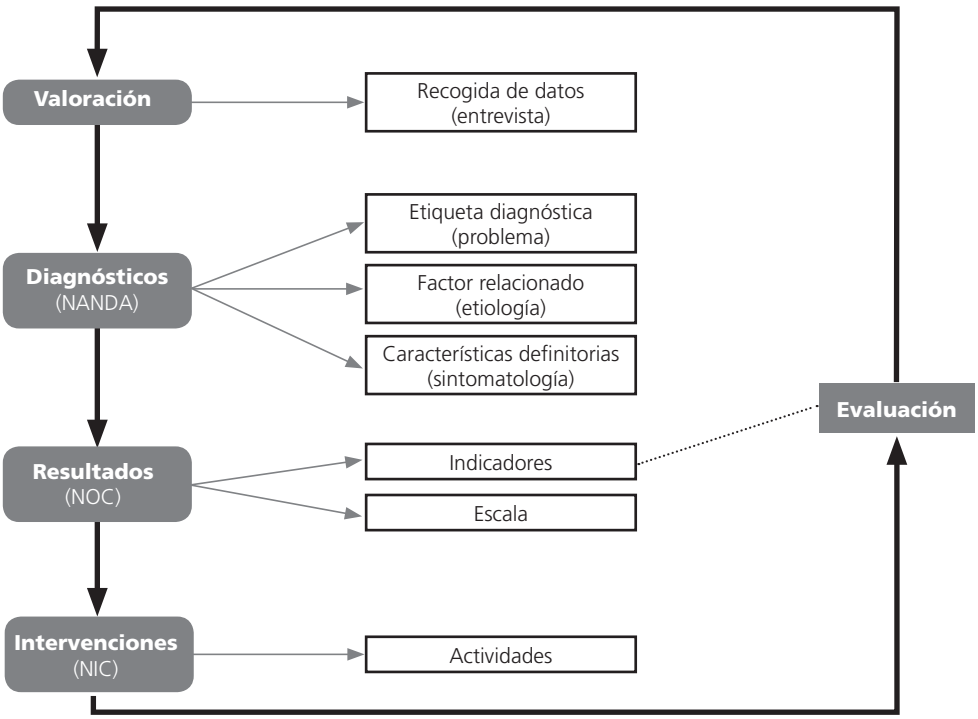
4. Se seleccionará la o las ***intervenciones*** que vamos a realizar y, dentro de cada una de estas, se seleccionarán las actividades (anexo 1) que mejor se adapten a cada paciente y familia. Se tendrá en cuenta que en atención domiciliaria las actividades a realizar son, en su mayoría, prestadas por el cuidador principal y la familia y que el profesional de enfermería tiene como reto la formación y educación sanitaria de éstos, que son pilares fundamentales para obtener resultados favorables.

---

[4] Los diagnóstiacos de riesgo carecen de este elemento.

[5] En los diagnósticos de riesgo este elemento se denomina "Factores de riesgo"

5. Se realizará una ***evaluación*** continua, utilizando los indicadores seleccionados en el punto 3. Si los ***resultados*** no son favorables, se analizarán las posibles causas y se modificará el plan de cuidados. La evaluación continuada durante todo el proceso permite la revisión del plan de cuidados de enfermería incorporando otras alternativas, cuando sea necesario.



3 VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON

Patrón percepción-control o manejo de la salud. 18
Patrón nutricional-metabólico. 19
Patrón eliminación. 20
Patrón actividad-ejercicio. 21
Patrón sueño-descanso. 22
Patrón cognitivo-perceptivo. 23
Patrón autopercepción-autoconcepto. 24
Patrón rol-relaciones. 25
Patrón sexualidad-reproducción. 26
Patrón adaptación-tolerancia al estrés. 27
Patrón valores-creencias. 28

1. PATRÓN PERCEPCIÓN-CONTROL O MANEJO DE LA SALUD

Definición: Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el individuo y como maneja su salud.

Incluye: - La percepción del individuo de su estado de salud y la importancia que le da a las actividades actuales y a la planificación futura.
- El nivel general de comportamientos de cuidados de salud como actividades de promoción de salud, adherencia a prácticas preventivas de salud mental y física, prescripciones médicas o enfermeras y seguimiento de cuidados.

OBJETIVOS DE VALORACIÓN	A VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
Obtener datos acerca de: • Las percepciones generales del individuo. • El manejo general de salud. • Actividades de promoción de salud. • Las prácticas preventivas. • Prescripciones médicas o enfermeras. • Seguimiento de cuidados. • Potenciales riesgos para la salud. • Incumplimientos. • Percepciones irreales de salud o enfermedad.	**Antecedentes personales y hábitos tóxicos:** • Enfermedad o enfermedades que padece. • Alergias • Hábitos tóxicos: tabaco/alcohol. • Estado vacunal. • Ingresos hospitalarios. • Tratamientos o cuidados que sigue. • Automedicación. **Preguntar y explorar sobre:** • Como se encuentra actualmente. • Actividades que realiza para cuidar su salud. • Conocimientos que tiene de su enfermedad y de los cuidados que precisa. • Sufrió caídas o accidentes recientemente. • Seguridad en domicilio y barreras arquitectónicas: escaleras, alfombras, obstáculos (muebles, juguetes, etc.), humedad, acceso a baño/ducha, temperaturas extremas (frío, calor), útiles de cocina. • Utiliza material ortopédico y/o dispositivos de ayuda: bastones, gafas, audífonos, etc. • Como enfermero/a, ¿en que puedo ayudarle?.	• Manejo inefectivo del régimen terapéutico. • Riesgo de lesión. • Otros (utilizar diagnósticos de la taxonomía NANDA).

2. PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Definición: Describe los patrones de consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas y los patrones indicadores de provisión restringida de nutrientes.

Incluye: - Las horas, tipos y cantidad de alimentos y líquidos consumidos, las preferencias y el uso de suplementos.
- Las referencias de cualquier lesión de piel y la capacidad general de cicatrización.
- La condición de la piel, pelo, uñas, membranas mucosas y dientes.
- Medida de temperatura corporal, talla y peso.

OBJETIVOS DE VALORACIÓN	A VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
Obtener datos acerca de: • Patrón típico de consumo de comida y líquidos. • Las necesidades metabólicas en relación con el estado de la piel y la cicatrización. • Los problemas percibidos por el individuo o por otros, las acciones llevadas a cabo para resolver dichos problemas, y los efectos percibidos de tales acciones.	**Parámetros antropométricos:** • Peso, talla, IMC. **Preguntar y explorar sobre:** • Ganancias o pérdidas de peso recientes. • Tipo de nutrición: oral, enteral (SNG/catéter), parenteral. • Ingesta típica diaria de alimentos y líquidos. • Restricciones o dietas especiales. • Suplementos. • Apetito: anorexia/bulimia. • Dificultad para masticar. • Dentición (características e higiene). • Dificultad para tragar. • Problemas gastro-intestinales: nauseas, vómitos, regurgitación, pirosis, plenitud, halitosis, etc. • Estado de la piel, mucosas y anexos: hidratación general (signo del pliegue cutáneo), lesiones (características y localización), coloración, temperatura, humedad, etc. • Riesgo de úlceras por presión. *(Se recomienda valoración con Escala de Braden).*	• **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.** • Deterioro de la integridad cutánea. • **Deterioro de la integridad tisular.** • Deterioro de la deglución. • Otros (utilizar diagnósticos de la taxonomía NANDA).

3. PATRÓN ELIMINACIÓN

Definición: Describe los patrones de función excretora (intestino, vejiga y piel) de los individuos.

Incluye: - La regularidad percibida por el individuo de la función excretora.
- El uso sistemático de laxantes.
- Cualquier cambio o alteración en el patrón del tiempo, forma de excreción, calidad o cantidad.
- El uso de dispositivos para el control de la excreción.

OBJETIVOS DE VALORACIÓN	A VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
Obtener datos acerca de: • La regularidad y el control de los patrones excretores (intestino, vejiga, piel y deposiciones). • Las descripciones subjetivas, los problemas percibidos por el individuo o por otros, las explicaciones al problema, las acciones llevadas a cabo para remediarlo, y los efectos percibidos por esas acciones. • Las muestras, prótesis, presencia de olores y eliminación de residuos.	**Preguntar y explorar sobre el patrón de eliminación urinaria:** • Frecuencia y características (cantidad, olor, color, etc.). • Molestias o dificultades. • Incontinencia/pérdidas. • Retención. • Uso de sonda vesical (características). • Uso de urocolector (características). • Uso de pañal/empapador (características). **Preguntar y explorar sobre el patrón de eliminación intestinal:** • Frecuencia y características (cantidad, olor, color, etc.). • Molestias o dificultades (hemorroides, fisuras, etc.). • Incontinencias/pérdidas. • Uso de laxantes, enemas, otros. • Colostomías y dispositivos recolectores (características). • Uso de pañal/empapador (características). **Preguntar y explorar sobre sudoración excesiva, secreciones, menstruación, etc.:** • Problemas con el olor.	• **Riesgo de estreñimiento.** • Estreñimiento. • Deterioro de la eliminación urinaria. • Incontinencia fecal. • Otros (utilizar diagnósticos de la taxonomía NANDA).

4. PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO

Definición: Describe el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo.

Incluye: **-** Los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria como higiene, cocinar, comprar, comer, trabajar y mantenimiento del hogar.
- El tipo, la cantidad y la calidad del ejercicio.
- Los déficit neuromusculares y las compensaciones, la disnea, angina o calambres con el esfuerzo, así como la clasificación cardiopulmonar.

OBJETIVOS DE VALORACIÓN	A VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
Obtener datos acerca de: • El patrón de actividades del individuo que requieren gasto de energía. • Los problemas percibidos por el individuo o por otros. • Las acciones llevadas a cabo para resolver los problemas, y los efectos percibidos de dichas acciones. • La detección de prácticas poco saludables. • La prevención de mayores pérdidas funcionales.	**Preguntar y explorar sobre:** • Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deambular, uso del wc., etc. *(Se recomienda utilizar el índice de Barthel).* • Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): contar dinero, llamar por teléfono, etc. *(Se recomienda utilizar el índice de Lawton y Brody).* • Movilidad: deambula solo o con ayuda, nivel de movilidad en cama, silla/sillón, en transferencia; estilo de vida (activo/sedentario), realización de ejercicio (activo/pasivo). • Capacidad cardio-respiratoria: tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, signos de hipotensión ortostática, disnea, cansancio, edemas, alteraciones cardiovasculares, oxigenoterapia, etc.	• Riesgo de síndrome de desuso. • **Déficit de autocuidado: alimentación.** • **Déficit de autocuidado: uso del wc.** • **Déficit de autocuidado: vestido/ acicalamiento.** • **Déficit de autocuidado: baño/higiene.** • Limpieza ineficaz de las vías aéreas. • Deterioro de la movilidad física. • Otros (utilizar diagnósticos de la taxonomía NANDA).

5. PATRÓN SUEÑO-DESCANSO

Definición: Describe el patrón de sueño, descanso y relax.

Incluye: - Los patrones de sueño y los periodos de descanso-relax a lo largo de 24 horas del día.
- La percepción de la calidad y la cantidad de sueño y descanso y del nivel de energía.
- Las ayudas para dormir (medicaciones o rutina a la hora de acostarse).

OBJETIVOS DE VALORACIÓN	A VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
Obtener datos acerca de: • La efectividad del patrón desde la perspectiva del individuo. • La percepción del individuo del descanso y el relax. • La percepción de problemas por el individuo u otros, sus explicaciones, las acciones llevadas a cabo y los efectos derivados de las acciones.	**Preguntar y explorar sobre:** • Si se encuentra descansado después de dormir. • Si tiene dificultad para conciliar el sueño. • Si despierta frecuentemente. • Si tiene dificultad para volver a dormir. • Signos y síntomas de sueño insuficiente: nerviosismo, ansiedad, irritabilidad creciente, letargo, apatía, bostezos, cambios posturales, etc. • Factores que afectan al sueño: propios o internos (tos, dolor, etc.) y ajenos o externos (luz, frío, calor, etc.) • Si tiene ritual para el sueño. • Si tiene periodos de descanso-relax. • Si necesita ayuda para dormir. • Si toma hipnóticos u otros fármacos.	• Deterioro del patrón del sueño. • Otros (utilizar diagnósticos de la taxonomía NANDA).

6. PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO

Definición: Describe los patrones sensorio-perceptivos y cognitivos.

Incluye: - La adecuación de los órganos de los sentidos y la compensación o prótesis utilizada para hacer frente a los trastornos.
- Las manifestaciones de percepción del dolor y como se trata éste.
- Las habilidades cognitivas funcionales, como el lenguaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones.

OBJETIVOS DE VALORACIÓN	A VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
Obtener datos acerca de: • Adecuación de su lenguaje, habilidades cognitivas y percepción relativas a las actividades necesarias o deseadas. • Las descripciones subjetivas y los problemas percibidos por el individuo o por otros. • Las compensaciones para los déficit y la efectividad de los esfuerzos para compensarlos.	**Preguntar y explorar sobre aspectos cognitivos:** • Sabe leer y escribir. • Tiene dificultad para el aprendizaje. • Nivel de conciencia (orientado, desorientado, inconsciente, etc.). • Alteraciones del proceso del pensamiento. • Existencia de conflicto de decisiones. *(Se recomienda utilizar el Test de Pfeiffer, el Miniexamen cognoscitivo de Lobo y el Cribado de demencias: Test del informador).* **Preguntar y explorar sobre aspectos sensoriales:** • Existen alteraciones en vista, oído, olfato, piel y sabor. • Tiene corregidas las alteraciones sensoriales. **Preguntar y explorar sobre percepción del dolor:** • Existencia de comunicación verbal de dolor. • Existencia de comunicación no verbal de dolor (expresión facial, agitación, posición de defensa, etc.). • Utilización de medidas de alivio (fármacos u otros). *(Se recomienda utilizar la Escala de dolor EVA).*	• Dolor crónico. • Conocimientos deficientes (especificar). • Deterioro de la comunicación verbal. • Otros (utilizar diagnósticos de la taxonomía NANDA).

7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Definición: Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo.

Incluye: - Las actitudes acerca de uno mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general.

- El patrón de la postura corporal y el movimiento, contacto visual, y patrones de voz y conversación.

OBJETIVOS DE VALORACIÓN	A VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
Obtener datos acerca de: • El patrón del individuo de creencias y evaluaciones relativo a la autovalía general y a los estados de sentimiento. • Las evaluaciones negativas del propio ser que producen malestar personal y también pueden influir en otros patrones funcionales. • Los cambios, las pérdidas y las amenazas que son factores que pueden influir de forma negativa en el autoconcepto.	**Preguntar y explorar sobre:** • Autoevaluación positiva o negativa: Como se describe a sí mismo o como se siente. • Cambios en la forma de ser. • Cambios en sus sentimientos hacia si mismo o hacia su cuerpo. • Qué es lo que le provoca enfados frecuentemente. • Qué es lo que le hace sentir miedo o temor. • Qué es lo que le produce ansiedad. • Qué es lo que le deprime. • Qué es lo que le preocupa. • Qué es lo que le hace sentir mejor o le ayuda. • Si ha perdido la esperanza. *(Se recomienda utilizar el Test de Golberg ante la sospecha de ansiedad y el Test de Yesavage ante la sospecha de depresión).*	• Ansiedad. • Baja autoestima situacional. • Otros (utilizar diagnósticos de la taxonomía NANDA).

8. PATRÓN ROL-RELACIONES

Definición: Describe el patrón de compromisos de rol y relaciones.

Incluye: - La percepción de los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del individuo.
- La satisfacción o las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.

OBJETIVOS DE VALORACIÓN	A VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
Obtener datos acerca de: • El patrón del individuo de los roles familiares y sociales. • La percepción del individuo acerca de sus patrones de relaciones. • Los problemas percibidos por el individuo, si existen, la causa percibida, las acciones llevadas a cabo y los efectos de dichas acciones.	**Preguntar y explorar sobre:** • Si vive solo o en familia (estructura familiar y genograma). • Como es su relación con los miembros de la familia. • Como se siente tratado por los miembros de la familia. • Si la familia depende del individuo en algún sentido. • Existencia de problemas o dificultad de relación con los descendientes (hijos, nietos). • La respuesta familiar ante la aparición de problemas. • Como se vive en familia su enfermedad. • Quien es el responsable de sus cuidados (cuidador principal). • Como es la relación, el trato y la dependencia con el responsable de sus cuidados. • Existencia de amigos cercanos. • Sentimientos de soledad. • Participación en actividades de entretenimiento. • Existencia de problemas económicos. • Dificultad para expresar quejas o dificultades o para pedir ayuda. *(Se recomienda utilizar el Índice de Zarit para valorar la sobrecarga del cuidador y la Escala de Riesgo Social para la valoración sociolaboral si no hay apoyo de un profesional de trabajo social).*	• **Riesgo de cansancio del rol de cuidador.** • Riesgo de soledad • Otros (utilizar diagnósticos de la taxonomía NANDA).

9. PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Definición: Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad; describe el patrón reproductivo.

Incluye: - La satisfacción percibida o las alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales.
- El estado reproductor en las mujeres, premenopausia o menopausia y los problemas percibidos.

OBJETIVOS DE VALORACIÓN	A VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
Obtener datos acerca de: • La percepción de problemas reales o potenciales en este patrón. • Los factores contribuyentes, las acciones llevadas a cabo y el efecto percibido de estas acciones, si existen problemas.	**En la mujer preguntar por antecedentes gíneco-obstétricos:** • Menarquia y menopausia. Alteraciones del ciclo. • Problemas ginecológicos y revisiones periódicas. • Embarazos, características y problemas obstétricos. **En el hombre, preguntar y explorar sobre:** • Problemas en el aparato uro-genital (prostatitis, etc.). • Problemas de erección/impotencia. **A hombres y a mujeres, preguntar y explorar sobre:** • Posibles cambios en su sexualidad que deseen comentar. • Satisfacción o insatisfacción en sus relaciones sexuales. • Percepción de algún problema en la relación sexual. • Utilización de medidas contraceptivas o de sexo seguro.	• Patrón sexual inefectivo. • Otros (utilizar diagnósticos de la taxonomía NANDA).

10. PATRÓN ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Definición: Describe el patrón general de adaptación y la efectividad del patrón en términos de tolerancia al estrés.

Incluye: - La reserva o capacidad para resistir los cambios en la propia integridad, formas de tratar el estrés, sistemas de apoyo familiar o de otro tipo y la habilidad percibida para controlar y dirigir situaciones.

OBJETIVOS DE VALORACIÓN	A VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
Obtener datos acerca de: • La tolerancia al estrés y el patrón de adaptación de un individuo • Los cambios en la efectividad de un patrón de adaptación, que pueden darse si se prevé una amenaza a la integridad al control personal (capacidad de adaptación personal).	**Preguntar y explorar sobre:** • Cambios importantes en su vida en los últimos años y como reaccionó a los mismos. • Cambios o alteraciones en los patrones de comunicación, de las conductas de adaptación o en la participación social. • Si permanece siempre en el domicilio. • Si cambia de domicilio frecuentemente y como le afecta. • Si las decisiones las toma solo o con ayuda. • Qué le gustaría cambiar. • Manifestaciones de incapacidad de pedir ayuda o de afrontamiento (abuso de medicinas, alcohol, etc.). • Qué hace para relajarse. • A quién cuenta los problemas. • Como enfermero/a, ¿en que puedo ayudarle?	• Afrontamiento inefectivo • Otros (utilizar diagnósticos de la taxonomía NANDA).

11. PATRÓN VALORES-CREENCIAS

Definición: Describe los patrones de valores, resultados o creencias (incluyendo las espirituales) que guían las elecciones o decisiones.

Incluye: - Lo que es percibido como importante en la vida y cualquier percepción de conflicto en los valores, creencias o expectativas relativas a la salud.

