

Metodología de cuidados de enfermería en Atención Domiciliaria



Metodología de cuidados de enfermería en Atención Domiciliaria

Coordinadores

Josep Adolf Guirao-Goris

Antonio Ruiz Hontangas

GEM de Metodología de Enfermería en Atención Domiciliaria

(Miembros por orden alfabético)

Adela Alonso Gallegos

José Vicente Cardona

Elena Costa Ferrer

M^a José Dasí García

Pepa Soler Leyva

M^a Ángeles Perpiñá

GEM Cuidador (central)

Nelly Carrasco

Rosana Mayor

Amparo Coscollá

Javier Blanquer

Juan Gallud

Josep Adolf Guirao-Goris

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat

© de la presente edición: Generalitat Valenciana, 2004.

© de los textos: los autores.

Coordinación de la edición: Josep Adolf Guirao-Goris

Secretaria Autònomic per a la Agència Valenciana de la Salut.

D.G. de Assistència Sanitària. Servei de protol·litzacio i integració assistencial.

Depósito legal: V-3784-2004

Imprime: Gráficas Marí Montañana, s.l. - Tel. 96 391 23 04* - 46001 VALENCIA

Sugerencia de cita bibliográfica: Guirao-Goris JA, Ruiz A, Alonso A, Cardona JV, Costa E, Dasí MJ, Soler J, Perpiñá MA. Metodología de cuidados de enfermería en Atención Domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2004

PRESENTACIÓN.

Estamos convencidos de que la Iniciativa para la Mejora de la Atención Domiciliaria (IMAD) es un reto importante para los profesionales de enfermería en atención primaria porque aprovechan un bagaje de conocimientos y cultural que puede ayudar a mejorar la salud de los ciudadanos. Para lograrlo se requieren, entre otras muchas más cosas, el desarrollo y la aceptación por parte de los enfermeros de una metodología común para describir, identificar, tratar y comparar los fenómenos que son de nuestra competencia en la presentación de cuidados enfermeros en Atención Domiciliaria. En muchos casos la aplicación de la metodología enfermera es la forma de hacer explícito el conocimiento que tienen las enfermeras profesionales expertas. Dicha metodología permitirá que la comunicación entre nosotros y con los otros profesionales del equipo y con nuestros usuarios paciente-cuidador principal o familia* sea: directa, clara y eficaz.

Este manual que tienes en tus manos contiene algunos aspectos prácticos para el manejo de la valoración del paciente y de su cuidador principal. No es nuestra intención dar “recetas”. Únicamente sugerimos principios generales de aplicación al que hay que sumar los años de experiencia que tenemos las enfermeras en la observación directa. Este manual pretende ser útil para la aplicación práctica, sin perjuicio de que posteriormente se consulte la literatura especializada sobre los temas. Para ello, al final del documento presentamos las recomendaciones bibliográficas disponibles y actualizadas que tenemos en español en estos momentos.

Este manual se ha elaborado intentando:

Ofrecer un texto de “primera línea” capaz de orientar sobre los puntos importantes de la valoración de enfermería al paciente y cuidador principal en atención domiciliaria.

Ofrecer un instrumento metodológico que tenga en cuenta nuestros valores culturales y del propio paciente y cuidador principal y de su entorno.

Ofrecer un instrumento metodológico útil porque representa el esfuerzo científico riguroso y continuado en el que estamos comprometidos cientos de profesionales en nuestra comunidad.

* A lo largo de todo el Manual utilizaremos siempre el binomio de valoración conjunta Paciente_Cuidador principal o familia

¿A quién interesa este manual?

Dirigimos este manual a las enfermeras de interesadas en mejorar sus habilidades en la valoración enfermera y en la formulación de los diagnósticos enfermeros y planes de cuidados en atención domiciliaria.

¿Qué ofrece?

Una síntesis sencilla y práctica para conseguir un mejor rendimiento en la recogida de datos y en cómo analizarlos y priorizarlos para obtener los diagnósticos enfermeros e intervenciones relacionadas.

¿Qué le aporta a la enfermera?

Una visión rigurosa de las técnicas y estrategias para la recogida de datos por patrones funcionales, la obtención de las características definitorias para la obtención del diagnóstico enfermero así como las guías para la intervención de cuidados.