OBJETIVOS DE VALORACIÓN	A VALORAR	DIAGNÓSTICOS RESULTANTES
• Es entender la base de las acciones relativas a la salud y las acciones. Esta comprensión aumenta la sensibilidad hacia los conflictos de valores-creencias que pueden darse si una acción preventiva no se lleva a cabo.	**Preguntar y explorar sobre:** • Creencias del individuo. • La práctica de alguna religión. Identificación. • Problemas para practicarla. • La existencia de conflictos internos. • La necesidad de reconciliación con alguien.	• Riesgo de sufrimiento espiritual. • Otros (utilizar diagnósticos de la taxonomía NANDA).

4 DIAGNÓSTICOS PROPUESTOS ASOCIADOS A LOS PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON

1. **PATRÓN PERCEPCIÓN/MANTENIMIENTO DE LA SALUD:**
   - Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
   - Riesgo de lesión.
2. **PATRÓN NUTRICIONAL/METABÓLICO:**
   - **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.***
   - Deterioro de la integridad cutánea.
   - **Deterioro de la integridad tisular.***
   - Deterioro de la deglución.
3. **PATRÓN ELIMINACIÓN:**
   - **Riesgo de estreñimiento.***
   - Estreñimiento.
   - Deterioro de la eliminación urinaria.
   - Incontinencia fecal.
4. **PATRÓN ACTIVIDAD/EJERCICIO:**
   - Riesgo de síndrome de desuso.
   - **Déficit de autocuidado: alimentación.***
   - **Déficit de autocuidado: uso del w.c.***
   - **Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento.***
   - **Déficit de autocuidado: baño/higiene.***
   - Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
   - Deterioro de la movilidad física.
5. **PATRÓN REPOSO/SUEÑO:**
   - Deterioro del patrón del sueño.
6. **PATRÓN COGNITIVO/PERCEPTIVO:**
   - Dolor crónico.
   - Conocimientos deficientes (especificar).
   - Deterioro de la comunicación verbal.
7. **PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO:**
   - Ansiedad.
   - Baja autoestima situacional.

8. **PATRÓN ROL/RELACIÓNES:**
    - Riesgo de soledad.
    - **Riesgo de cansancio del rol de cuidador.***
9. **PATRÓN SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN:**
    - Patrón sexual inefectivo.
10. **PATRÓN AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS:**
    - Afrontamiento inefectivo.
11. **PATRÓN VALORES/CREENCIAS:**
    - Riesgo de sufrimiento espiritual.

* Se proponen especialmente estos diagnósticos para su utilización en el paciente inmovilizado por ser los más relevantes.

Diagnóstico: "*MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO*"

Definición: Patrón de regulación e integración en la vida de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

Características definitorias	**Resultados**
• Elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención. • Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas. • Verbalización de la dificultad con la regulación o integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus efectos o la prevención de complicaciones. • Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios. • Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas.	**Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609)** *Definición*: acciones personales para paliar o eliminar patología. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado / Raramente demostrado / A veces demostrado / Frecuentemente demostrado / Siempre demostrado 160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado: 1 2 3 4 5 160906 Evita conductas que potencian la patología: 1 2 3 4 5 160912 Utiliza dispositivos correctamente: 1 2 3 4 5 160915 Busca consejo de un profesional sanitario cuando es necesario: 1 2 3 4 5 **Conocimiento: régimen terapéutico (1813)** *Definición*: grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico. ***Indicadores:*** — Ninguno / Escaso / Moderado / Sustancial / Extenso 181301 Descripción de la justificación del régimen terapéutico: 1 2 3 4 5 181302 Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual: 1 2 3 4 5
Factores de relación	**Intervenciones**
• Complejidad del régimen terapéutico. • Demandas excesivas sobre un individuo o familia. • Conflicto familiar. • Déficit de conocimientos. • Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud. • Déficit de soporte social. • Dificultades económicas.	* **Asesoramiento. (5240)** * **Modificación de la conducta. (4360)**

Diagnóstico: "*RIESGO DE LESIÓN*"

Definición: Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.

Características definitorias	Resultados
	Control del riesgo (1902) *Definición*: acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado — Raramente demostrado — A veces demostrado — Frecuentemente demostrado — Siempre demostrado 190201 Reconoce factores de riesgo: 1 2 3 4 5 190204 Desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas: 1 2 3 4 5 190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo: 1 2 3 4 5 **Conducta de seguridad: prevención de caídas (1909)** *Definición:* acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado — Raramente demostrado — A veces demostrado — Frecuentemente demostrado — Siempre demostrado 190901 Uso correcto de dispositivos de ayuda: 1 2 3 4 5 190902 Provisión de ayuda personal: 1 2 3 4 5
Factores de riesgo	**Intervenciones**
Externos • Químicos (p. ej.: contaminantes ambientales, tóxicos, drogas, fármacos, alcohol, cafeína, nicotina, cosméticos, conservantes). • Nutrientes (p. ej.: vitaminas, tipos de alimentos). • Población y proveedores (p. ej.: agentes nosocomiales; patrones de dotación de personal; factores cognitivos, afectivos y psicomotores). • Biológicos (p. ej.: nivel de inmunización de la comunidad, microorganismos). • Físicos (diseño, estructura y disposición de la comunidad, edificios o equipo). • Sistema de transporte de las personas y de las mercancías. **Internos** • Desnutrición. • Psicológicos (desorientación afectiva). • Etapa de desarrollo (fisiológica, psicológica). • Físicos (solución de continuidad de la piel, alteración de la movilidad).	*** Manejo ambiental: seguridad. (6486)** *** Prevención de caídas. (6490)** *** Vigilancia: seguridad. (6654)**

Diagnóstico: "*RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA*"

Definición: Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.

Características definitorias	Resultados
	Control del riesgo (1902) *Definición:* acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado — Raramente demostrado — A veces demostrado — Frecuentemente demostrado — Siempre demostrado 190201 Reconoce factores de riesgo — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 190207 Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 **Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)** *Definición:* indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas. ***Indicadores:*** — Gravemente comprometida — Sustancialmente comprometida — Moderadamente comprometida — Levemente comprometida — No comprometida 110104 Cumple las actividades prescritas — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 110113 Piel intacta — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — Grave — Sustancial — Moderado — Leve — Ninguno 110105 Pigmentación anormal — 1 — 2 — 3 — 4 — 5
Factores de riesgo	**Intervenciones**
Externos: • Humedad. • Factores mecánicos (p. ej.: fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones). • Inmovilización física. • Excreciones o secreciones. • Extremos de edad. **Internos:** • Prominencias óseas • Alteración del estado nutricional (p. ej.: obesidad, emaciación). • Alteraciones del turgor (cambios de elasticidad). • Alteración de la sensibilidad. • Alteración de la circulación.	***Prevención de las úlceras por presión. (3540)** ***Vigilancia de la piel. (3590)** ***Manejo de presiones. (3500)**

Diagnóstico: ***"DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA"***

Definición: Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.

Características definitorias	Resultados
• Destrucción de las capas de la piel (dermis). • Alteración de la superficie de la piel.	**Curación de la herida: por segunda intención (1103)** *Definición:* magnitud de regeneración de células y tejidos en la herida abierta. ***Indicadores:*** Ninguna / Escasa / Moderada / Sustancial / Extenso 110301 Granulación 1 2 3 4 5 110320 Formación de cicatriz 1 2 3 4 5 110321 Disminución del tamaño de la herida 1 2 3 4 5 Extenso / Sustancial / Moderada / Escasa / Ninguna 110303 Secreción purulenta 1 2 3 4 5 110304 Secreción serosa 1 2 3 4 5 110305 Secreción sanguinolenta 1 2 3 4 5 110306 Secreción serosanguinolenta 1 2 3 4 5 110307 Eritema cutáneo circundante 1 2 3 4 5 110308 Edema perilesional 1 2 3 4 5 110312 Necrosis 1 2 3 4 5 110317 Olor de la herida 1 2 3 4 5 **Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609)** *Definición:* acciones personales para paliar o eliminar patología. ***Indicadores:*** Nunca demostrado / Raramente demostrado / A veces demostrado / Frecuentemente demostrado / Siempre demostrado 160904 Cumple las actividades prescritas 1 2 3 4 5
Factores de relación	**Intervenciones**
• Humedad. • Factores mecánicos (ej, presión, fuerzas de cizallamiento...). • Inmovilidad física. • Prominencias óseas. • Alteración del estado nutricional (p ej, obesidad, emaciación). • Alteración de la sensibilidad. • Alteración de la circulación. • Alteración en el estado de los líquidos.	*** Cuidados de las úlceras por presión. (3520)** *** Vigilancia de la piel. (3590)** *** Cuidado de las heridas. (3660)**

Diagnóstico: "*DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR* "

Definición: Lesión de las membranas mucosa o corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos.

Características definitorias	Resultados
• Lesión por destrucción tisular (p. ej.: córnea, membranas mucosas, tejido integumentario o subcutáneo).	**Curación de la herida: por segunda intención (1103)** *Definición:* magnitud de regeneración de células y tejidos en la herida abierta. ***Indicadores:*** Ninguna / Escasa / Moderada / Sustancial / Extenso 110301 Granulación: 1 2 3 4 5 110320 Formación de cicatriz: 1 2 3 4 5 110321 Disminución del tamaño de la herida: 1 2 3 4 5 Extenso / Sustancial / Moderada / Escasa / Ninguna 110303 Secreción purulenta: 1 2 3 4 5 110304 Secreción serosa: 1 2 3 4 5 110305 Secreción sanguinolenta: 1 2 3 4 5 110306 Secreción serosanguinolenta: 1 2 3 4 5 110307 Eritema cutáneo circundante: 1 2 3 4 5 110312 Necrosis: 1 2 3 4 5 110317 Olor de la herida: 1 2 3 4 5 **Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609)** *Definición:* acciones personales para paliar o eliminar patología ***Indicadores:*** Nunca demostrado / Raramente demostrado / A veces demostrado / Frecuentemente demostrado / Siempre demostrado 160904 Cumple las actividades prescritas: 1 2 3 4 5
Factores de relación	**Intervenciones**
• Mecánicos (p. ej.: presión, cizallamiento, fricción). • Productos irritantes, químicos (incluyendo las secreciones y excreciones corporales y los medicamentos). • Alteración de la circulación. • Déficit o exceso de líquidos. • Déficit o exceso nutricional. • Deterioro de la movilidad física.	*** Cuidados de las úlceras por presión. (3520)** *** Cuidado de las heridas. (3660)**

Diagnóstico: ***"DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN"***

Definición: Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

Características definitorias	Resultados
• Alteración de las posiciones de la cabeza. • Retraso en la deglución. • Infecciones pulmonares recurrentes. • Atragantamiento, tos o náuseas. • Degluciones múltiples. • Ardor de estómago o dolor epigástrico. • Observación de evidencias de dificultad en la deglución (p. ej.: estasis de los alimentos en la cavidad oral, tos/atragantamiento). • Rechazo de los alimentos o limitación del volumen. • Quejas de tener "algo atascado" • Falta de la acción de la lengua para formar el bolo. • Cierre incompleto de los labios. • Incapacidad para vaciar la cavidad oral. • Tos, atragantamiento, náuseas antes de la deglución. • Deglución por etapas. • Falta de masticación. • Estancamiento en los surcos laterales. • Sialorrea o babeo.	**Estado de deglución (1010)** *Definición*: tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago ***Indicadores:*** — Gravemente comprometido / Sustancialmente comprometido / Moderadamente comprometido / Levemente comprometido / No comprometido 101001 Mantiene la comida en la boca: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 101004 Capacidad de masticación: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 101010 Momento del reflejo de deglución: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 101015 Mantiene la cabeza relajada y el tronco erecto: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 **Prevención de la aspiración (1918)** *Definición*: acciones personales para prevenir el paso de partículas líquidas o sólidas hacia los pulmones ***Indicadores:*** — Nunca demostrado / Raramente demostrado / A veces demostrado / Frecuentemente demostrado / Siempre demostrado 191801 Identifica factores de riesgo: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 191803 Se incorpora para comer o beber: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 191804 Selecciona comida según su capacidad deglutoria: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 191805 Se coloca de lado para comer y beber según precisa: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 191808 Utiliza espesantes líquidos según precisa: 1 / 2 / 3 / 4 / 5
Factores de relación	**Intervenciones**
• Déficit congénitos. • Problemas neurológicos.	*** Terapia de deglución. (0221)** * **Precauciones para evitar la aspiración. (3200)**

Diagnóstico: *"RIESGO DE ESTREÑIMIENTO"*

Definición: Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces o eliminación de heces duras y secas.

Características definitorias	Resultados
	Control del riesgo (1902) *Definición:* acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado / Raramente demostrado / A veces demostrado / Frecuentemente demostrado / Siempre demostrado 190201 Reconoce factores de riesgo: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 190207 Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 190216 Reconoce cambios en el estado de salud: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 **Eliminación intestinal (0501)** *Definición:* formación y evacuación de heces ***Indicadores:*** — Gravemente comprometida / Sustancialmente comprometida / Moderadamente comprometida / Levemente comprometida / No comprometida 050101 Patrón de la eliminación: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 050124 Ingestión de líquidos adecuada: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 050125 Ingestión de fibra adecuada: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 050126 Cantidad de ejercicio adecuada: 1 / 2 / 3 / 4 / 5
Factores de riesgo	**Intervenciones**
Funcionales: • Cambios ambientales recientes. • Actividad física insuficiente. • Problemas durante la defecación (p. ej.: falta de tiempo, posición inadecuada para defecar, falta de intimidad). **Psicológicos**: • Confusión mental **Fisiológicos**: • Malos hábitos alimentarios. • Disminución de la movilidad del tracto gastrointestinal. • Aporte insuficiente de líquidos. **Farmacológicos**. **Mecánicos**: • Tumores, Hemorroides, Obesidad, etc.	* **Manejo del estreñimiento/impactación. (0450)** * **Entrenamiento intestinal. (0440)**

Diagnóstico: "*ESTREÑIMIENTO*"

Definición: Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas.

Características definitorias	Resultados
• Cambios en el patrón intestinal. • Eliminación de heces duras, secas y formadas. • Incapacidad para eliminar las heces. • Dolor durante la defecación. • Defecación dificultosa. • Rezumamiento de heces líquidas.	**Eliminación intestinal (0501)** *Definición:* formación y evacuación de heces ***Indicadores:*** / Gravemente comprometida / Sustancialmente comprometida / Moderadamente comprometida / Levemente comprometida / No comprometida 050101 Patrón de la eliminación: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 050112 Facilidad de eliminación de las heces: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / Grave / Sustancial / Moderado / Leve / Ninguno 050110 Estreñimiento: 1 / 2 / 3 / 4 / 5
Factores de relación	**Intervenciones**
• Actividad física insuficiente • Disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal. • Malos hábitos alimentarios. • Farmacológicos. • Aporte insuficiente de líquidos. • Mecánicos.	* **Manejo del estreñimiento/impactación. (0450)** * **Entrenamiento intestinal. (0440)**

Diagnóstico: "*DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA*"

Definición: Trastorno de la eliminación urinaria.

Características definitorias	Resultados
• Incontinencia. • Urgencia. • Nicturia. • Dificultad para iniciar el chorro de orina. • Disuria. • Polaquiuria. • Retención.	**Continencia urinaria (0502)** *Definición:* control de la eliminación de orina de la vejiga. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado 050203 Responde de forma adecuada a la urgencia: 1	2	3	4	5 050212 Ropa interior seca durante el día: 1	2	3	4	5 050213 Ropa interior o de la cama seca durante la noche: 1	2	3	4	5 **Eliminación urinaria (0503)** *Definición:* recogida y descarga de orina. ***Indicadores:*** — Gravemente comprometida	Sustancialmente comprometida	Moderadamente comprometida	Levemente comprometida	No comprometida 050301 Patrón de la eliminación: 1	2	3	4	5
Factores de relación	**Intervenciones**
• Obstrucción anatómica. • Deterioro sensitivo y motor. • Infección del tracto urinario. • Multicausalidad.	*** Manejo de la eliminación urinaria. (0590)** *** Cuidados de la incontinencia urinaria. (0610)** *** Cuidados de la retención urinaria. (0620)**

Diagnóstico: "*INCONTINENCIA FECAL*"

Definición: Cambio en el hábito de eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.

Características definitorias	Resultados
• Goteo constante de heces blandas. • Incapacidad para retrasar la defecación. • Falta de respuesta a la urgencia de defecar. • Incapacidad para reconocer la urgencia de defecar.	**Continencia intestinal (0500)** *Definición*: control de la eliminación de heces procedentes del intestino. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado — Raramente demostrado — A veces demostrado — Frecuentemente demostrado — Siempre demostrado 050002 Mantiene el control de la eliminación de heces: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 050009 Responde a la urgencia de manera oportuna: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 **Eliminación intestinal (0501)** *Definición*: formación y evacuación de heces. ***Indicadores:*** — Gravemente comprometida — Sustancialmente comprometida — Moderadamente comprometida — Levemente comprometida — No comprometida 050101 Patrón de la eliminación: 1 — 2 — 3 — 4 — 5
Factores de relación	**Intervenciones**
• Factores ambientales (p. ej.: inodoro inaccesible). • Vaciado intestinal incompleto. • Impactación. • Hábitos dietéticos. • Abuso de los laxantes. • Pérdida de control del esfínter rectal. • Lesión de los nervios motores superiores. • Lesión de los nervios motores inferiores. • Deterioro de la cognición. • Medicamentos. • Inmovilidad.	*** Cuidados de incontinencia intestinal. (0410)** *** Entrenamiento intestinal. (0440)**

Diagnóstico: "*RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO* "*

Definición: Riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad músculo esquelética prescrita o inevitable.

Características definitorias	Resultados

Control del riesgo (1902)
Definición: acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.

Indicadores:	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
190201 Reconoce factores de riesgo	1	2	3	4	5
190204 Desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas	1	2	3	4	5
190207 Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas	1	2	3	4	5

Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (0204)
Definición: gravedad del compromiso del funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.

Indicadores:	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
020401 Úlceras por presión	1	2	3	4	5
020402 Estreñimiento	1	2	3	4	5
020408 Retención urinaria	1	2	3	4	5
020410 Infección del tracto urinario	1	2	3	4	5
020418 Trombosis venosa	1	2	3	4	5
	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
020404 Disminución del estado nutricional	1	2	3	4	5
020412 Tono muscular	1	2	3	4	5
020414 Movimiento articular	1	2	3	4	5
020420 Inefectividad de la tos	1	2	3	4	5
020421 Capacidad vital	1	2	3	4	5

Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas (0205)
Definición: gravedad del compromiso del funcionamiento psicocognitivo debido a la alteración de la movilidad física.

Indicadores:	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
020501 Alerta disminuida	1	2	3	4	5
020502 Orientación disminuida	1	2	3	4	5
020511 Capacidad para actuar	1	2	3	4	5
	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
020508 Trastornos del sueño	1	2	3	4	5

Factores de riesgo	Intervenciones
• Dolor grave. • Parálisis. • Alteración del nivel de conciencia. • Inmovilización mecánica. • Inmovilización prescrita.	*** Fomento del ejercicio. (0200)** *** Manejo del dolor. (1400)** *** Manejo de energía. (0180)** *** Manejo ambiental. (6480)** *** Manejo intestinal. (0430)** *** Manejo nutrición. (1100)** *** Vigilancia. (6650)**

* Se aconseja usar esta etiqueta para centrar los cuidados enfermeros en las actividades de prevención del deterioro de los sistemas corporales y sólo cuando el riesgo tenga su origen en conductas inapropiadas de la persona o del cuidador que puedan ser modificadas, o en factores externos sobre los que sea posible actuar eliminándolos, reduciéndolos o modificando sus efectos.
Se desaconseja utilizarla cuando la persona o el cuidador hagan todo lo que está a su alcance para reducir el riesgo aunque éste persista.