ÍNDICE

I. Introducción	6
II. La valoración global de enfermería del paciente-cuidador	8
III. Valoración del cuidador como recurso	15
IV. Manejo y uso del manual	17
1. Percepción y control de la salud	19
Manejo eficaz del régimen terapéutico.....	23
Conocimientos deficientes (Especificar)	25
Riesgo caídas	27
Riesgo de lesión	29
Manejo ineficaz del régimen terapéutico.....	31
Incumplimiento del tratamiento(especificar).....	33
Deterioro del mantenimiento del hogar	35
Conductas Generadoras de salud (especificar)	37
2. Nutricional – metabólico	39
Hipertermia	43
Riesgo de aspiración.....	44
Deterioro de la mucosa oral	45
Deterioro de la integridad cutánea	47
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	49
Deterioro de la deglución	51
Náuseas.....	53
Deterioro nutricional: por exceso	54
Desequilibrio nutricional: por defecto	56
Protección ineficaz.....	58
3. Eliminación	60
Diarrea	63
Incontinencia fecal	65
Incontinencia urinaria funcional.....	67
Incontinencia urinaria total	69
Retención urinaria.....	70
Estreñimiento	71

Incontinencia urinaria de esfuerzo	74
4. Actividad y ejercicio	76
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	80
Deterioro de la movilidad física	82
Déficit de autocuidado: Alimentación	84
Déficit de autocuidado: Baño/Higiene	86
Déficit de autocuidado:acicalamiento.....	88
Déficit de autocuidado: uso del wc.....	90
Intolerancia a la actividad	92
Fatiga.....	94
Déficit de actividades recreativas.....	96
5. Sueño y descanso.....	97
Deterioro del patrón del sueño.....	99
6. Cognitivo y perceptivo	102
Deterioro de la memoria.....	105
Dolor Crónico	107
Dolor Agudo.....	109
7. Autopercepción- autoconcepto	111
Desesperanza.....	114
Trastorno de la imagen corporal	116
Baja autoestima situacional	119
Ansiedad.....	121
Temor.....	125
8. Rol y relaciones	128
Aislamiento social	131
Deterioro de la interacción social	134
Interrupción de los proceso familiares.....	135
Duelo disfuncional.....	138
Duelo anticipado	140
Cansancio en el desempeño del rol de cuidador	142

Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador	146
Aflición crónica	149
9. Sexualidad y reproducción	151
Patrón sexual ineficaz	153
10. Adaptación y tolerancia al estrés	154
Afrontamiento ineficaz.....	156
Afrontamiento familiar comprometido.....	158
11. Valores y creencias	160
Sufrimiento espiritual	161
BIBLIOGRAFÍA	163
V. Intervenciones de Enfermería	164
Índice de intervenciones por código.....	316
Índice alfabético de intervenciones	323

I. Introducción

La valoración multidimensional del binomio paciente-cuidador en Atención Domiciliaria (AD) es una herramienta fundamental para llevar a cabo el conjunto de actividades y servicios sociosanitarios que se ofertan en el domicilio del paciente y cuidador principal.

El Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria considera al profesional de enfermería como el agente de salud que lidera la atención en el domicilio, debiendo ello garantizar la continuidad de los cuidados, en estrecha colaboración con el resto del equipo multidisciplinar. Debe marcar pautas a seguir en la planificación de los cuidados domiciliarios - entendiéndolo al usuario y cuidador los ejes sobre quien gira la atención- fijando objetivos encaminados a resolver los problemas de salud del usuario y cuidador en AD, para su posterior evaluación de resultados.

Como marco de valoración se han utilizado los Patrones Funcionales de Salud descritos por Gordon (1982), en consonancia con la decisión de la Conselleria de Sanitat al elaborar la historia electrónica de enfermería en Abucasis II.

Definimos CUIDADOR como aquella persona que se encuentra dentro de los familiares, amistades o vecinos que asumen los cuidados de personas que no son autónomas. Muchas veces nos encontramos en el domicilio con varios cuidadores y cada uno de ellos tiene un rol diferente. Tendremos que identificar el cuidador principal, que será el responsable del cuidado del enfermo.

El cuidador principal, requiere una valoración focalizada específica (VALORACIÓN DEL CUIDADOR), entendiéndolo al cuidador como *recurso* que presta y aplica cuidados y como *cliente de riesgo* (ser cuidador supone un riesgo para su salud). El éxito del plan de cuidados en la atención domiciliaria va a depender del estado de salud del cuidador además del propio paciente .