Diagnóstico: "*DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN* "

Definición: Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de alimentación.

Características definitorias	Resultados
• Incapacidad para: - Deglutir los alimentos. - Prepararlos para su ingestión. - Manejar los utensilios. - Masticar la comida. - Ingerir los alimentos de forma segura. - Ingerir alimentos suficientes.	**Autogestión de los cuidados (1613)** *Definición*: acciones del destinatario de los cuidados para dirigir a otros que ayudan o realizan tareas físicas y a personal de asistencia sanitaria. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado — Raramente demostrado — A veces demostrado — Frecuentemente demostrado — Siempre demostrado 161302 Describe los cuidados apropiados — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 **Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) (0300)** *Definición*: capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin mecanismo de ayuda. ***Indicadores:*** — Gravemente comprometido — Sustancialmente comprometido — Moderadamente comprometido — Levemente comprometido — No comprometido 030001 Come — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 030007 Higiene bucal — 1 — 2 — 3 — 4 — 5
Factores de relación	**Intervenciones**
• Debilidad o cansancio. • Deterioro neuromuscular. • Dolor. • Deterioro perceptual o cognitivo. • Barreras ambientales. • Disminución o falta de motivación. • Deterioro musculoesquelético.	* **Ayuda con los cuidados: alimentación. (1803)** * **Alimentación. (1050)** * **Manejo ambiental. (6480)** * **Enseñanza individual. (5606)** * **Terapia de deglución. (1860)**

Diagnóstico: "*DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL WC*"

<table>
<tr><td colspan="2">Definición: Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de uso del orinal o wc.</td></tr>
<tr><th>Características definitorias</th><th>Resultados</th></tr>
<tr><td>• Incapacidad para:
- Llegar hasta el WC.
- Sentarse o levantarse del WC o del orinal.
- Realizar la higiene adecuada tras la evacuación.
- Manipular la ropa para la evacuación.</td><td>Autogestión de los cuidados (1613)
Definición: acciones del destinatario de los cuidados para dirigir a otros que ayudan o realizan tareas físicas y a personal de asistencia sanitaria.
<table><tr><th>Indicadores:</th><th>Nunca demostrado</th><th>Raramente demostrado</th><th>A veces demostrado</th><th>Frecuentemente demostrado</th><th>Siempre demostrado</th></tr><tr><td>161302 Describe los cuidados apropiados</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) (0300)
Definición: capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin mecanismo de ayuda.
<table><tr><th>Indicadores:</th><th>Gravemente comprometido</th><th>Sustancialmente comprometido</th><th>Moderadamente comprometido</th><th>Levemente comprometido</th><th>No comprometido</th></tr><tr><td>030003 Uso del inodoro</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table></td></tr>
<tr><th>Factores de relación</th><th>Intervenciones</th></tr>
<tr><td>• Barreras ambientales.
• Deterioro de la movilidad.
• Deterioro musculoesquelético.
• Deterioro neuromuscular.
• Deterioro perceptual o cognitivo.
• Debilidad o cansancio.
• Dolor.</td><td>* Ayuda con los cuidados: aseo. (1804)
* Manejo ambiental. (6480)
* Enseñanza individual. (5606)</td></tr>
</table>

Diagnóstico: "*DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO/ACICALAMIENTO*"

Definición: Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido y arreglo personal.

Características definitorias	**Resultados**
• Deterioro de la capacidad para: - Poner o quitarse las prendas de ropa necesarias. - Obtener o reemplazar los artículos de vestir. - Abrocharse la ropa. • Incapacidad para: - Mantener el aspecto en un nivel satisfactorio.	**Autogestión de los cuidados (1613)** *Definición*: acciones del destinatario de los cuidados para dirigir a otros que ayudan o realizan tareas físicas y a personal de asistencia sanitaria. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado — Raramente demostrado — A veces demostrado — Frecuentemente demostrado — Siempre demostrado 161302 Describe los cuidados apropiados — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 **Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) (0300)** *Definición*: capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin mecanismo de ayuda. ***Indicadores:*** — Gravemente comprometido — Sustancialmente comprometido — Moderadamente comprometido — Levemente comprometido — No comprometido 030002 Se viste — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 030005 Se peina — 1 — 2 — 3 — 4 — 5
Factores de relación	**Intervenciones**
• Disminución o falta de motivación. • Dolor. • Deterioro perceptual o cognitivo. • Debilidad o cansancio. • Deterioro neuromuscular. • Deterioro musculoesquelético. • Barreras ambientales.	* **Ayuda con los cuidados: vestir/arreglo personal. (1802)** * **Manejo ambiental. (6480)** * **Enseñanza individual. (5606)**

Diagnóstico: "*DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE*"

Definición: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/higiene.

Características definitorias	Resultados
• Incapacidad para: - Lavar total o parcialmente el cuerpo. - Entrar y salir del baño.	**Autogestión de los cuidados (1613)** *Definición*: acciones del destinatario de los cuidados para dirigir a otros que ayudan o realizan tareas físicas y a personal de asistencia sanitaria. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado — Raramente demostrado — A veces demostrado — Frecuentemente demostrado — Siempre demostrado 161302 Describe los cuidados apropiados — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 **Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) (0300)** *Definición*: capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin mecanismo de ayuda. ***Indicadores:*** — Gravemente comprometido — Sustancialmente comprometido — Moderadamente comprometido — Levemente comprometido — No comprometido 030004 Se baña — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 030006 Higiene — 1 — 2 — 3 — 4 — 5
Factores de relación	**Intervenciones**
• Disminución o falta de motivación. • Debilidad y cansancio. • Dolor. • Deterioro cognitivo o perceptual. • Deterioro musculoesquelético. • Deterioro neuromuscular. • Barreras ambientales.	*** Ayuda con los cuidados: baño/higiene. (1801)** *** Baño. (1610)** *** Prevención de caídas. (6490)** *** Enseñanza individual. (5606)**

Diagnóstico: "*LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS*"

Definición: Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

Características definitorias	Resultados
• Disnea. • Ausencia o inefectividad de la tos. • Producción de esputo. • Cianosis. • Sonidos respiratorios adventicios (sibilancias, estertores, crepitantes, roncus). • Cambios en la frecuencia y ritmo respiratorios. • Agitación.	**Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (0410)** *Definición*: vías traqueobronquiales permanecen abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire ***Indicadores:*** — Gravemente comprometido — Sustancialmente comprometido — Moderadamente comprometido — Levemente comprometido — No comprometido 041005 Ritmo respiratorio: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 041006 Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 (Grave — Sustancial — Moderado — Leve — Ninguno) 041003 Asfixia: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 041007 Ruidos respiratorios patológicos: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 **Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609)** *Definición*: acciones personales para paliar o eliminar patología. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado — Raramente demostrad — A veces demostrado — Frecuentemente demostrado — Siempre demostrado 160904 Cumple las actividades prescritas: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 **Prevención de la aspiración (1918)** *Definición*: acciones personales para prevenir el paso de partículas líquidas o sólidas hacia los pulmones. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado — Raramente demostrado — A veces demostrado — Frecuentemente demostrado — Siempre demostrado 191802 Evita factores de riesgo: 1 — 2 — 3 — 4 — 5
Factores de relación	**Intervenciones**
• **Ambientales**. Tabaquismo. • **Obstrucción de las vías aéreas**. Retención de las secreciones. Mucosidad excesiva Vía aérea artificial. • **Fisiológicos**. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Infección. Asma. Disfunción neuromuscular.	*** Manejo de las vías aéreas. (3140)**

Diagnóstico: "*DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA*"

Definición: Limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades.

Características definitorias	Resultados
• Inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades habituales de la vida diaria. • Limitación de la habilidad para las habilidades motoras groseras. • Limitación de la habilidad para las habilidades motoras finas. • Movimientos descoordinados o espasmódicos. • Dificultad para girarse en la cama. • Falta de aliento inducida por el movimiento. • Cambios en la marcha. • Enlentecimiento del movimiento. • Temblor inducido por el movimiento.	**Movilidad (0208)** *Definición*: capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente, con o sin mecanismos de ayuda ***Indicadores:*** (Gravemente comprometido / Sustancialmente comprometido / Moderadamente comprometido / Levemente comprometido / No comprometido) 020801 Mantenimiento del equilibrio 1 2 3 4 5 020802 Mantenimiento de la posición corporal 1 2 3 4 5 020803 Movimiento muscular 1 2 3 4 5 020804 Movimiento articular 1 2 3 4 5 020805 Realización del traslado 1 2 3 4 5 020806 Ambulación 1 2 3 4 5
Factores de relación	**Intervenciones**
• Medicamentos. • Prescripción de restricción de movimientos. • Malestar o dolor. • Índice de masa corporal por encima del percentil 75 para la edad. • Deterioro sensorioperceptivo. • Deterioro neuromuscular o musculoesquelético. • Intolerancia a la actividad o disminución de la fuerza o resistencia. • Deterioro cognitivo. • Sedentarismo, desuso o mala forma física. • Desnutrición selectiva o generalizada. • Falta de apoyo físico o social. • Pérdida de integridad de las estructuras óseas.	*** Terapia de ejercicios: ambulación. (0221)** *** Terapia de ejercicios: movilidad articular. (0226)** *** Cambio de posición. (0840)** *** Ayuda al autocuidado. (1800)** *** Cuidados del paciente encamado. (0740)** *** Manejo ambiental. (6480)** *** Ayuda con los autocuidados: transferencia. (1806)**

Diagnóstico: "*DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO*"

Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo.

Características definitorias	Resultados
• Desvelo prolongado. • Insomnio mantenido. • Despertar antes o después de lo deseado. • Insatisfacción con el sueño. • Tiempo total de sueño menor del considerado normal para la edad.	**Sueño (0004)** *Definición*: suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo ***Indicadores:*** — Gravemente comprometido — Sustancialmente comprometido — Moderadamente comprometido — Levemente comprometido — No comprometido 000404 Calidad del sueño: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 000405 Eficiencia de sueño (tasa de tiempo desueño/tiempo total destinado a dormir): 1 — 2 — 3 — 4 — 5
Factores de relación	**Intervenciones**
• Higiene del sueño inadecuada (dieta, ruido, temperatura, humedad, posición,...) • Ansiedad. • Soledad. • Medicamentos. • Depresión. • Sujeciones físicas. • Urgencia urinaria, incontinencia. • Dolor. • Falta de aliento (disnea, tos,...) • Reflujo gastroesofágico.	*** Mejorar el sueño. (1850)**

Diagnóstico: "*DOLOR CRÓNICO*"

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración mayor de 6 meses.

Características definitorias	**Resultados**
• Informes verbales o codificados u observación de evidencias de conducta de protección o defensa, máscara facial, irritabilidad, centrar la atención en sí mismo, agitación, depresión. • Atrofia de los grupos musculares implicados. • Cambios en el patrón de sueño. • Fatiga. • Alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas.	**Control del dolor (1605)** *Definición*: acciones personales para controlar el dolor. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado / Raramente demostrado / A veces demostrado / Frecuentemente demostrado / Siempre demostrado 160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas — 1 2 3 4 5 160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada — 1 2 3 4 5 160508 Utiliza los recursos disponibles — 1 2 3 4 5 160511 Refiere dolor controlado — 1 2 3 4 5
Factores de relación	**Intervenciones**
• Incapacidad física o psicosocial crónica.	*** Manejo del dolor. (1400)**

Diagnóstico: "*CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (ESPECIFICAR)*"*

Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.						
Características definitorias	**Resultados**					
• Verbalización del problema. • Seguimiento inexacto de las instrucciones. • Realización inadecuada de las pruebas. • Comportamientos inapropiados o exagerados (p. ej.: histeria, hostilidad, agitación, apatía).	**Conocimiento: régimen terapéutico (1813)** *Definición*: grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico.					
	Indicadores:	Ninguno	Escaso	Moderado	Sustancial	Extenso
	181304 Descripción de los efectos esperados del tratamiento	1	2	3	4	5
	181309 Descripción de los procedimientos prescritos	1	2	3	4	5
	181310 Descripción del proceso de la enfermedad	1	2	3	4	5
Factores de relación	**Intervenciones**					
• Falta de exposición. • Falta de memoria. • Mala interpretación de la información. • Limitación cognitiva. • Falta de interés en el aprendizaje. • Poca familiaridad con los recursos para obtener la información.	*** Enseñanza: individual. (5606)**					

* Se aconseja utilizar esta etiqueta de forma positiva, es decir, cuando las nuevas experiencias o los cambios en el estilo de vida o de salud requieran que la persona adquiera conocimientos amplios y estructurados, con la finalidad de manejar con competencia la nueva situación.
Se desaconseja utilizarla cuando la falta de conocimientos no sea el problema, sino la causa que lo produce.

Diagnóstico: "*DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL*"

Definición: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos.

Características definitorias	**Resultados**
• Desorientación en las tres esferas: el tiempo, el espacio, las personas. • Incapacidad para hablar el lenguaje dominante. • No hablar o no poder hablar. • Hablar o verbalizar con dificultad. • Dificultad para formar palabras o frases (p. ej.: afonía, dislalia, disartria). • Dificultad para expresar los pensamientos verbalmente (p. ej.: afasia, disfasia, apraxia, dislexia). • Disnea. • Dificultad para comprender o mantener el patrón de comunicación habitual. • Déficit visual total o parcial. • Dificultad o incapacidad para usar las expresiones faciales o corporales.	**Comunicación (0902)** *Definición*: recepción, interpretación y expresión de los mensajes verbales, escritos y no verbales. ***Indicadores:*** — Gravemente comprometida — Sustancialmente comprometida — Moderadamente comprometida — Levemente comprometida — No comprometida 090202 Utiliza el lenguaje hablado — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 090205 Utiliza el lenguaje no verbal — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 090206 Reconoce los mensajes recibidos — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 090207 Dirige el mensaje de forma apropiada — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 090208 Intercambia mensajes con los demás — 1 — 2 — 3 — 4 — 5
Factores de relación	**Intervenciones**
• Disminución de la circulación cerebral. • Diferencias culturales. • Barreras psicológicas (p. ej.: psicosis, falta de estímulos). • Barreras físicas (p. ej.: traqueostomía, intubación). • Defectos anatómicos (p. ej.: paladar hendido, alteración del sistema visual neuromuscular, del sistema auditivo, del aparato de la fonación). • Tumor cerebral. • Efectos secundarios de la medicación. • Alteración de las percepciones. • Alteración del sistema nervioso central.	*** Escucha activa. (4920)** *** Mejorar la comunicación: déficit auditivo. (4974)** *** Mejorar la comunicación: déficit del habla. (4976)**

Diagnóstico: "*ANSIEDAD*"

Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

Características definitorias	Resultados
• **Conductuales** (expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales, insomnio, inquietud, etc.). • **Afectivas** (irritabilidad, angustia, temor, etc.). • **Fisiológicas** (palpitaciones, diarrea, dificultad respiratoria, etc.). • **Cognitivas** (bloqueo del pensamiento, confusión, deterioro de la atención, etc.).	**Autocontrol de la ansiedad (1402)** *Definición:* acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificable. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado — Raramente demostrado — A veces demostrado — Frecuentemente demostrado — Siempre demostrado 140202 Elimina precursores de la ansiedad — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 140206 Utiliza estrategias de superación efectivas — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 140216 Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad — 1 — 2 — 3 — 4 — 5
Factores de relación	**Intervenciones**
• Conflicto inconsciente sobre los valores y metas esenciales de la vida. • Necesidades no satisfechas. • Asociación familiar o herencia. • Amenaza de muerte. • Amenaza al autoconcepto. • Estrés. • Amenaza de cambio en: - el rol - el estado de salud - los patrones de interacción - el entorno - la situación económica.	*** Disminución de la ansiedad. (5820)**

Diagnóstico: "*BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL*"

Definición: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar).

Características definitorias	Resultados
• Informes verbales de que la situación actual desafía su valía personal. • Verbalizaciones autonegativas. • Conducta indecisa, no asertiva. • Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar la situación o los acontecimientos. • Expresiones de desesperanza e inutilidad.	**Modificación psicosocial: cambio de vida (1305)** *Definición*: respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado — Raramente demostrado — A veces demostrado — Frecuentemente demostrado — Siempre demostrado 130501 Establecimiento de objetivos realistas: 1 2 3 4 5 130502 Mantenimiento de la autoestima: 1 2 3 4 5 130509 Uso de estrategias de superación efectivas: 1 2 3 4 5 130511 Expresiones de satisfacción con la reorganización de la vida: 1 2 3 4 5
Factores de relación	**Intervenciones**
• Alteración de la imagen corporal. • Deterioro funcional (especificar). • Pérdida (especificar). • Cambios del rol social (especificar). • Falta de reconocimiento o recompensas. • Conducta inconsciente con los valores. • Fallo, rechazo.	*** Aumentar el afrontamiento. (5230)** *** Potenciación de la autoestima. (5400)**

Diagnóstico: "*RIESGO DE SOLEDAD*"

Definición: Riesgo de experimentar una vaga disforia.

Características definitorias	Resultados
	Severidad de la soledad (1203) *Definición*: gravedad de la respuesta emocional o existencial de aislamiento. ***Indicadores:*** — Grave — Sustancial — Moderado — Leve — Ninguno 120307 Expresión de aislamiento social — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 120309 Expresión de ser excluido — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 120312 Dificultad para establecer contacto con otras personas — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 120314 Dificultad para tener una relación mutua eficaz — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 **Implicación social (1503)** *Definición*: interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado — Raramente demostrado — A veces demostrado — Frecuentemente demostrado — Siempre demostrado 150301 Interacción con amigos íntimos — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 150302 Interacción con amigos — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 150303 Interacción con miembros de la familia — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 150311 Participación en actividades de ocio — 1 — 2 — 3 — 4 — 5
Factores de riesgo	**Intervenciones**
• Deprivación afectiva. • Aislamiento físico. • Falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas. • Aislamiento social.	*** Potenciación de la socialización. (5100)** *** Fomentar la implicación familiar. (7110)**

Diagnóstico: "*RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR*"

Definición: El cuidador es vulnerable a la percepción de dificultad para desempeñar su rol de cuidador de la familia.

Características definitorias	Resultados
	Alteración del estilo de vida del cuidador familiar (2203) *Definición*: gravedad de alteraciones en el estilo de vida de un miembro de la familia debido a su papel de cuidador familiar. ***Indicadores:*** — Gravemente comprometida — Sustancialmente comprometida — Moderadamente comprometida — Levemente comprometida — No comprometida 220305 Relaciones con otros miembros de la familia alteradas: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 220306 Interacciones sociales afectadas: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 Grave — Sustancial — Moderado — Leve — Ninguno 220319 Cargas económicas del cuidador: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 **Preparación del cuidador familiar domiciliario (2202)** *Definición*: grado de preparación de un cuidador para asumir la responsabilidad de la asistencia sanitaria domiciliaria de un miembro de la familia. ***Indicadores:*** — Inadecuado — Ligeramente adecuado — Moderadamente adecuado — Sustancialmente adecuado — Completamente adecuado 220201 Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 220202 Conocimiento sobre el papel de cuidador familiar: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 220208 Conocimiento de la actividad prescrita: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 220214 Apoyo social: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 220216 Bienestar del cuidador familiar: 1 — 2 — 3 — 4 — 5
Factores de riesgo	**Intervenciones**
• Falta de descanso o distracción del cuidador. • Problemas psicológicos o cognitivos del receptor de los cuidados • Duración de la necesidad de cuidados • Cuidados numerosos o complejos. • Deterioro de la salud del cuidador. • Aislamiento de la familia o del cuidador. • Falta de experiencia en brindar cuidados. • Entorno físico inadecuado para prestar los cuidados. (p. ej.: acondicionamiento doméstico, transportes....) • Historia anterior de malas relaciones entre la persona que brinda los cuidados y la que los recibe. • Adicción o codependencia.	*** Apoyo al cuidador principal. (7040)** *** Cuidados intermitentes. (7270)** *** Fomento de la implicación familiar. (7110)**

Diagnóstico: *"PATRÓN SEXUAL INEFECTIVO"*

Definición: Expresión de preocupación respecto a la propia sexualidad.

Características definitorias	Resultados
• Manifestación de dificultad, limitaciones o cambios en los comportamientos o actividades sexuales.	**Identidad sexual (1207)** *Definición*: reconocimiento y aceptación de la propia identidad sexual. ***Indicadores:*** — Nunca positivo — Raramente positivo — A veces positivo — Frecuentemente positivo — Siempre positivo 120709 Refiere relaciones íntimas saludables — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 120710 Refiere funcionamiento sexual saludable — 1 — 2 — 3 — 4 — 5
Factores de relación	**Intervenciones**
• Falta de una persona significativa. • Deterioro de las relaciones con la persona significativa. • Déficit de conocimientos o habilidades sobre respuestas alternativas a transiciones relacionadas con la salud, alteración de la estructura o función corporales, enfermedad o tratamiento médico. • Falta de intimidad.	*** Asesoramiento sexual. (5230)**

Diagnóstico: *"AFRONTAMIENTO INEFECTIVO"*

Definición: Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

Características definitorias	Resultados
• Falta de conductas orientadas al logro de objetivos o a la resolución de los problemas, incluyendo incapacidad para organizar la información. • Trastornos del sueño. • Abuso de agentes químicos. • Empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa. • Fatiga. • Solución inadecuada de los problemas. • Expresión de incapacidad para afrontar la situación o para pedir ayuda. • Incapacidad para satisfacer las necesidades básicas. • Conducta destructiva hacia sí mismo o hacia los otros. • Incapacidad para satisfacer las expectativas del rol. • Alta tasa de enfermedad. • Cambio en los patrones de comunicación habituales.	**Afrontamiento de problemas (1302)** *Definición:* acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo. ***Indicadores:*** — Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado 130203 Verbaliza sensación de control — 1	2	3	4	5 130210 Adopta conductas para reducir el estrés — 1	2	3	4	5 130212 Utiliza estrategias de superación efectivas — 1	2	3	4	5 130215 Busca ayuda profesional de forma apropiada — 1	2	3	4	5 130218 Refiere aumento del bienestar psicológico — 1	2	3	4	5
Factores de relación	**Intervenciones**
• Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación. • Incertidumbre. • Inadecuación del apoyo social condicionado por las características de las relaciones. • Inadecuación de los recursos disponibles. • Incapacidad para conservar las energías adaptativas.	*** Apoyo en toma de decisiones. (5250)** *** Aumentar el afrontamiento. (5230)**

Diagnóstico: "*RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL*"

Definición: Riesgo de sufrir una alteración de la sensación de conexión armoniosa con la vida y con el universo en la que pueden modificarse las dimensiones que trascienden al yo y le confiere poder.

Características definitorias	Resultados
	Salud espiritual (2001) *Definición*: vinculaciones con el yo, los otros, el poder superior, la naturaleza y el universo que trascienden y se apoderan del yo. ***Indicadores:*** — Gravemente comprometido — Sustancialmente comprometido — Moderadamente comprometido — Levemente comprometido — No comprometido 200102 Expresión de confianza: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 200103 Expresión de significado y fin de la vida: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 200112 Interacción con líderes espirituales: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 200116 Relación con el yo interior: 1 — 2 — 3 — 4 — 5 200117 Relación con los demás para compartir pensamientos, sentimientos y creencias: 1 — 2 — 3 — 4 — 5
Factores de riego	**Intervenciones**
• Ansiedad agotadora. • Baja autoestima. • Malas relaciones. • Estrés físico o psicológico. • Pérdida de un ser querido. • Pérdidas situacionales. • Incapacidad para perdonar. • Enfermedad mental. • Enfermedad física.	*** Apoyo espiritual. (5420)**

ESTANDARIZACIÓN
de cuidados de enfermería *al paciente* inmovilizado en el domicilio

ANEXOS

ANEXO 1. Intervenciones

Relación de Intervenciones de Enfermería

Alimentación 63
Apoyo al cuidador principal 64
Apoyo en la toma de decisiones 65
Apoyo espiritual 66
Asesoramiento 67
Asesoramiento sexual 68
Aumentar el afrontamiento 69
Ayuda al autocuidado 71
Ayuda con los autocuidados: alimentación 72
Ayuda con los autocuidados: aseo 73
Ayuda con los autocuidados: baño/higiene 74
Ayuda con los autocuidados: transferencia 75
Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal 76
Baño 77
Cambio de posición 78
Cuidados de incontinencia intestinal 79
Cuidados de la incontinencia urinaria 80
Cuidados de la retención urinaria 81
Cuidados de las heridas 82
Cuidados de las úlceras por presión 83
Cuidados del paciente encamado 84
Cuidados intermitentes 85
Disminución de la ansiedad 86
Enseñanza: individual 87
Enseñanza: sexo seguro 88
Entrenamiento intestinal 89
Escucha activa 90
Fomentar la implicación familiar 91
Fomento del ejercicio 92
Manejo ambiental 93
Manejo ambiental: seguridad 94
Manejo de la eliminación urinaria 95
Manejo de la energía 96
Manejo de la nutrición 98
Manejo de las vías aéreas 99
Manejo de presiones 100

Manejo del dolor 101
Manejo del estreñimiento/impactación 103
Manejo intestinal 104
Mejorar el sueño 105
Mejorar la comunicación: déficit auditivo 106
Mejorar la comunicación verbal: déficit del habla 107
Modificación de la conducta 108
Potenciación de la autoestima 109
Potenciación de la socialización 110
Precauciones para evitar la aspiración 111
Prevención de caídas 112
Prevención de úlceras por presión 114
Terapia de deglución 115
Terapia de ejercicios: ambulación 116
Terapia de ejercicios: movilidad articular 117
Vestir 118
Vigilancia 119
Vigilancia de la piel 120
Vigilancia: seguridad 121

Alimentación 1050

Definición*:* proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no puede alimentarse por sí mismo.

Actividades:

1. Identificar la dieta prescrita.
2. Disponer la bandeja de comida y la mesa de forma atractiva.
3. Crear un ambiente placentero durante la comida (colocar cuñas, orinales y el equipo de aspiración fuera de la vista).
4. Proporcionar alivio adecuado para el dolor antes de las comidas, si procede.
5. Facilitar higiene bucal después de las comidas.
6. Identificar la presencia del reflejo de deglución, si fuera necesario.
7. Sentarse durante la comida para inducir sensación de placer y relajación.
8. Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito.
9. Preguntar al paciente sus preferencias en el orden de los alimentos.
10. Establecer los alimentos según lo prefiera el paciente.
11. Mantenerse en posición recta, con la cabeza y el cuello flexionados ligeramente hacia afuera durante la alimentación.
12. Colocar la comida en el lado no afectado de la boca, cuando sea el caso.
13. Acompañar la comida con agua, si es necesario.
14. Proteger con un babero, si procede.
15. Preguntar al paciente para que nos indique cuándo ha terminado, si procede.
16. Registrar la ingesta, si resulta oportuno.
17. Evitar disimular los fármacos con la comida.
18. Proporcionar una paja con la bebida, si es necesario o se desea.
19. Proporcionar alimentos para comer con los dedos, si procede.
20. Proporcionar las comidas a la temperatura más apetecible.
21. Evitar distraer al paciente durante la deglución.
22. Realizar la alimentación sin prisas / lentamente.
23. Posponer la alimentación si el paciente estuviera fatigado.
24. Animar a los padres / familia a que alimenten al paciente.

Apoyo al cuidador principal 7040

Definición*:* suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.

Actividades:

1. Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
2. Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
3. Aceptar las expresiones de emoción negativa.
4. Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
5. Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
6. Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, si procede.
7. Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.
8. Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso.
9. Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.
10. Animar la aceptación de independencia entre los miembros de la familia.
11. Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente.
12. Proporcionar información sobre el estado del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.
13. Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.
14. Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
15. Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas por teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios.
16. Observar si hay indicios de estrés.
17. Explorar con el cuidador principal como lo esta afrontando.
18. Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.
19. Educar al cuidador sobre los procesos de quejas.
20. Apoyar al cuidador mediante procesos de quejas.
21. Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.
22. Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.
23. Promover una red social de cuidadores.
24. Identificar fuentes de cuidados prolongados.
25. Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
26. Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
27. Informar al personal/ centro de los servicios de emergencia sobre la estancia del paciente en casa, estado de salud y tecnologías utilizadas con el consentimiento del paciente o de la familia.
28. Comentar con el paciente los límites del cuidador.
29. Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.
30. Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de si mismo.

Apoyo en la toma de decisiones 5250

Definición*:* proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar decisiones sobre cuidados sanitarios.

Actividades:

1. Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y el punto de vista de los cuidadores sanitarios sobre la condición del paciente.
2. Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones.
3. Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
4. Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.
5. Obtener el consentimiento válido, cuando se requiera.
6. Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
7. Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.
8. Proporcionar la información solicitada por el paciente.
9. Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas.
10. Servir de enlace entre el paciente y la familia.
11. Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios.
12. Derivar al asesor jurídico, si procede.
13. Remitir a grupos de apoyo, si procede.

Apoyo espiritual 5420

Definición: ayuda al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias.

Actividades:

1. Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía.
2. Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual, si procede.
3. Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual.
4. Tratar al individuo con dignidad y respeto.
5. Animar a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás.
6. Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.
7. Fomentar la participación en grupos de apoyo.
8. Enseñar métodos de relajación, meditación e imaginación guiad a.
9. Compartir las propias creencias sobre significado y propósito, si procede.
10. Compartir la propia perspectiva espiritual, si procede.
11. Dar oportunidades para discutir sobre diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo.
12. Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo.
13. Proporcionar música, literatura o programas de radio o TV espirituales al individuo.
14. Estar abierto a las expresiones del individuo de soledad e impotencia.
15. Alentar la asistencia a servicios religiosos, si se desea.
16. Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea.
17. Proporcionar los objetos espirituales deseados, de acuerdo con las preferencias del individuo.
18. Remitir al asesor espiritual de la elección del individuo.
19. Utilizar técnicas de clarificación de valores para ayudar al individuo a clarificar sus creencias y valores, si procede.
20. Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo.
21. Expresar simpatía con los sentimientos del individuo.
22. Facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo.
23. Escuchar atentamente la comunicación del individuo y desarrollar un sentido de oportunismo para la oración o rituales espirituales.
24. Asegurar al individuo que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.
25. Estar abierto a los sentimientos del individuo acerca de la enfermedad y la muerte.
26. Ayudar al individuo a expresar y liberar la ira de forma adecuada.

Asesoramiento 5240

Definición*:* utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

Actividades:

1. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
2. Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.
3. Establecer la duración de las relaciones de asesoramiento.
4. Establecer metas.
5. Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad.
6. Proporcionar información objetiva, según sea necesario y si procede.
7. Favorecer la expresión de sentimientos.
8. Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.
9. Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones.
10. Pedir al paciente/ser querido que identifique lo que puede/no puede hacer sobre lo que le sucede.
11. Ayudar al paciente a que realice una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema.
12. Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el punto de vista del equipo de cuidadores acerca de la situación.
13. Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia.
14. Expresar oralmente la discrepancia entre los sentimientos y conducta del paciente.
15. Utilizar herramientas de valoración (papel y lápiz, cinta de audio, cinta de vídeo o ejercicios interactivos con otras personas) para ayudar a que aumente la conciencia de sí mismo del paciente y el conocimiento de la situación por parte del asesor, si procede.
16. Revelar aspectos seleccionados de las experiencias propias o de la personalidad para dar autenticidad y confianza, si resulta oportuno.
17. Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes, y reforzarlos.
18. Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades, si procede.
19. Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados.
20. Reforzar nuevas habilidades.
21. Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un estrés severo.

Asesoramiento sexual 5248

Definición: utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar la resolución de un suceso/trastorno sexual.

Actividades:

1. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
2. Proporcionar intimidad y asegurar confidencialidad.
3. Informar al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés (u otros problemas/sucesos que experimenta el paciente) a menudo alteran el funcionamiento sexual.
4. Proporcionar información acerca del funcionamiento sexual.
5. Comenzar con los tópicos menos sensibles y progresar a los más sensibles.
6. Discutir el efecto de la situación de enfermedad/salud sobre la sexualidad.
7. Discutir el efecto de la medicación sobre la sexualidad.
8. Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos a hacer preguntas.
9. Identificar los objetivos de aprendizaje necesarios para conseguir las metas.
10. Discutir la necesidad de modificaciones de la actividad sexual, si procede.
11. Ayudar al paciente a expresar la pena y el enfado por las alteraciones del funcionamiento/aspecto corporal, si procede.
12. Evitar mostrar aversión por una parte corporal alterada.
13. Presentar al paciente modelos de rol positivos que hayan superado con éxito un problema similar, si procede.
14. Proporcionar información concreta acerca de mitos sexuales y malas informaciones que el paciente pueda manifestar verbalmente.
15. Discutir acerca de formas alternativas de expresión sexual que sean aceptables para el paciente, si procede.
16. Incluir al esposo/compañero sexual en el asesoramiento lo máximo posible, si es el caso.

Aumentar el afrontamiento 5230

Definición*:* ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

Actividades:

1. Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si esta indicado.
2. Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
3. Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
4. Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.
5. Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
6. Disponer de un ambiente de aceptación.
7. Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
8. Ayudar al paciente a identificar la información que mas le interese obtener.
9. Proporcionar información objetiva respecto al diagnostico, tratamiento, y pronostico.
10. Proporcionar al paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería.
11. Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
12. Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
13. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
14. Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.
15. Fomentar un dominio gradual de la situación.
16. Animar al paciente a desarrollar relaciones.
17. Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
18. Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
19. Alentar la aceptación de las limitaciones de los demás.
20. Reconocer la experiencia espiritual/cultural del paciente.
21. Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado.
22. Explorar los éxitos anteriores del paciente.
23. Indagar las razones del paciente para su autocrítica.
24. Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).
25. Facilitar las salidas constructivas a la ira y a la hostilidad.
26. Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.
27. Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de los demás.
28. Fomentar la identificación de valores vitales específicos.
29. Estudiar con el paciente métodos anteriores en el manejo de problemas vitales.
30. Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.
31. Apoyar el uso de mecanismos de defensas adecuados.
32. Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
33. Tratar las consecuencias de comportarse con sentimientos de culpa y vergüenza.
34. Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
35. Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.
36. Ayudar al paciente a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables.
37. Ayudar al paciente a examinar fuentes disponibles para cumplir los objetivos.

38. Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser mal interpretados como amenazadores.
39. Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social.
40. Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.
41. Determinar el riesgo del paciente para hacerse daño.
42. Animar la implicación familiar, si procede.
43. Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.
44. Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.
45. Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva.
46. Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario.
47. Ayudar al paciente a que se queje y trabaje por las pérdidas de la enfermedad y/o discapacidad crónica, si es el caso.
48. Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados.
49. Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.

Ayuda al autocuidado 1800

Definición*:* ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.

Actividades:

1. Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes.
2. Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.
3. Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).
4. Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
5. Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.
6. Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio de establecerlas.
7. Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.
8. Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.
9. Enseñar a los padres/familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.
10. Establecer una rutina de actividades de autocuidados.
11. Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidados.

Ayuda con los autocuidados: alimentación 1803

Definición*:* ayudar a una persona a comer.

Actividades:

1. Identificarla dieta prescrita.
2. Poner la bandeja y la mesa de forma atractiva.
3. Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida (colocar cuñas, orinales y equipo de aspiración fuera de la vista).
4. Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas, si procede.
5. Proporcionar higiene bucal antes de las comidas.
6. Arreglar la comida en la bandeja, si es necesario, como cortar la carne o pelar unos huevos.
7. Abrir los alimentos empaquetados.
8. Evitar colocar la comida en el lado ciego de una persona.
9. Describir la ubicación de la comida en la bandeja para las personas con impedimentos de la visión.
10. Colocar al paciente en una posición cómoda.
11. Proteger con un babero, si procede.
12. Proporcionar una paja de beber, si es necesario o se desea.
13. Suministrar los alimentos a la temperatura más apetitosa.
14. Anotar la ingesta, si procede.
15. Animar al paciente a que coma en el comedor, si estuviera disponible.
16. Proporcionar dispositivos de adaptación para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo (asas largas, asas con una circunferencia grande o pequeñas correas en los utensilios), si es necesario.
17. Utilizar tazas con asa grande, si fuera necesario.
18. Utilizar platos y vasos irrompibles y pesados, según se precise.
19. Proporcionar señales frecuentes y una estrecha supervisión, si procede.

Ayuda con los autocuidados: aseo 1804

Definición*:* ayudar a otra persona en las eliminaciones.

Actividades:

1. Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.
2. Ayudar al paciente en el aseo/cuña/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados.
3. Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad.
4. Disponer intimidad durante la eliminación.
5. Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación.
6. Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación.
7. Tirar de la cadena/limpiar el utensilio de la eliminación.
8. Instaurar un programa de aseo, si procede.
9. Enseñar al paciente/otras personas significativas la rutina del aseo.
10. Instaurar idas al baño, si procede y es necesario.
11. Proporcionar dispositivos de ayuda (catéter externo u orinal), si proce de.

Ayuda con los autocuidados: baño/higiene 1801

Definición: ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

Actividades:

1. Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a pie de cama/en el baño.
2. Proporcionar los objetos deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).
3. Facilitar que el paciente se cepille los dientes, si es el caso.
4. Facilitar que el paciente se bañe el mismo, si procede
5. Comprobar la limpieza de uñas, según la capacidad de autocuidado del paciente
6. Facilitar el mantenimiento de las rutinas del paciente a la hora de irse a la cama.
7. Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

Ayuda con los autocuidados: transferencia 1806

Definición*:* ayudar a una persona a cambiar de sitio el cuerpo

Actividades:

1. Determinar la capacidad actual del individuo para moverse (p. ej: fuerza, nivel de habilidad, resistencia).
2. Determinar la capacidad actual del individuo para comprender instrucciones y soportar las cargas.
3. Determinar la presencia de inestabilidad clínica u ortopédica que pueda impedir el traslado.
4. Determinar la presencia de hipotensión ortostática.
5. Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el individuo.
6. Identificar los métodos para evitar lesiones durante el traslado.
7. Enseñar al individuo las técnicas adecuadas de traslado de una zona a otra (p. ej: de la cama a la silla, de la silla a la cama, de la silla de ruedas al vehículo, del vehículo a la silla de ruedas).
8. Demostrar la técnica, si procede.
9. Facilitar apoyo para el cuerpo y las extremidades durante el traslado, si procede.
10. Enseñar al individuo a trasladarse para conseguir el mayor nivel de independencia posible.
11. Proporcionar mecanismos de ayuda (p. ej: barras en las paredes, cuerdas atadas en el cabezal y en los pies de la cama para moverse del centro al borde de la cama) para ayudar al individuo a moverse por sí solo, si procede.
12. Enseñar al individuo el uso adecuado de ayudas ambulatorias (p. ej: muletas, silla de ruedas, andadores, barra de trapecio, bastón).
13. Utilizar un cinturón de traslado, si procede.
14. Animar al sujeto para que aprenda a trasladarse autónomamente.
15. Documentar el progreso, si procede.

Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal 1802

Definición: ayudar a un paciente con las ropas y el maquillaje.

Actividades:

1. Disponer las prendas del paciente en una zona accesible (al pie de la cama).
2. Proporcionar las prendas personales, si resulta oportuno.
3. Estar disponible para ayudar el vestir, si es necesario.
4. Facilitar el peinado del cabello del paciente, si es el caso.
5. Facilitar que el paciente se afeite el mismo, si procede.
6. Mantener la intimidad mientras se viste.
7. Ayudar con los cordones, botones y cremalleras.
8. Reafirmar los esfuerzos por vestirse a sí mismo.

Baño 1610

Definición: baño corporal a efectos de relajación, limpieza y curación.

Actividades:

1. Ayudar con la ducha de silla, bañera, ducha de pie o baño de asiento.
2. Lavar el cabello.
3. Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable.
4. Ayudar con el cuidado perianal.
5. Ayudar con las medidas de higiene (utilizar perfume o desodorante).
6. Afeitar al paciente.
7. Aplicar crema hidratante en las zonas de piel seca.
8. Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas.
9. Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.
10. Controlar la capacidad funcional durante el baño.

Cambio de posición 0840

Definición: movimiento deliberado del paciente o una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y/o psicológico.

Actividades:

1. Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.
2. Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición.
3. Animar al paciente a participar en los cambios de posición.
4. Colocar en la posición terapéutica adecuada.
5. Colocar en posición de alineación corporal correcta.
6. Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada.
7. Colocar en posición para alivio de disnea.
8. Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo de escroto).
9. Fomentar la realización de ejercicios activos de margen de movimientos.
10. Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.
11. Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.
12. Minimizar el roce al cambiar de posición.
13. Colocar una tabla para los pies a la cama.
14. Girar mediante la técnica de hacer rodar troncos.
15. Colocar en posición que favorezca el drenaje urinario.
16. Colocar en posición que evite tensiones en la herida.
17. Colocar un respaldo, sí procede.
18. Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.
19. Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros (rodillo de manos y rodillo de trocánter).
20. Colocar los objetos de uso frecuente al alcance.

Cuidados de incontinencia intestinal 0410

Definición: estimulación de la continencia intestinal y mantenimiento de la integridad de la piel perianal.

Actividades:
1. Explicar la etiología del problema y la base de las acciones.
2. Determinar los objetivos del programa de manejo intestinal con el paciente/familia.
3. Examinar los procedimientos y resultados esperados con el paciente.
4. Instruir al paciente/familia a que lleve un registro de defecación.
5. Lavar la zona perianal con jabón y agua y secarla bien después de cada deposición.
6. Mantener la cama y la ropa de cama limpias.
7. Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal.
8. Controlar la dieta y las necesidades de líquidos.
9. Estar alerta por sí hubiera efectos secundarios a la administración de medicamentos.
10. Colocar pañales de incontinencia.

Cuidados de la incontinencia urinaria 0610

Definición: ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.

Actividades:

1. Proporcionar intimidad para la evacuación.
2. Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
3. Controlar periódicamente la eliminación urinaria.
4. Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente.
5. Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo.
6. Ayudar a seleccionar la prenda/compresa de incontinencia adecuada.
7. Proporcionar prendas protectoras, si es necesario.
8. Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
9. Demostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de incontinencia.
10. Limitar los líquidos durante dos o tres horas antes de irse a la cama.
11. Enseñar al paciente a beber un mínimo de 1.500cc de líquidos al día.
12. Enseñar maneras de evitar el estreñimiento o la impactación de heces.
13. Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (colas, café, té y chocolote).
14. Controlar periódicamente la afectividad de los tratamientos.
15. Controlar periódicamente los hábitos intestinales.

Cuidados de la retención urinaria 0620

Definición*:* ayudar a aliviar la distensión de la vejiga.

Actividades:

1. Realizar una evaluación urinaria exhaustiva centrándose en la incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación urinaria, función cognoscitiva y problemas urinarios anteriores).
2. Proporcionar intimidad para la eliminación.
3. Estimular el reflejo de la vejiga aplicando frío en el abdomen, frotando la parte interior del muslo o haciendo correr agua.
4. Proporcionar tiempo suficiente para el vaciado de la vejiga (10 min.).
5. Disponer maniobra de Crede (presión manual sobre la vejiga para ayudar a eliminar la orina), si es necesario.
6. Insertar catéter urinario, si procede.
7. Controlar periódicamente la ingesta y la eliminación.
8. Vigilar periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante la palpación y percusión.
9. Ayudar en el aseo a intervalos regulares, si procede.
10. Implementar cateterización intermitente, si procede.
11. Remitir al especialista en continencia urinaria, si procede.

Cuidados de las heridas 3660

Definición*:* prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.

Actividades:

1. Despegar los apósitos y la cinta adhesiva.
2. Afeitar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario.
3. Controlar las características de la herida, incluyendo drenaje, color tamaño y olor.
4. Medir el lecho de la herida, si procede.
5. Sacar el material incrustado (astilla, cristal, grava, metal), según sea necesario.
6. Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico, si procede.
7. Colocar la zona afectada en un baño de remolino, si procede.
8. Atender el lugar de incisión, según sea necesario.
9. Administrar cuidados de la úlcera dérmica, si es necesario.
10. Aplicar un ungüento adecuado a la piel/lesión, si procede.
11. Vendar de forma adecuada.
12. Reforzar el apósito, si es necesario.
13. Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.
14. Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
15. Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.
16. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
17. Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede.
18. Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2horas, si procede.
19. Fomentar la ingesta de líquidos, si procede.
20. Remitir al médico de la ostomía de la herida, si procede.
21. Remitir al dietista, si procede.
22. Aplicar TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea) para favorecer la curación de la herida, si procede. Colocar mecanismos de alivio de presión (p. ej.: colchones de aire, de espuma o gel; almohadillas para el codo o el talón; cojín para la silla), si procede.
23. Ayudar al paciente y a la familia a obtener material.
24. Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura.
25. Enseñar al paciente o a miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.
26. Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.
27. Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida.

Cuidados de las úlceras por presión 3520

Definición: facilitar la curación de las úlceras por presión

Actividades:

1. Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.
2. Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel circundante.
3. Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación.
4. Aplicar calor húmedo a la ulcera para mejorar la perfusión sanguínea y el aporte del oxigeno a la zona.
5. Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.
6. Desbridar la úlcera, si es necesario.
7. Limpiar la úlcera con la solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro.
8. Anotar las características del drenaje.
9. Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda.
10. Remojar con solución salina, según corresponda.
11. Aplicar ungüentos, si procede.
12. Aplicar vendajes, si está indicado.
13. Administrar medicaciones orales, si procede.
14. Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida.
15. Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada.
16. Utilizar camas y colchones especiales, si procede.
17. Utilizar mecanismos en la cama (badana) para proteger al paciente.
18. Asegurar una ingesta dietética adecuada.
19. Controlar el estado nutricional.
20. Verificar la ingesta adecuada de calorías y proteínas de alta calidad.
21. Enseñar al paciente/miembros de la familia/ cuidador a vigilar si hay signos de rotura de la piel, si procede.
22. Enseñar al paciente / miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.
23. Facilitar servicios de consulta de los cuidados de la terapia de la enterostomía, según sea necesario.

Cuidados del paciente encamado 0740

Definición: fomento de la comodidad, la seguridad y la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.

Actividades:

1. Explicar las razones del reposo en cama.
2. Colocar al paciente sobre una cama/colchón terapéutico adecuado.
3. Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.
4. Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.
5. Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas.
6. Colocar en la cama una base de apoyo para los pies.
7. Utilizar dispositivos en la cama (p. ej.: piel de oveja) que protejan al paciente.
8. Aplicar dispositivos que eviten los pies equinos.
9. Subir las barandillas, si procede.
10. Colocar el interruptor de posicionamiento de la cama al alcance de la mano.
11. Colocar la mesilla de noche al alcance del paciente.
12. Fijar un trapecio a la cama, si procede.
13. Cambiarlo de posición, según lo indique el estado de la piel.
14. Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas, de acuerdo con un programa específico.
15. Vigilar el estado de la piel.
16. Enseñar ejercicios de cama, si procede.
17. Realizar ejercicios de margen de movimiento pasivos y/o activos.
18. Ayudar con las medidas de higiene (p. ej.: uso de desodorante o perfume).
19. Ayudar con las actividades de la vida diaria.
20. Observar si se produce estreñimiento.
21. Controlar la función urinaria.

Cuidados intermitentes 7260

Definición: provisión de cuidados de corta duración para proporcionar descanso a un cuidador familiar

Actividades:

1. Establecer una relación terapéutica con el paciente / familia.
2. Controlar la capacidad de resistencia del cuidador.
3. Informar al paciente/ familia acerca de los fondos estatales disponibles para los cuidados intermitentes.
4. Coordinar el voluntariado para los servicios en casa, si procede.
5. Seguir la rutina habitual de cuidados.
6. Proporcionar cuidados, como ejercicios, deambulación e higiene, si se requiere.
7. Determinar la forma de contacto con el cuidador habitual.
8. Mantener un ambiente hogareño normal.
9. Realizar un informe al cuidador habitual al regreso.

Disminución de la ansiedad 5820

Definición: minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

1. Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
2. Tratar la de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
3. Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
4. Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.
5. Escuchar con atención.
6. Reforzar el comportamiento, si procede.
7. Crear un ambiente que facilite la confianza.
8. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
9. Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades del paciente.
10. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
11. Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.
12. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
13. Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

Enseñanza: individual 5606

Definición: planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.

Actividades:

1. Establecer compenetración.
2. Establecer la credibilidad del educador.
3. Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.
4. Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
5. Valorar el nivel educativo del paciente.
6. Valorar las capacidades / incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas.
7. Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).
8. Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica (creencias sobre la salud, incumplimientos pasados, malas experiencias con cuidados / aprendizaje de salud y metas conflictivas).
9. Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender, si procede.
10. Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente.
11. Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas.
12. Determinar la secuencia de presentación de la información.
13. Seleccionar los materiales educativos adecuados.
14. Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades / incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas del paciente.
15. Ajustar la instrucción para facilitar el aprendizaje, según proceda.
16. Proporcionar un ambiente que conduzca al aprendizaje.
17. Instruir al paciente, cuando corresponda.
18. Evaluar la consecución de los objetivos establecidos por parte del paciente.
19. Reforzar la conducta, si se considera oportuno.
20. Corregir las malas interpretaciones de la información, si procede.
21. Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
22. Seleccionar nuevos métodos / estrategias de enseñanza, si los anteriores hubieran sido ineficaces.
23. Remitir al paciente a otros especialistas / centros para conseguir los objetivos de enseñanza, si es preciso.
24. Registrar el contenido presentado, los materiales escritos proporcionados y la comprensión del paciente de la información o las conductas del paciente que indiquen aprendizaje en el registro médico permanente.
25. Incluir a la familia / ser querido, si es posible.

Enseñanza: sexo seguro 5622

Definición: proporcionar instrucciones acerca de medidas de protección durante la relación sexual

Actividades:

1. Subrayar la importancia de conocer el historial sexual del compañero, si resulta oportuno.
2. Instruir al paciente en las prácticas sexuales de bajo riesgo, como las que evitan la penetración corporal o el intercambio de fluidos corporales.
3. Instruir al paciente sobre la importancia de una buena higiene, lubricación y eliminación de orina después de la relación, para disminuir la susceptibilidad a infecciones.
4. Fomentar el uso de preservativos, si procede.
5. Enseñar al paciente a elegir preservativos y mantenerlos intactos, si procede.
6. Instruir al paciente sobre la colocación y extracción correcta de los preservativos, si procede.
7. Discutir con el paciente las formas de convencer al compañero para que use preservativos.
8. Instruir al paciente en productos espermicidas que puedan atajar las enfermedades de transmisión sexual, si procede.
9. Proporcionar al paciente productos espermicidas y preservativos.
10. Animar al paciente con alto riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual a pasar exámenes regulares.
11. Planificar clases de educación sexual para grupos de pacientes, si procede.

Entrenamiento intestinal 0440

Definición: ayuda al paciente en la educación del intestino para que evacue a intervalos determinados.

Actividades:

1. Planificar un programa intestinal con el paciente y demás personas relacionadas.
2. Enseñar al paciente/familia los principios de la educación intestinal.
3. Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra.
4. Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.
5. Asegurarse de que se realizan los ejercicios adecuados.
6. Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones.
7. Disponer de intimidad.
8. Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares.
9. Modificar el programa intestinal, si es necesario.

Escucha activa 4920

Definición*:* gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.

Actividades:

1. Establecer el propósito de la interacción.
2. Mostrar interés en el paciente.
3. Favorecer la expresión de sentimientos.
4. Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales, y otras distracciones.
5. Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.
6. Estar atento a la propia actitud física en la comunicación de mensajes no verbales.
7. Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como contenido de la conversación.
8. Estar atento a las palabras que se evitan, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.
9. Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz.
10. Identificar los temas predominantes.
11. Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual.
12. Calcular una respuesta, de forma que refleje la comprensión del mensaje recibido.
13. Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
14. Verificar la comprensión del mensaje.
15. Recurrir a una serie de interacciones para descubrir el significado del comportamiento.
16. Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).
17. Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

Fomentar la implicación familiar 7110

Definición: facilitar la participación de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.

Actividades:

1. Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.
2. Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
3. Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal.
4. Identificar los déficit de autocuidados del paciente.
5. Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse con el paciente.
6. Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto del paciente.
7. Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluyendo resultados esperados e implantación del plan de cuidados.
8. Animar a los miembros de la familia y al paciente a ser asertivos en sus relaciones con los profesionales sanitarios.
9. Observar la estructura familiar y sus roles.
10. Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente.
11. Proporcionar información crucial a los miembros de la familia sobre el paciente de acuerdo con los deseos de este último.
12. Facilitar la comprensión de aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia.
13. Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación y los sucesos desencadenantes, sentimientos del paciente y conductas del paciente.
14. Identificar otros factores relacionados con el estrés sobre la situación para los miembros de la familia.
15. Reconocer los síntomas físicos relacionados con el estrés de los miembros de la familia (llanto, náuseas, vómitos y estado de distracción).
16. Determinar el nivel de dependencia respecto de la familia que tiene el paciente, si procede por la edad o la enfermedad.
17. Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente.
18. Reconocer y respetar los mecanismos para enfrentarse con los problemas utilizados por la familia.
19. Identificar las dificultades de afrontamiento del paciente junto con los miembros de la familia.
20. Identificar las capacidades y habilidades del paciente junto con los miembros de la familia.
21. Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente.
22. Animar a los miembros de la familia a mantener relaciones familiares, según cada caso.
23. Comentar las opciones existentes según el tipo de cuidados necesarios en casa, como vida en grupo, cuidados de residencia y cuidados intermitentes, si procede.
24. Facilitar el control familiar de los aspectos médicos de la enfermedad por parte de los miembros de la familia.

Fomento del ejercicio 0200

Definición*:* facilitar, regularmente, la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

Actividades:

1. Valorar las ideas del individuo sobre el efecto del ejercicio físico en la salud.
2. Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios.
3. Explorar las barreras para el ejercicio.
4. Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca de los ejercicios o la necesidad de los mismos.
5. Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
6. Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios.
7. Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
8. Ayudar al individuo a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.
9. Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.
10. Realizar los ejercicios con la persona, si procede.
11. Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.
12. Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
13. Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico y/o el fisioterapeuta.
14. Instruir al individuo acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios del programa.
15. Controlar el cumplimiento del individuo del programa/actividad de ejercicios.
16. Ayudar al individuo a preparar y registrar en un gráfico/hoja los progresos para motivar la adhesión al programa de ejercicios.
17. Instruir al individuo acerca de las condiciones que justifiquen el cese o alteración del programa de ejercicios.
18. Instruir al individuo en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados.
19. Preparar al individuo en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio.
20. Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercido físico.
21. Reforzar el programa para potenciar la motivación del paciente (p. ej.: estimación del aumento de la resistencia; pesajes semanales).
22. Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercidos.
23. Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.

Manejo ambiental 6480

Definición: manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.

Actividades:

1. Crear un ambiente seguro para el paciente.
2. Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta.
3. Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas flojas y muebles pequeños, móviles).
4. Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.
5. Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas, si procede.
6. Disponer dispositivos de adaptación (banco de escalera o barandillas), si procede.
7. Colocar los muebles en la habitación de una manera que se acomode mejor a las discapacidades del paciente o de la familia.
8. Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente.
9. Eliminar los materiales utilizados durante el cambio de apósitos y la eliminación, así como cualquier olor residual antes de las visitas y de las comidas.
10. Disminuir los estímulos ambientales, si procede.
11. Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
12. Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades del paciente, en caso de que se altere la temperatura corporal.
13. Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.
14. Proporcionar música.
15. Proporcionar auriculares para escuchar música en privado cuando ésta pueda molestar a otras personas.
16. Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.
17. Proporcionar a la familia/ser querido información sobre la composición de un ambiente hogareño seguro para el paciente.

Manejo ambiental: seguridad 6486

Definición: vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.

Actividades:

1. Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognitiva y el historial de conducta del paciente.
2. Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físico, biológico y químico).
3. Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.
4. Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
5. Disponer dispositivos de adaptación (banqueta de escalera o barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente.
6. Utilizar dispositivos de protección (restricción física, puertas cerradas, valla y portones) para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas.
7. Proporcionar al paciente números telefónicos de urgencias (centro de salud local,urgencias sanitarias 061, emergencias 112, policía, centro nacional de toxicología,...).
8. Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente.
9. Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro (remitirse a "Asistencia en el mantenimiento del hogar" → Clasificación de Intervenciones de Enfermería).

Manejo de la eliminación urinaria 0590

Definición*:* mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo

Actividades:

1. Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, si procede.
2. Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.
3. Identificar factores que contribuyan a episodios de incontinencia.
4. Enseñar al paciente/familia a registrar la producción urinaria, si procede.
5. Remitir al médico si se producen signos y síntomas de infección del tracto urinario.
6. Enseñar al paciente a obtener muestras de orina a mitad de la micción al primer signo y síntoma de infección.
7. Enseñar a responder inmediatamente a la urgencia de orinar, si procede.
8. Enseñar al paciente a beber un cuarto de litro de líquido con las comidas, entre las comidas y al anochecer.
9. Ayudar al paciente con el desarrollo de la rutina de ir al aseo, si procede.
10. Restringir los líquidos, si procede.
11. Enseñar al paciente a observar los signos y los síntomas de infección del tracto urinario.

Manejo de la energía 0180

Definición*:* regulación del uso de energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

Actividades:

1. Determinar las limitaciones físicas del paciente.
2. Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/ser querido.
3. Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones.
4. Determinar la causa de fatiga (tratamientos, dolor y medicamentos).
5. Determinar qué y cuánta actividad se necesita para reconstruir la resistencia física.
6. Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
7. Consultar con el dietista la forma de aumentar la ingesta de alimentos energéticos.
8. Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.
9. Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras disritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria).
10. Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
11. Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad.
12. Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognoscitiva y el autocontrol/regulación de la actividad.
13. Establecer límites a la hiperactividad cuando interfiera con otras personas o con el paciente.
14. Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación.
15. Limitar la cantidad de visitas y las interrupciones por parte de las mismas, si procede.
16. Favorecer el reposo/limitación de actividades (aumentar el número de periodos de descanso).
17. Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad.
18. Establecer actividades físicas que reduzcan la competencia de aporte de oxígeno a las funciones corporales vitales (evitar la actividad inmediatamente después de las comidas).
19. Utilizar ejercicios de movimientos articulares activos para aliviar la tensión muscular.
20. Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.
21. Fomentar las siestas, si resulta apropiado.
22. Ayudar al paciente a programar períodos de descanso.
23. Evitar realizar actividades de cuidados durante los períodos de descanso programados.
24. Planificar las actividades para los períodos en los que el paciente tiene más energía.
25. Ayudar al paciente a sentarse en el borde de la cama, si no puede moverse o caminar.
26. Ayudar en las actividades físicas normales (deambulación, traslados, giros y cuidado personal), si resulta necesario.
27. Favorecer a actividad física (deambulación, traslados, giros y cuidado personal), si resulta necesario.
28. Controlar la administración y efecto de los estimulantes o sedantes.
29. Favorecer la actividad física (deambulación o realización de actividades de la vida diaria, coherente con los recursos energéticos del paciente).
30. Controlar la respuesta de oxigeno del paciente (frecuencia cardiaca, ritmo cardiaco y frecuencia respiratoria) a los autocuidados o actividades de cuidados por parte de otros.

31. Enseñar al paciente y a los seres queridos aquellas técnicas de autocuidados que minimicen el consumo de oxígeno (técnicas de automonitorización y por pasos en la realización de las actividades diarias).
32. Instruir al paciente/ser querido a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad.
33. Instruir al paciente/ser querido a notificar de los cuidados sanitarios proporcionados si los signos y síntomas persistieran.
34. Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía (requisitos para la restricción de actividad o reposo en cama).
35. Ayudar al paciente a identificar las tareas que pueden ser realizadas por los familiares y amigos en casa para evitar o aliviar la fatiga.
36. Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.
37. Ayudar al paciente a priorizar las actividades para acomodar los niveles de energía.
38. Ayudar al paciente/ser querido a establecer metas realistas de actividades.
39. Ayudar al paciente a identificar las preferencias de actividades.
40. Ayudar al paciente a elegir actividades que reconstruyan la resistencia de forma gradual.
41. Ayudar al paciente a limitar el sueño diurno proporcionando actividades que fomenten el estar despierto de forma plena, si procede.
42. Evaluar el aumento programado de los niveles de actividades.
43. Ayudar al paciente a automonitorizarse desarrollando y utilizando un registro de ingesta calórica y de gasto de energía si procede.

Manejo de la nutrición 1100

Definición*:* ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.

Actividades:

1. Preguntar al paciente si tiene alergia a algún alimento.
2. Determinaciones las preferencias de comidas del paciente.
3. Determinar -en colaboración con el dietista, si procede- el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.
4. Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.
5. Favorecer la ingesta de alimentos ricos en hierro, si procede.
6. Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C, si es el caso.
7. Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca/zumos de fruta), cuando sea preciso.
8. Dar comidas ligeras, en puré y blandas, si procede.
9. Proporcionar un sustituto del azúcar, cuando resulte oportuno.
10. Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
11. Ofrecer hierbas y especias como alternativas a la sal.
12. Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.
13. Realizar una selección de comidas.
14. Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, según cada caso.
15. Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si es necesario.
16. Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.
17. Pesar al paciente a intervalos adecuados.
18. Animar al paciente a que utilice dentaduras de ajuste correcto y/o que obtenga cuidados dentales.
19. Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.
20. Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.
21. Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.
22. Ayudar al paciente a recibir asistencia de los programas nutricionales comunitarios apropiados, si es preciso.

Manejo de las vías aéreas 3140

Definición*:* asegurar la permeabilidad de la vía aérea.

Actividades:

1. Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.
2. Realizar fisioterapia torácica si está indicado.
3. Eliminar las secreciones fomentando la tos.
4. Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.
5. Enseñar a toser de manera efectiva.
6. Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.
7. Administrar broncodilatadores, si procede.
8. Enseñar al paciente a utilizar inhaladores prescritos, si es el caso.
9. Administrar tratamientos con aerosol, si es el caso.
10. Administrar tratamientos con nebulizador ultrasónico, si procede.
11. Administrar aire u oxígeno humidificados, si procede.
12. Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio de líquidos.
13. Colocar al paciente en posición tal que se alivie la disnea.
14. Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, si procede.

Manejo de presiones 3500

Definición*:* minimizar la presión sobre las partes corporales.

Actividades:

1. Vestir al paciente con prendas no ajustadas.
2. Colocar al paciente sobre un colchón/cama terapéutica.
3. Colocar la zona sobre una almohadilla de espuma de poliuretano, si procede.
4. Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada.
5. Administrar fricciones en la espalda/cuello, si está indicado.
6. Elevar la extremidad lesionada.
7. Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas, de acuerdo con el programa específico.
8. Facilitar pequeños cambios del peso corporal.
9. Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel.
10. Comprobar la movilidad y actividad del paciente.
11. Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar los factores de riesgo del paciente (escala de Braden).
12. Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libres de presiones continuas.
13. Aplicar protectores de talones, si lo precisa el caso.
14. Vigilar el estado nutricional del paciente.
15. Observar si hay fuentes de cizallamiento.

Manejo del dolor 1400

Definición*:* alivio o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:

1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluye la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
2. Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
3. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
4. Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
5. Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor
6. Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.
7. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
8. Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor
9. Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan el historial individual y familiar de dolores crónicos o que conlleven discapacidad, si es el caso.
10. Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.
11. Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.
12. Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (hoja de informe, llevar un diario).
13. Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento.
14. Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
15. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
16. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).
17. Considerar la disponibilidad del paciente a participar, capacidad de participar, preferencias, apoyo del método por parte de los seres queridos, y contraindicaciones al seleccionar una estrategia de alivio del dolor
18. Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor, si procede.
19. Enseñar los principios de control del dolor.
20. Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.
21. Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.
22. Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/frío y

masajes) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente, y junto con las otras medidas de alivio del dolor
23. Explorar el uso actual del paciente de métodos farmacológicos de alivio del dolor.
24. Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor.
25. Animar al paciente a utilizar medicación para el dolor adecuada.
26. Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas de alivio del dolor, si procede.
27. Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
28. Poner en práctica el uso de la analgesia controlada por el paciente, si se considera oportuno.
29. Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo.
30. Medicar antes de una actividad para aumentar la participación, aunque valorando el peligro de la sedación.
31. Asegurar las estrategias de analgesia de pretratamiento y/o no farmacológica antes de los procedimientos dolorosos.
32. Verificar el nivel de molestia con el paciente, anotar los cambios en el registro médico e informar a otros cuidadores que trabajen con el paciente.
33. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
34. Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.
35. Fomentar períodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
36. Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso.
37. Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.
38. Informar a otros cuidadores/miembros de la familia sobre las estrategias no farmacológicas utilizadas por el paciente para fomentar actitudes preventivas en el manejo del dolor.
39. Utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor, cuando corresponda.
40. Considerar la posibilidad de remitir el paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes, si procede.
41. Proporcionar una información veraz para alentar el conocimiento y respuesta de la familia a la experiencia del dolor.
42. Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible.
43. Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.

Manejo del estreñimiento/impactación 0450

Definición: prevención y alivio del estreñimiento/impactación.

Actividades:

1. Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
2. Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación.
3. Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.
4. Vigilar la existencia de sonidos intestinales.
5. Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.
6. Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.
7. Evaluar la medicación para ver si hay efectos gastrointestinales secundarios.
8. Enseñar al paciente/familia que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.
9. Enseñar al paciente/familia a mantener un diario de comidas.
10. Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra, si procede.
11. Instruir al paciente/familia sobre el uso correcto de laxantes.
12. Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio, y la ingesta de líquidos para el estreñimiento impactación.
13. Consultar con el médico. Si persisten los signos y síntomas del estreñimiento impactación.
14. Administrar laxantes o enemas, si procede.
15. Informar al paciente acerca del procedimiento de extracción manual de heces, si fuera necesario.
16. Extraer la impactación fecal manualmente, si fuera necesario.
17. Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda.
18. Enseñar al paciente o familia los procesos digestivos normales.
19. Enseñar al paciente/familia el tiempo de resolución del estreñimiento.

Manejo intestinal 0430

Definición: establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal de esquema regular.

Actividades:

1. Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal.
2. Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.
3. Observar si hay sonidos intestinales.
4. Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos.
5. Informar si hay disminución de sonidos intestinales.
6. Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.
7. Evaluar la incontinencia fecal, si es el caso.
8. Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal, y uso de laxantes con anterioridad.
9. Enseñar al paciente las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal.
10. Instruir al paciente/miembros de la familia a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.
11. Administrar supositorios de glicerina, si es necesario.
12. Poner en marcha un programa de entrenamiento intestinal, si resulta oportuno.
13. Disminuir la ingesta de alimentos que formen gases, si procede.
14. Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibras.
15. Administrar líquidos calientes después de las comidas, si está indicado.
16. Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.

Mejorar el sueño 1850

Definición: facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

Actividades:

1. Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.
2. Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
3. Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño.
4. Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
5. Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
6. Controlar la ingesta de alimentación y bebida a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.
7. Enseñar al paciente a controlar las pautas de sueño.
8. Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran en el sueño.
9. Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede.
10. Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.
11. Disponer/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso
12. Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.
13. Disponer siestecillas durante el día, si se indica, para cumplir con las necesidades de sueño.
14. Identificar los medicamentos que el paciente esta tomando para el sueño.
15. Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.
16. Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.
17. Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño.

Mejorar la comunicación: déficit auditivo 4974

Definición: ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con una disminución de la capacidad auditiva.

Actividades:

1. Facilitar el uso de dispositivos que mejoren la audición, si procede.
2. Mantener el dispositivo de audición limpio.
3. Comprobar las pilas del dispositivo de audición de forma rutinaria.
4. Dar órdenes sencillas, de una en una.
5. Escuchar atentamente.
6. Acercarse al oído menos afectado.
7. Mirar directamente al paciente, hablar despacio, claro y conciso.
8. Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede.
9. Aumentar el volumen de la voz, si procede.
10. No cubrirse la boca, fumar, hablar con la boca llena o masticar chicle al hablar.
11. Llamar la atención del paciente mediante el contacto físico.
12. Utilizar papel, lápiz o comunicación por ordenador, cuando sea necesario.

Mejorar la comunicación verbal: déficit del habla 4976

Definición: ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con trastornos del habla.

Actividades:

1. Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje del paciente, si procede.
2. Permitir que el paciente oiga lenguaje hablado con frecuencia, si es preciso.
3. Disponer guías/recordatorios verbales.
4. Dar una orden simple cada vez, si es el caso.
5. Escuchar con atención.
6. Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede.
7. Abstenerse de gritar al paciente con trastornos de comunicación.
8. Abstenerse de bajar la voz al final de una frase.
9. Estar de pie delante del paciente al hablar.
10. Utilizar cartones con dibujos, si es preciso.
11. Utilizar gestos con las manos.
12. Realizar terapias de lenguaje-habla prescriptas durante los contactos informales con el paciente.
13. Instruir al paciente y a la familia sobre dispositivos de ayuda del habla (prótesis traqueoesofágicas y laringes artificiales).
14. Animar al paciente a que repita las palabras.
15. Proporcionar un refuerzo y una valoración positivos, si procede.
16. Seguir las conversaciones en un sentido, según corresponda.
17. Reforzar la necesidad de seguimiento de un foniatra después del alta.
18. Utilizar un intérprete, si fuera necesario.

Modificación de la conducta 4360

Definición: promoción de un cambio de conducta.

Actividades:

1. Determinar la motivación al cambio del paciente.
2. Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla.
3. Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.
4. Ofrecer un refuerzo positivo a las decisiones del paciente que han sido tomadas independientemente.
5. Animar al paciente a que examine su propia conducta.
6. Ayudar al paciente a identificar los más pequeños éxitos producidos.
7. Identificar la conducta que ha de cambiarse (conducta objetivo) en términos específicos concretos.
8. Utilizar períodos de tiempo específicos al medir las unidades de conducta (p. ej.: número de cigarrillos fumados al día).
9. Establecer objetivos de conducta de forma escrita.
10. Establecer un suceso guía de la conducta antes de iniciar el cambio.
11. Desarrollar un método (un gráfico o diagrama) para registrar la conducta y sus cambios.
12. Animar al paciente a participar en el registro de conductas.
13. Discutir el proceso de modificación de la conducta con el paciente/ser querido.
14. Facilitar la implicación de otros cuidadores sanitarios en el proceso de modificación, si procede.
15. Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación, si procede.
16. Animar al paciente a participar en la selección de refuerzos.
17. Elegir refuerzos que tengan sentido para el paciente.
18. Considerar los refuerzos dados por los cuidadores (atención, tiempo de conversación y lectura ofrecidas al paciente).
19. Registrar el proceso de modificación, si es necesario.
20. Comunicar el plan de intervención y las modificaciones al equipo de tratamiento regularmente.
21. Realizar un seguimiento de refuerzo a largo plazo (contacto telefónico o personal).

Potenciación de la autoestima 5400

Definición: ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

Actividades:

1. Observar las frases del paciente sobre su propia valía.
2. Determinar la posición de control del paciente.
3. Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios.
4. Animar al paciente a identificar sus virtudes.
5. Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.
6. Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente.
7. Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, si procede.
8. Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
9. Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse.
10. Abstenerse de burlarse.
11. Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
12. Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
13. Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede.
14. Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.
15. Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, si procede.
16. Explorar las consecuciones con éxito anteriores.
17. Explorar las razones de la auto crítica o culpa.
18. Animar al paciente a evaluar su propia conducta.
19. Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.
20. Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.
21. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.
22. Ayudar al paciente a identificar la importancia de su cultura, religión, raza, género y edad en la autoestima y los niveles de autoestima en el tiempo.
23. Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo.
24. Observar la falta de seguimiento en la consecución de objetivos.
25. Observar los niveles de autoestima, si procede.
26. Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.

Potenciación de la socialización 5100

Definición: facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.

Actividades:

1. Fomentar la implicación en relaciones potenciadas ya establecidas.
2. Animar al paciente a desarrollar relaciones.
3. Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
4. Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
5. Fomentar compartir problemas comunes con los demás.
6. Fomentar la sinceridad al presentarse a los demás.
7. Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos.
8. Fomentar el respeto de los derechos de los demás.
9. Responder a la mejora del cuidado del aspecto personal y demás actividades.
10. Ayudar al paciente a que aumente la consciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.
11. Proporcionar modelos de rol que expresen la ira de forma adecuada.
12. Solicitar y esperar comunicaciones verbales.
13. Responder de forma positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás.
14. Explorar los puntos fuertes y débiles del circulo actual de relaciones.

Precauciones para evitar la aspiración 3200

Definición: prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.

Actividades:

1. Vigilar el nivel de consciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva.
2. Controlar el estado pulmonar.
3. Colocación vertical a 90º o lo más incorporado posible.
4. Mantener el equipo de aspiración disponible.
5. Alimentación en pequeñas cantidades.
6. Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica o de gastrostomía antes de la alimentación.
7. Comprobar los residuos nasogástricos o de gastrostomía antes de la alimentación.
8. Evitar la alimentación, si los residuos son abundantes.
9. Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes.
10. Ofrecer alimentos y líquidos que puedan formar un bolo antes de la deglución.
11. Trocear los alimentos en porciones pequeñas.
12. Romper o desmenuzar las píldoras antes de su administración.
13. Mantener el cabecero de la cama elevado durante 30 a 45 minutos después de la alimentación.
14. Sugerir la consulta con foniatría o logopedia, si procede.

Prevención de caídas 6490

Definición: establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

Actividades:

1. Identificar déficit cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
2. Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.
3. Revisar la historia de caídas con el paciente y la familia.
4. Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).
5. Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación.
6. Pedir al paciente su percepción de equilibrio, según proceda.
7. Compartir con el paciente observaciones sobre el paso y el movimiento.
8. Sugerir cambios en el paso del paciente.
9. Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la manera de caminar.
10. Ayudar a la deambulación de la persona inestable.
11. Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable.
12. Animar al paciente a utilizar un bastón o un andador, si procede.
13. Enseñar al paciente a utilizar un bastón o un andador, si procede.
14. Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.
15. Bloquear las ruedas de las sillas, camas, u otros dispositivos en la transferencia del paciente.
16. Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
17. Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.
18. Observar la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa.
19. Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc.
20. Disponer un asiento de baño elevado para que la transferencia sea más sencilla.
21. Disponer sillas de altura adecuada, con respaldo y apoyabrazos para un traslado más sencillo.
22. Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.
23. Disponer que el asiento de la silla sea envolvente para limitar la movilidad, si procede.
24. Colocar una cuña de espuma en el asiento de la silla para evitar que el paciente se levante, si procede.
25. Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador esté ausente.
26. Retirar los muebles bajos (bancos y mesas) que supongan un riesgo de tropezones.
27. Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
28. Disponer una iluminación adecuada para aumentarla visibilidad.
29. Disponer luz nocturna en la mesilla de noche.
30. Disponer barandillas y apoyamanos visibles.
31. Colocar puertas en los accesos que conduzcan a escaleras.
32. Disponer superficies de suelo antideslizantes, anticaídas.

33. Disponer una superficie antideslizante en la bañera o la ducha.
34. Disponer banquetas para caminar firmes y antideslizantes (andadores) para facilitar el movimiento al alcanzar objetos.
35. Disponer muebles firmes que no se caigan si se utilizan como apoyo.
36. Orientar al paciente sobre el «orden» físico de la habitación.
37. Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.
38. Instruir al paciente para que lleve las gafas prescritas, si procede, al salir de la cama.
39. Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.
40. Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad.
41. Instruir a la familia sobre la importancia de los pasamanos en escaleras, baños y pasillos.
42. Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos.
43. Sugerir calzado seguro.
44. Desarrollar maneras para que el paciente participe de forma, segura en actividades de ocio.
45. Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad de caídas (hipotensión ortostática y andar inestable).

Prevención de úlceras por presión 3540

Definición: prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.

Actividades:

1. Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden).
2. Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo de úlceras de presión, según protocolo del centro.
3. Animar al individuo a no fumar y a evitar la ingesta de alcohol.
4. Documentar cualquier incidencia anterior de formación de úlceras por presión.
5. Documentar el peso y los cambios de peso.
6. Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
7. Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
8. Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede.
9. Darse la vuelta continuamente cada 1-2 horas, si procede.
10. Darse la vuelta con cuidado (p. ej.: evitar golpes) para evitar lesiones en una piel frágil.
11. Colocar el programa de giros al pie de cama, si procede.
12. Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.
13. Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
14. Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
15. Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas.
16. Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies.
17. Utilizar camas y colchones especiales, si procede.
18. Utilizar mecanismos en la cama (badana) para proteger al individuo.
19. Evitar mecanismos de tipo flotador para la zona sacra.
20. Humedecer la piel seca, intacta.
21. Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño.
22. Vigilar las fuentes de presión y de fricción.
23. Aplicar protectores para los codos y los talones, si procede.
24. Controlar la movilidad y la actividad del individuo.
25. Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.
26. Ayudar al individuo a mantener un peso saludable.
27. Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de rotura de la piel si procede.

Terapia de deglución 1860

Definición: facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de una deglución defectuosa.

Actividades:

1. Determinar la capacidad del paciente para centrar su atención en el aprendizaje/realización de las tareas de ingesta y deglución.
2. Retirar los factores de distracción del ambiente antes de trabajar con el paciente en la deglución.
3. Disponer intimidad para el paciente, según se desee o se indique.
4. Colocarse de forma tal que el paciente pueda ver y oír al cuidador.
5. Explicar el fundamento del régimen de deglución al paciente/familia.
6. Colaborar con el foniatra para enseñar a la familia del paciente el régimen de ejercicios de deglución.
7. Evitar el uso de pajas para beber.
8. Ayudar al paciente a sentarse en una posición erecta (lo más cerca posible de los 90º) para la alimentación/ejercicio.
9. Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia delante, en preparación para la deglución (barbilla metida).
10. Proporcionar un chupachús al paciente para que succiones y así fomentar la fortaleza de la lengua, si no existe contraindicación.
11. Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer.
12. Enseñar al paciente que abra y cierre la boca en preparación para la manipulación de la comida.
13. Enseñar al paciente a no hablar mientras come, si procede.
14. Ayudar al paciente a colocar la comida en la parte posterior de la boca y en el lado no afectado.
15. Observar si hay signos y/o síntomas de aspiración.
16. Vigilar los movimientos de la lengua del paciente mientras come.
17. Observar el sellado de los labios al comer, beber y tragar.
18. Observar si hay signos de fatiga al comer, beber y tragar.
19. Proporcionar un periodo de descanso antes de comer/hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva.
20. Enseñar a la familia/cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.
21. Enseñar a la familia/cuidador las necesidades nutricionales en colaboración con el dietista y las modificaciones dietéticas.
22. Enseñar a la familia/cuidador las medidas de emergencia para los ahogos.
23. Enseñar a la familia/cuidador a comprobar si han quedado restos de comida después de comer.
24. Proporcionar instrucciones escritas, si procede.
25. Proporcionar/vigilar la consistencia de la comida/líquido en base a los descubrimientos del estudio la deglución.
26. Ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuada.
27. Controlar el peso corporal.
28. Vigilar la hidratación corporal (ingesta, salida, turgencia de la piel y membranas mucosas).
29. Proporcionar cuidados bucales, si es necesario.

Terapia de ejercicios: ambulación 0221

Definición*:* estímulo y asistencia en la deambulación para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.

Actividades:

1. Vestir al paciente con prendas cómodas.
2. Aconsejar que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.
3. Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.
4. Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales.
5. Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación, si es preciso.
6. Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde.
7. Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado.
8. Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.
9. Colocar tarjetas con instrucciones en la cabecera de la cama para facilitar el aprendizaje acerca de los traslados.
10. Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc.) para deambulación si el paciente no camina bien.
11. Ayudar al paciente con la deambulación inicial si es necesario.
12. Insistir al paciente/cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulación seguras.
13. Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda al andar.
14. Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancias realistas con la deambulación.
15. Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de la seguridad.
16. Animar al paciente a que esté levantado por su propia voluntad, si procede.

Terapia de ejercicios: movilidad articular 0224

Definición*:* realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.

Actividades:

1. Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función.
2. Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.
3. Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular.
4. Explicar al paciente/familia el objetivo y el plan de ejercicio de las articulaciones
5. Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/ actividad.
6. Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.
7. Vestir al paciente con prendas cómodas
8. Proteger al paciente de traumas durante el ejercicio.
9. Ayudar al paciente a colocarse en la posición óptima para el movimiento articular pasivo/ activo.
10. Fomentar la realización de ejercicios de arco de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado.
11. Enseñar al paciente/familia a realizar de forma sistemática los ejercicios de arco de movimiento pasivos o activos.
12. Fomentar sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.
13. Fomentar la deambulación, si resulta oportuno.
14. Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones.

Vestir 1630

Definición*:* elegir, poner y quitar las ropas a una persona que no puede realizar tal actividad por sí misma.

Actividades:

1. Identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda en el vestir.
2. Observar la capacidad del paciente para vestirse.
3. Vestir al paciente después de completar la higiene personal.
4. Fomentar su participación en la elección de la vestimenta.
5. Fomentar el uso de mecanismos para el autocuidado, si procede.
6. Vestir la extremidad afectada primero, si procede.
7. Vestir al paciente con ropas que no le aprieten.
8. Cambiar la ropa del paciente al acostarse.
9. Elegir los zapatos/zapatillas que faciliten un caminar o deambulación seguros.
10. Proporcionar asistencia hasta que el paciente sea totalmente capaz de responsabilizarse y de vestirse por sí mismo.

Vigilancia 6650

Definición*:* recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.

Actividades:

1. Determinar el riesgo de la salud del paciente, si procede.
2. Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales.
3. Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud.
4. Seleccionar los índices adecuados del paciente para la vigilancia continuada, en función de la condición del paciente.
5. Establecer la frecuencia de recogida e interpretación de los datos, según lo indique el estado del paciente.
6. Interpretar el resultado de las pruebas de diagnóstico, si procede.
7. Retirar e interpretar los datos de laboratorio; ponerse en contacto con el médico, si procede.
8. Explicar el resultado de las pruebas diagnósticas al paciente y a la familia.
9. Observar la capacidad del paciente para realizar las actividades de autocuidado.
10. Comprobar el estado neurológico.
11. Vigilar esquemas de comportamiento.
12. Controlar el estado emocional.
13. Vigilar signos vitales, si procede.
14. Comprobar el nivel de comodidad y tomar las acciones correspondientes.
15. Observar estrategias de resolución de problemas utilizadas por el paciente y la familia.
16. Controlar los cambios en el esquema de sueño.
17. Valorar periódicamente el estado de la piel en los pacientes de alto riesgo.
18. Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y electrolitos.
19. Observar si hay infección, si procede.
20. Comprobar el estado nutricional, si procede.
21. Comprobar la función gastrointestinal, si procede.
22. Vigilar el patrón de eliminación, si procede.
23. Observar si hay tendencias hemorrágicas en los pacientes de alto riesgo.
24. Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejorías y deterioros en la condición del paciente.
25. Consultar con el médico cuando los datos del paciente indiquen una necesidad de cambio de terapia médica.
26. Establecer el tratamiento adecuado, de acuerdo con el protocolo del centro.
27. Establecer la prioridad de acción en función del estado del paciente.
28. Analizar las órdenes médicas junto con el estado del paciente para garantizar la seguridad del mismo.
29. Realizar consulta con el cuidador correspondiente para iniciar un nuevo tratamiento o cambiar los tratamientos existentes.

Vigilancia de la piel 3590

Definición*:* recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.

Actividades:

1. Inspeccionar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.
2. Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje de la piel y membranas mucosas.
3. Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel.
4. Observar si hay fuentes de presión o fricción.
5. Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
6. Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel y las membranas mucosas.
7. Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
8. Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
9. Observar si la ropa queda ajustada.
10. Vigilar el color de la piel.
11. Comprobar la temperatura de la piel.
12. Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.
13. Instaurar medidas para evitar mayor deterioro, si es necesario.
14. Instruir al miembro de la familia/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, si procede.

Vigilancia: seguridad 6654

Definición*:* reunión objetiva y continuada y análisis de la información acerca del paciente y del ambiente para utilizarla en la promoción y mantenimiento de la seguridad.

Actividades:

1. Observar si hay alteraciones de la función física o cognitiva del paciente que puedan conducir a una conducta insegura.
2. Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para la seguridad.
3. Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes en el ambiente.
4. Proporcionar el nivel adecuado de supervisión / vigilancia para vigilar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesario.
5. Comunicar la información acerca del riesgo del paciente a los otros miembros del personal de cuidados.

ANEXO 2. Escalas de valoración

Escala de Braden. 124
Índice de Barthel, modificado. 126
Escala de Lawton y Brody. 127
Test cognitivo de Pfeiffer. 128
Mini-examen cognoscitivo de Lobo. 129
Test del informador (TIN) corto. 130
Escala de dolor EVA. 131
Escala de Goldberg. 132
Test de Yesavage. 133
Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. 134
Escala Gijón de valoración socio-familiar en el anciano. 135

ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión	**1. Completamente limitada** Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sentado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte de su cuerpo.	**2. Muy limitada** Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo	**3. Ligeramente limitada** Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	**4. Sin limitaciones** Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	**1. Constantemente húmeda** La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por: sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	**2. A menudo húmeda** La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	**3. Ocasionalmente húmeda** La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	**4. Raramente húmeda** La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	**1. Encamado/a** Paciente constantemente encamado.	**2. En silla** Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	**3. Deambula ocasionalmente** Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Para la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en una silla.	**4. Deambula frecuentemente** Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	**1. Completamente inmóvil** Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	**2. Muy limitada** Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por si solo/a.	**3. Ligeramente limitada** Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por si solo/a.	**4. Sin limitaciones** Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.

NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	**1. Muy pobre** Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	**2. Probablemente inadecuada** Raramente come comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye sólo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	**3. Adecuada** Toma más de la mitad de la mayoría de comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	**4. Excelente** Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de 4 o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.

ROCE Y PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS	**1. Problema** Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en una silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	**2. Problema potencial** Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	**3. No existe problema aparente** Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.

VALORACIÓN:

ALTO RIESGO	Puntuación total ≤ **12**
RIESGO MODERADO	Puntuación total **13 -14 puntos**
RIESGO BAJO	Puntuación total **15 -16** si menor de 75 años o de **15 -18** si mayor o igual a 75 años

ÍNDICE DE BARTHEL, MODIFICACIÓN DE GRANGER, CON 15 ACTIVIDADES Y 3 NIVELES DE PUNTUACIÓN.

Índice de autocuidado	Independencia	Con ayuda	Dependencia
1. Beber de un vaso	4	0	0
2. Comer	6	0	0
3. Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4. Vestirse de cintura para abajo	7	4	0
5. Colocarse prótesis o aparato ortopédico	0	-2	0
6. Aseo personal	5	0	0
7. Lavarse o bañarse	6	0	0
8. Control orina	10	5	0
9. Control heces	10	5	0
Índice de movilidad			
10. Sentarse y levantarse de la silla	15	7	0
11. Sentarse y levantarse del retrete	6	3	0
12. Entrar y salir de la ducha	1	0	0
13. Andar 50 metros sin desnivel	15	10	0
14. Subir y bajar un tramo de escaleras	10	5	0
15. Si no anda: mueve la silla de ruedas	5	0	0

La versión de Granger contempla dos índices diferentes como componentes del IB: El ***índice de autocuidado***, con una puntuación máxima de 53 puntos y el ***índice de movilidad***, con un máximo de 47 puntos. A mayor puntuación mayor independencia. Ambas puntuaciones suman 100 puntos y su interpretación es similar al Barthel original:

0-20: Dependencia total
21-60: Dependencia severa
61-90: Dependencia moderada
91-99: Dependencia escasa
100: Independencia

Por otra parte también se ha intentado jerarquizar las actividades incluidas en el IB según la frecuencia con que se observa independencia en su realización. Según los resultados de Granger et al el orden es el siguiente:

1. Comer
2. Aseo
3. Control de heces
4. Control de orina
5. Baño
6. Vestirse
7. Usar el retrete
8. Traslado cama/silla.
9. Desplazarse.
10. Subir/bajar escaleras.

Comer es la actividad en la que se observa independencia con más frecuencia. Este es el orden observado en una población concreta y puede presentar variaciones en otros ámbitos.

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA
ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Capacidad para usar el teléfono	• Utiliza el teléfono por iniciativa propia. Busca y marca números **(1)** • Es capaz de marcar números bien conocidos**(1)** • Es capaz de contestar al teléfono, pero no marcar **(1)** • No usa el teléfono en absoluto **(0)**
Ir de compras	• Realiza todas las compras necesarias de manera independiente **(1)** • Realiza independientemente pequeñas compras **(0)** • Necesita acompañamiento para realizar cualquier compra **(0)** • Es totalmente incapaz de ir a comprar **(0)**
Preparación de la comida (No entrevistar a hombres)	• Organiza, prepara y sirve las comidas ella misma adecuadamente **(1)** • Es capaz de preparar adecuadamente las comidas, si le proporcionan ingredientes **(0)** • Calienta, sirve y prepara comidas, pero no mantiene una dieta adecuada **(0)** • Necesita que le preparen y le sirvan la comida **(0)**
Cuidado de la casa (No entrevistar a hombres)	• Es capaz de cuidar la casa por sí sola o con ayuda ocasional **(1)** • Realiza las labores domesticas ligeras como lavar los platos o hacer las camas **(1)** • Realiza labores ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza adecuado **(1)** • Necesita ayuda en todas las labores de la casa **(1)** • No participa en ninguna de las labores de la casa **(0)**
Lavado de la ropa (No entrevistar a hombres)	• Es capaz de lavar ella sola toda su ropa (1) • Lava ella sola pequeñas piezas de ropa, aclara calcetines, etc**. (1)** • Todo el lavado de la ropa, debe realizarlo otra persona **(0)**
Uso de medios de transporte	• Es capaz de viajar solo en transporte público o de conducir su coche **(1)** • Es capaz de coger un taxi, pero no utiliza ningún otro medio de transporte **(1)** • Puede viajar en transporte público cuando va acompañado de otra persona **(1)** • Tiene capacidad para utilizar taxi o automóvil, pero con ayuda de otros **(0)** • No viaja en absoluto **(0)**
Responsabilidad sobre la medicación	• Es capaz y responsable de tomar su medicación a la hora adecuada y en la dosis • correcta **(1)** • Toma responsablemente su medicación, si se le prepara con anticipación **(0)** • No es capaz de responsabilizarse de su medicación **(0)**
Manejo de asuntos económicos	• Maneja los asuntos financieros con independencia. Recoge y reconoce sus ingresos **(1)** • Maneja los gastos del día a día, pero necesita ayuda para ir al banco o manejar grandes gastos **(1)** • Incapaz de manejar el dinero **(0)**
Puntuación	**Mujeres:** 0-1 puntos: Dependencia total 2-3 puntos: Dependencia severa 4-5 puntos: Dependencia moderada 6-7 puntos: Dependencia ligera 8 puntos: Autónoma **Hombres:** 0 puntos: Dependencia total 1 puntos: Dependencia severa 2-3 puntos: Dependencia moderada 4 puntos: Dependencia ligera 5 puntos: Autónomo

TEST COGNITIVO DE PFEIFFER

1. ¿Qué día es hoy? (día, mes y año)
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Dónde estamos ahora?
4. ¿Cuál es su número de teléfono? ¿Cuál es su dirección? (preguntar sólo si no tiene teléfono.)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)
7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?
8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?
9. ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?
10. Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0
Realizar todas las preguntas y anotar los errores, uno por pegunta. **Restar un error si el nivel cultural es bajo** **Puntuación:** **0-2 errores:** Normal **3-4 errores:** Deterioro cognitivo leve **5-7 errores:** Deterioro cognitivo moderado **8-10 errores:** Deterioro cognitivo importante

MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO

1. Orientación Dígame el:	
• Día	1
• Fecha	1
• Mes	1
• Estación	1
• Año	1
• Lugar	1
• Planta	1
• Ciudad	1
• Provincia	1
• Nación	1
2. Fijación	
• Ahora, por favor, le voy a pedir que repita estas 3 palabras: peseta-caballo-manzana (repítalas hasta que las aprenda y contar los intentos, nº…) Acuérdese de ellas, porque se las preguntaré dentro de un rato.	3
3. Concentración y cálculo	
• Si tiene treinta ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿Cúantas le van quedando?	5
- Repita los números que voy a decirle: 5-9-2 (hasta que los aprenda y contar el número de intentos)	
• Ahora repita los números hacia atrás, empezando por el último	3
4. Memoria	
• ¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	3
5. Lenguaje y construcción	
• Mostrar un bolígrafo ¿Qué es esto?	1
• Repetirlo con un reloj ¿Qué es esto?	1
• Repita esta frase: " en un trigal había cinco perros"	1
- Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? Se parecen en que son frutas.	
• Qué son (o en que se parecen) el rojo y el verde?	1
• Qué son (o en que se parecen) un perro y un gato?	1
• Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa (1 punto por cada acción correcta).	3
• Lea esto y haga lo que dice: **cierre los ojos**	1
• Escriba una frase (algo que tenga sentido)	1
• Copie este dibujo 	1
PUNTUACIÓN TOTAL	

Puntuación máxima 35. A partir de 23 indica deterioro cognitivo.

TEST DEL INFORMADOR (TIN) CORTO

PARA SER CUMPLIMENTADO POR UN FAMILIAR O PERSONA PRÓXIMA.

Recuerde, por favor, cómo era su pariente hace 10 años y compare como está en este momento. Conteste si ha habido algún cambio a lo largo de estos años en la capacidad de su pariente para cada uno de los aspectos que le preguntamos a continuación:

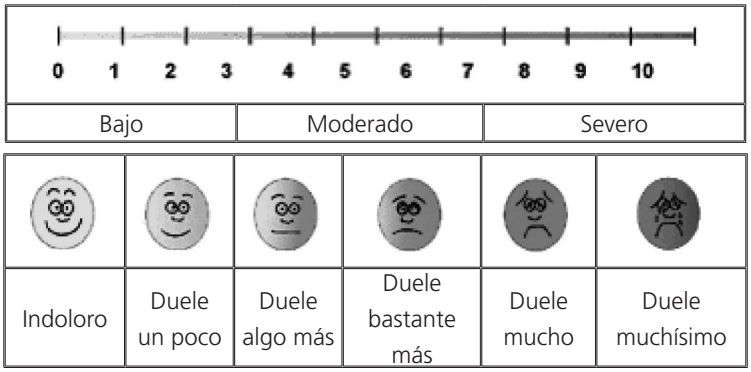
	Pregunta	Puntuación
1.	Capacidad para recordar los nombres de las personas más allegadas (parientes, amigos).	
2.	Recordar cosas que han sucedido recientemente, en los últimos 2 ó 3 meses (noticias, cosas propias o de sus familiares).	
3.	Recordar de que se habló en una conversación mantenida unos días atrás.	
4.	Olvidar lo que se ha dicho unos minutos antes, pararse en la mitad de la frase y no saber lo que iba a decir, repetir lo que ha dicho hace un rato.	
5.	Recordar la fecha en que vive.	
6.	Conocer el lugar exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas.	
7.	Saber dónde se coloca una cosa que se ha encontrado descolocada.	
8.	Capacidad para aprender a hacer funcionar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, radio…).	
9.	Recordar las cosas que han sucedido recientemente (en general).	
10.	Aprender cosas nuevas (en general).	
11.	Comprender el significado de palabras poco usuales (del periódico, televisión, conversaciones).	
12.	Entender artículos de los periódicos o revistas en los que está interesado	
13.	Seguir una historia de un libro, la prensa, el cine, la radio o la televisión.	
14.	Tomar decisiones en cuestiones cotidianas (qué traje ponerse, qué comida preparar) y en asuntos a más largo plazo (dónde ir de vacaciones o invertir el dinero)	
15.	Manejar los asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar los impuestos, tratar con el banco).	
16.	Manejar otros problemas aritméticos cotidianos (tiempo entre visitas de los familiares, cuánta comida comprar y preparar especialmente si hay invitados).	
17.	¿cree que su inteligencia (en general) ha cambiado durante los últimos 10 años?	
Total:		

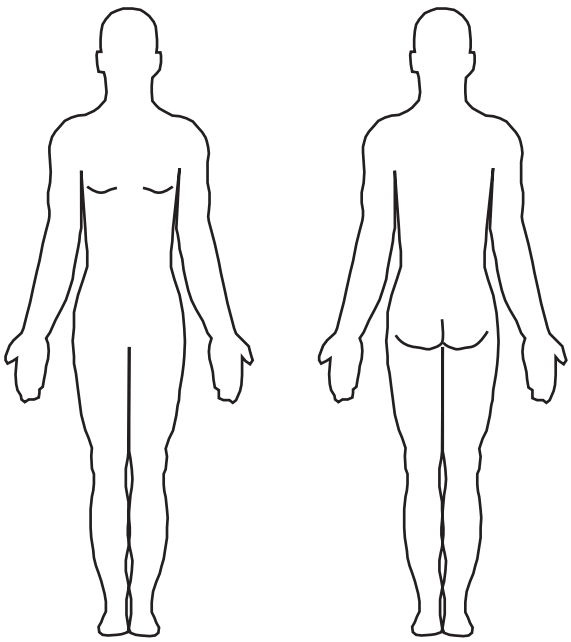
Criterios de puntuación:

Ha mejorado mucho 1
Ha mejorado un poco 2
Casi sin cambios 3
Ha empeorado un poco 4
Ha empeorado mucho 5

*** Puntuación total 85 puntos**
*** Probable deterioro cognitivo a partir de 57 puntos**

ESCALA DE DOLOR EVA (escala visual analógica)





Sombree las áreas donde sienta dolor

CRIBADO ANSIEDAD DEPRESIÓN
ESCALA DE GOLDBERG

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas.
No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Cada una de las subescalas se estructuran en cuatro ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de cinco ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (dos o más en la subescala de ansiedad, y uno o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA
TEST DE YESAVAGE

Rodear con un círculo la respuesta

1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?		SI	X	NO
2. ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	X	SI		NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	X	SI		NO
4. ¿Se siente a menudo aburrido?	X	SI		NO
5. ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?		SI	X	NO
6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	X	SI		NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		SI	X	NO
8. ¿Se siente a menudo sin esperanza?	X	SI		NO
9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	X	SI		NO
10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	X	SI		NO
11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?		SI	X	NO
12. ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	X	SI		NO
13. ¿Piensa que su situación es desesperada?	X	SI		NO
14. ¿Se siente lleno de energía?		SI	X	NO
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	X	SI		NO

Las respuestas marcadas con una X son las que se contabilizan como erróneas y, en función del número de respuestas erróneas, la valoración sería (es decir nº de respuestas marcadas con una X y rodeadas con un círculo):

0 - 5	Normal
6 - 10	Depresión moderada
> 10	Depresión severa

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

0 = Nunca	1 = Raramente	2 = Algunas veces	3 = Bastante a menudo	4 = Casi siempre

1.	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2.	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0	1	2	3	4
3.	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4.	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5.	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6.	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7.	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8.	¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0	1	2	3	4
9.	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10.	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
11.	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
12.	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
13.	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14.	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15.	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16.	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17.	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18.	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
19.	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20.	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21.	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
22.	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	0	1	2	3	4

Puntuación:

< 46 puntos	**No sobrecarga**
46 a 56 puntos	**Sobrecarga leve**
> 56 puntos	**Sobrecarga intensa**

ESCALA GIJÓN DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR EN EL ANCIANO

Recoge cinco áreas de valoración: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales.

Puntuación:

De 5 a 9	Buena/aceptable situación social
De 10 a 14	Existe riesgo social
Más de 15	Problema social

A- SITUACIÓN FAMILIAR:	
1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica.	
2. Vive con cónyuge de similar edad.	
3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia.	
4. Vive solo y tiene hijos próximos.	
5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados.	

B- SITUACION ECONOMICA[6]:	
1. Más de 1,5 veces el salario mínimo.	
2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive.	
3. Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva.	
4. L.I.S.M.I. – F.A.S. – Pensión no contributiva.	
5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior.	

C- VIVIENDA:	
1. Adecuada a necesidades.	
2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños…)	
3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua caliente, calefacción).	
4. Ausencia de ascensor, teléfono.	
5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).	

D - RELACIONES SOCIALES:	
1. Relaciones sociales.	
2. Relación social sólo con familia y vecinos.	
3. Relación social sólo con familia o vecinos.	
4. No sale del domicilio, recibe visitas.	
5. No sale y no recibe visitas.	

E- APOYOS DE LA RED SOCIAL:	
1. Con apoyo familiar o vecinal.	
2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria.	
3. No tiene apoyo.	
4. Pendiente de ingreso en residencia geriátrica.	
5. Tiene cuidados permanentes.	

TOTAL	

OBSERVACIONES:

DIAGNÓSTICO SOCIAL:

[6] El cálculo individual de los ingresos, en el caso de matrimonios se obtendrá de la suma de las pensiones de ambos + 1/3 del SMI dividiendo el resultado entre 2.

ANEXO 3. Valoración de enfermería al paciente inmovilizado

SERGAS
Servizo Galego de Saúde

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INMOVILIZADO

Centro de salud: ..... Fecha:.....

Nº historia:.....

Apellidos:..... Nombre:.....
Domicilio: ..... Teléfono: .....
Nombre del cuidador principal: ..... Relación: .....

1. PATRÓN PERCEPCIÓN-CONTROL O MANEJO DE LA SALUD

Antecedentes personales y hábitos tóxicos:

- Enfermedades que padece: .....
- Alergias: SI ☐ NO ☐ Indicar:.....
- Hábitos tóxicos: tabaco: SI ☐ NO ☐ alcohol: SI ☐ NO ☐ otros: SI ☐ NO ☐ Indicar/cuantificar:.....
- Estado vacunal: correcto ☐ incorrecto ☐ Indicar: .....
- Ingresos hospitalarios: SI ☐ NO ☐ Indicar: .....
- Tratamientos o cuidados que sigue:.....
- Automedicación: SI ☐ NO ☐ Indicar: .....

Preguntar y explorar sobre:

- Como se encuentra actualmente:.....
- Actividades que realiza para cuidar su salud: .....
- Conocimientos que tiene de su enfermedad y de los cuidados que precisa: .....
  .....
- Sufrió accidentes o caídas recientemente: SI ☐ NO ☐ Indicar: .....
- Seguridad en el domicilio : SI ☐ NO ☐ Indicar: .....
  (Comprobar: escaleras, humedades, temperaturas extremas, iluminación, obstáculos (muebles, alfombras, juguetes,...), baño, cocina y otros)
- Utiliza material ortopédico y/o dispositivos de ayuda (bastones, gafas, audífonos, etc.): SI ☐ NO ☐
  Indicar: .....
- Como enfermero/a , ¿en qué puedo ayudarle?:.....
- Comentarios: .....

2. PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Parámetros antropométricos: • Peso..... • Talla:..... • Índice de masa corporal (IMC): .....

Preguntar y explorar sobre:

- Ganancias o pérdidas de peso recientes. SI ☐ NO ☐ • Tipo de nutrición: oral ☐ enteral { SNG ☐ catéter ☐ parenteral ☐
- Ingesta típica diaria de alimentos y líquidos .....
- Restricciones o dietas especiales: SI ☐ NO ☐ Indicar: ..... Suplementos: SI ☐ NO ☐ Indicar: .....
- Apetito: normal ☐ inapetente ☐ anorexia ☐ bulimia ☐ • Dentición (características e higiene): .....
- Dificultad para masticar: SI ☐ NO ☐ • Dificultad para tragar: SI ☐ NO ☐
- Problemas gastrointestinales: nauseas ☐ vómitos ☐ regurgitación ☐ pirosis ☐ plenitud ☐ halitosis ☐ otros ☐ Indicar:.....
- Estado de la piel, mucosas y anexos: hidratación general..... coloración ..... temperatura ..... humedad ..... lesiones .....
- Riesgo de UPP (valoración con escala de Braden):.....
- Comentarios: .....

3. PATRÓN ELIMINACIÓN

Preguntar y explorar sobre el patrón de eliminación urinaria:

• Frecuencia..... y características: cantidad..... olor..... color.....

• Molestias o dificultades: .....

• Incontinencia/pérdidas: SI ☐ NO ☐ • Retención: SI ☐ NO ☐

• Uso de sonda vesical: SI ☐ NO ☐ tipo: ..... número: ..... fecha próximo cambio:...../...../.....

• Uso de urocolector: SI ☐ NO ☐ tipo: .....

• Uso de pañal/empapador: SI ☐ NO ☐ tipo: .....

Preguntar y explorar sobre el patrón de eliminación intestinal:

• Frecuencia..... y características: cantidad..... olor ..... color .....

• Molestias o dificultades: hemorroides: ☐ fisuras: ☐ Otras: ☐ Indicar.....

• Incontinencia/pérdidas: SI ☐ NO ☐

• Uso de laxantes: SI ☐ NO ☐ enemas: SI ☐ NO ☐ Otros: SI ☐ NO ☐ Indicar:.....

• Colostomias y dispositivos recolectores: SI ☐ NO ☐ tipos: .....

• Uso de pañal/empapador: SI ☐ NO ☐ tipo: .....

Preguntar y explorar sobre sudoración excesiva, secreciones, menstruación, etc.:

• Problemas con el olor: SI ☐ NO ☐ Indicar: .....

• Comentarios: .....

.....

4. PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO

Preguntar y explorar sobre:

• Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deambular, uso del w.c., etc.
(utilizar Índice de Barthel): Independiente: ☐ Dependiente leve: ☐ Dependiente moderado: ☐
Dependiente severo: ☐ Dependiente total: ☐

• Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): usar el teléfono, utilizar dinero, etc.
(utilizar Índice de Lawton y Brody): Autónomo: ☐ Dependiente ligero: ☐ Dependiente moderado: ☐
Dependiente severo: ☐ Dependiente total: ☐

• Capacidad cardio-respiratoria: Tensión arterial: ..... Frecuencia cardiaca: ..... Frecuencia respiratoria: .....
Hipotensión ortostática: SI ☐ NO ☐ Disnea: SI ☐ NO ☐ Cansancio: SI ☐ NO ☐ Edemas: SI ☐ NO ☐ Alteraciones cardiovasculares: SI ☐ NO ☐

Oxigenoterapia: SI ☐ NO ☐ (horas/día: .....).

• Comentarios: .....

.....

5. PATRÓN SUEÑO-DESCANSO

Preguntar y explorar sobre:

• Si se encuentra descansado después de dormir: SI ☐ NO ☐ • Si tiene dificultad para conciliar el sueño: SI ☐ NO ☐

• Si despierta frecuentemente: SI ☐ NO ☐ • Si tiene dificultad para volver a dormir: SI ☐ NO ☐

• Signos y síntomas de sueño insuficiente: nerviosismo ☐ ansiedad ☐ irritabilidad creciente ☐
letargo ☐ apatía ☐ bostezos ☐ cambios posturales ☐

• Factores que afectan al sueño: Internos (tos ☐ dolor ☐) , Externos (luz ☐ frío ☐ calor ☐) otros: ☐ .....

• Si tiene ritual para dormir SI ☐ NO ☐ • Si tiene periodos de descanso-relax SI ☐ NO ☐

Si necesita ayuda para dormir SI ☐ NO ☐ Si toma hipnóticos u otros fármacos SI ☐ NO ☐

• Comentarios: .....

.....

6. PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO

Preguntar y explorar sobre aspectos cognitivos:

- Sabe leer: SI ☐ NO ☐ y escribir: SI ☐ NO ☐ Tiene dificultad para el aprendizaje: SI ☐ NO ☐
- Nivel de conciencia: orientado ☐ desorientado ☐ inconsciente ☐
- Alteraciones del proceso del pensamiento: .....
- Existencia de conflicto de decisiones: .....

Preguntar y explorar sobre aspectos sensoriales:

- Existen alteraciones en: vista: SI ☐ NO ☐ oído: SI ☐ NO ☐ olfato: SI ☐ NO ☐ piel: SI ☐ NO ☐ sabor: SI ☐ NO ☐
- Tiene corregidas las alteraciones sensoriales: .....

Preguntar y explorar sobre percepción del dolor:

- Existencia de comunicación verbal de dolor: ☐
- Existencia de comunicación no verbal de dolor (expresión facial, agitación, posición de defensa, etc.): ☐
- Utilización de medidas de alivio (fármacos u otros): ☐ Indicar: .....
- Comentarios: .....

.....

(Utilizar el Test de Pfeiffer, el miniexamen cognoscitivo de Lobo y el cribado de demencias: Test del informador).
(Utilizar la escala de dolor EVA).

7. PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Preguntar y explorar sobre:

- Autoevaluación positiva o negativa: Como se describe a sí mismo o como se siente: .....
- Cambios en la forma de ser: .....
- Cambios en sus sentimientos hacia sí mismo o hacia su cuerpo: .....
- Qué le provoca enfados frecuentemente: .....
- Qué le hace sentir miedo o temor: .....
- Qué le produce ansiedad: .....
- Qué le deprime: .....
- Qué le preocupa: .....
- Qué le hace sentir mejor o le ayuda: .....
- Si ha perdido la esperanza: .....
- Comentarios: .....

.....

(Utilizar el Test de Golberg ante la sospecha de ansiedad y el Test de Yesavage ante la sospecha de depresión).

8. PATRÓN ROL-RELACIONES

Preguntar y explorar sobre:

- Estructura familiar y genograma (vive solo o en familia): .....
- Su relación con los miembros de la familia: .....
- Como se siente tratado por la familia: .....
- Depende, en algún sentido, la familia del individuo: .....
- Problemas o dificultad de relación con los convivientes: .....
- Respuesta familiar ante la aparición de problemas: .....
- Como vive la familia su enfermedad: .....
- Quién es el responsable de sus cuidados: .....
- Como es la relación/trato con el cuidador: .....
- Si tiene amigos cercanos: .....
- Sentimientos de soledad: .....
- Participa en actividades de entretenimiento: .....
- Existen problemas económicos: .....
- Tiene dificultad para expresar quejas o pedir ayuda: .....
- Comentarios: .....

.....

(Utilizar el Índice de Zarit para valorar la sobrecarga del cuidador y la Escala de Riesgo Social para valoración sociolaboral si no hay apoyo de trabajo social).

9. PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

A la mujer, preguntar y explorar sobre antecedentes gíneco-obstétricos:

- Menarquia: ..... Menopausia: ..... Alteraciones del ciclo/fórmula menstrual: .....
- Problemas ginecológicos: ☐ Indicar ..... Fecha última revisión: ...../ ..... /.....
- Embarazos: ..... Características: ..... Abortos: ..... Problemas obstétricos: .....

Al hombre, preguntar y explorar sobre:

- Problemas en el aparato uro-genital (prostatitis, etc.): ☐ Indicar: .....
- Problemas erección/impotencia: ..... Indicar: .....

A ambos, preguntar y explorar sobre:

- Posibles cambios en su sexualidad que deseen comentar: .....
- Satisfacción o insatisfacción en sus relaciones sexuales: .....
- Percepción de algún problema en las relaciones sexuales: .....
- Utilización de medidas contraceptivas o de sexo seguro: .....
- Comentarios: .....

.....

.....

10. PATRÓN ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Preguntar y explorar sobre:

- Cambios importantes en su vida en los últimos años y como reaccionó: .....

.....

- Cambios o alteraciones en: patrones de comunicación SI ☐ NO ☐, conductas de adaptación SI ☐ NO ☐, participación social: SI ☐ NO ☐

  Indicar: .....

- Permanencia siempre en el domicilio: SI ☐ NO ☐ Cambia de domicilio frecuentemente: SI ☐ NO ☐

  Como le afecta: .....

- Las decisiones las toma solo: ☐ Con ayuda: ☐ Qué cosas le gustaría cambiar: .....

- Manifestaciones de incapacidad para pedir ayuda o de afrontamiento (abuso de medicinas, alcohol, etc.): ☐

  Indicar: .....

  .....

- Qué hace para relajarse: .....

- A quién cuenta los problemas: .....

- Como enfermero/a, en qué puedo ayudarle: .....

- Comentarios: .....

.....

.....

11. PATRÓN VALORES-CREENCIAS

Preguntar y explorar sobre:

- Valores y creencias del individuo: .....

- La práctica de alguna religión. Identificación: .....

- Tiene problemas para practicarla: .....

- Existencia de conflictos internos: .....

- Necesidad de reconciliación con alguien o algo: .....

- Comentarios: .....

.....

.....

ESTANDARIZACIÓN de cuidados de enfermería al paciente inmovilizado en el domicilio

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4ª ed. Barcelona: Spinger-Verlag Ibérica; 1999.
2. Arias J, Pérez F. Plan de Cuidados estandarizado para enfermos con ACV en Atención Primaria. Lugo: Xerencia de Atención Primaria. SERGAS; 2000.
3. Boceta J, Cía R, de la Cuadra C, Duarte M, María Durán M, García E, Marchena C, Medina J, Rodríguez P. Cuidados Paliativos Domiciliarios. Atención Integral al paciente y su familia. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2003.
4. Borrell F. Manual de entrevista clínica para la Atención Primaria de salud. Barcelona: Doyma; 1989.
5. Campo C et al. Intervenciones en problemas independientes e interdependientes en dos unidades de hospitalización. Metas de Enfermería (Madrid) feb 2004; 7(1): 06-11.
6. Carpenito L. Diagnósticos de enfermería. 9ª ed. Madrid: MacGraw-Hill/Interamericana; 2003.
7. Carpenito L. Manual de diagnóstico de enfermería. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 2000.
8. Conter J, Gene J, Peya M. Atención Domiciliaria. Organización y práctica. Barcelona: Masson; 2003.
9. Estrategias de mejora de la atención Domiciliaria en Andalucía. S.A.S. Dirección de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Gestión Sanitaria. Coordinación regional de desarrollo e innovación en Cuidados. 2002. Revisión 2004.
10. García M, García A. Manual de Procedementos de Atención Primaria. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Servicio Galego de Saúde; 2002.
11. Giménez A. Clasificación de intervenciones enfermeras de la Universidad de Iowa: un nuevo instrumento para la práctica enfermera. Metas de Enfermería (Madrid) feb 1998; 1(2): 06-12
12. Girbés M. Taller de Metodoloxía de Coidados dirixido a Enfermeiros. Santiago de Compostela: Fundación Escola Galega de Administración Sanitaria (FEGAS); 2003.
13. González M, Mirón D, Cotiello Y, Peñacoba D, Iglesias R, Arias S et Al. Guía de metodología y diagnósticos de enfermería. Oviedo: Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias (SEAPA); 2002.

14. Gordon M. Manual de Diagnósticos enfermeros. 10ª Edición. Madrid: Mosby; 2.003.

15. Guirao-Goris J, Ruiz A, Alonso A, Cardona J, Costa E, Dasí M, Soler J, Perpiñá M. Metodología de cuidados de enfermería en Atención Domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2004.

16. Indicadores Sociais 2004. Santiago de Compostela: Instituto Galego de Estatística. Xunta de Galicia; 2004. http://ige.xunta.es

17. Jaffe M, Skinmore-Roth. "Enfermería en atención domiciliaria. Valoración y Planes de cuidados". 3ª ed. Madrid: Harcourt; 1998.

18. Johnson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Madrid: Harcourt; 2002.

19. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 2ª ed. Madrid: Harcourt; 2001.

20. Kim M, McFarland G, McLane A. Diagnósticos de enfermería y plan de cuidados. 5ª ed. Madrid: Harcourt-Brace; 1.994.

21. Lopez I. Atención Domiciliaria. Diagnósticos de enfermería. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1994.

22. López S, Lacida M , Rodriguez S. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2004.

23. Luis M, Fernández C, Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2.000.

24. Luis M. Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. 3ª ed. Madrid: Harcourt; 1998.

25. Luis M. Los Diagnósticos enfermeros. Revisión Crítica y Guía Práctica. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2.003.

26. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: Mosby; 2.003.

27. Martínez M, Custey A, de Francisco M, Ferrer C, Flores E, Arcalá M, Vaqué R. Validación de una clasificación de diagnósticos de enfermería en atención primaria. Rev. Enfermería Clínica 1996; 6 (1): 1-10.

28. McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.

29. McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 3ª ed. Madrid: Harcourt; 2001.

30. Moorhead S, Johnson M, Maas M,. Clasificación de resultados de enfermería. (NOC). 3ª ed. Madrid: Harcourt; 2005.

31. Nanda Internacional. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. Madrid: Elsevier; 2003.

32. Padrón de habitantes 2003. Instituto Galego de Estatística. Xunta de Galicia. http://ige.xunta.es

33. Pérez F, Carrera C, López M, Muñón A, García M, Beamud M. Nuevos indicadores en la provisión de servicios: diagnósticos enfermeros en atención primaria. Rev. Enfermería Clínica 2004; 14(2):70-76.

34. Proyecto de formación para la implantación del proceso de cuidados en el marco del modelo conceptual de Virginia Henderson en los centros de Atención Primaria del Institut Catalá de la Salut. E.U.I. Santa Matrona. Barcelona: Fundación "La Caixa"; 2002.

148

35. Ramil H, Pita R. Prevalencia de riesgo de síndrome de desuso en pacientes inmovilizados del centro de atención primaria Elvira-Mesoiro. Rev. Cad. Aten. Primaria 2003; 10: 104-106.

36. Raña C, Pita R, Conceiro A, Fernández I, García C. Opinión de las enfermeras de atención primaria en el área sanitaria de A Coruña sobre la utilización de los diagnósticos de enfermería. Rev. Enfermería Clínica 2004; 14(2): 77-78.

37. Serrano R, Saracíbar M, Carrascal E, Tina P, Narvaiza M, Sanz M, Díaz M. Estandarizar los cuidados. Rev. ROL de Enfermería 1997; 227-228: 23-31.

38. Wesorick B. Estándares de calidad para cuidados de enfermería. Barcelona: Doyma; 1993.

ISBN 84-453-4153-7



ESTANDARIZACIÓN de coidados de enfermería *ao paciente* inmobilizado no domicilio

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

SERGAS
Servizo Galego de Saúde