Para la valoración del cuidador como recurso el GEM del cuidador ha definido una valoración específica. En los casos que existe sobrecarga (medida con el índice de Zarit) será necesario valorar su salud mediante la utilización de la valoración por patrones funcionales de salud delineada por el GEM de Metodología de cuidados.

Es fundamental realizar una valoración conjunta del paciente/cuidador principal encaminada a identificar el nivel de conocimientos, así como sus actitudes y aptitudes por ser determinantes imprescindibles para abordar con éxito la resolución de problemas en la atención domiciliaria.

Los patrones funcionales permiten valorar y conocer el patrón de funcionamiento habitual del individuo, común al resto de personas así como cualquier alteración o disfunción de los mismos.

El propósito de la valoración inicial es evaluar el estado de salud de un paciente, identificando cualquier patrón disfuncional que pueda presentar un problema y poder establecer la relación de ayuda.

Para favorecer la sencillez en el registro y ayuda a la valoración de enfermería, el GEM de Metodología de cuidados, ha estandarizado por consenso las preguntas pertinentes a cada patrón que permitan objetivar la normalidad o disfuncionalidad de cada patrón. Ayuda a la gestión del conocimiento para posteriormente emitir un juicio y determinar un problema de salud y/o diagnóstico enfermero.

Evidentemente, cuando se estandarizan las preguntas relativas a cada patrón, no se excluye las valoraciones focalizadas que estarán relacionadas con cada motivo de consulta y que cada enfermero realizará según su experiencia en la práctica asistencial.

El GEM de metodología seleccionó una lista inicial de 20 diagnósticos enfermeros que fue ampliada al mismo tiempo se elaboraba la valoración tras una revisión bibliográfica. Se tuvieron en cuenta las aportaciones que realizaron los diferentes Grupos de Elaboración de Mejoras (GEM) de las áreas piloto en las que se pilotará la iniciativa para la Mejora de la Atención Domiciliaria (iMAD). El resultado es el listado de diagnósticos enfermeros que se presentan en este manual y que se consideran prevalentes o con entidad suficiente por estar presente en el paciente o el cuidador.

Para seleccionar las intervenciones el GEM de metodología, recurrió a la revisión bibliográfica de las correlaciones existentes en la bibliografía entre NANDA-NIC, se recurrió a la evidencia interna de los integrantes del grupo, y se tuvo en cuenta el patrón en el que se localizaba el diagnóstico enfermero.

II. LA VALORACIÓN GLOBAL DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE-CUIDADOR PRINCIPAL EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

II.1 RECOMENDACIONES INICIALES

Las enfermeras profesionales son competentes para valorar los patrones funcionales de salud. De hecho, las áreas funcionales no representan ninguna idea nueva; son sólo un formato para dirigir y organizar la valoración de una forma sistemática. Los patrones de salud especifican áreas de información básica a recoger. Y su objetivo es ayudar al profesional a considerar cómo estos patrones pueden proporcionar una estructura de valoración y una base de datos básicos para el diagnóstico enfermero. El uso continuado del formato nos facilita el desarrollo de niveles formales de conocimiento. Vamos a ver a continuación algunas cuestiones de interés que los profesionales clínicos demandan acerca de su uso en la práctica:

¿Requiere mucho tiempo la valoración de un patrón funcional? ¿Cuáles son las prioridades en la utilización del tiempo de la enfermera?

El reparto del tiempo es importante para nosotras. ¡A menudo se dice que las enfermeras nunca tenemos suficiente tiempo!. La cantidad de tiempo requerido para completar una valoración varía mucho. Depende en parte de la capacidad de la enfermera para dirigir todos sus esfuerzos sobre los datos pertinentes y también en parte del tipo de paciente-cuidador. Cuantos más problemas de salud tiene un paciente más tiempo se necesita para identificar los patrones disfuncionales subyacentes.

La recogida de datos básicos puede realizarse en unos 15-30 minutos. Sería un error pensar que en el primer contacto debemos conocer a todos los individuos con la máxima profundidad en la esfera familiar. Esta valoración no es una encuesta que deba rellenarse en el primer contacto al completo. Es una valoración progresiva. La filosofía de la Atención Primaria consiste, precisamente, en priorizar un conocimiento en extensión más que en profundidad, con el fin de detectar las áreas problemáticas y entonces actuar en consecuencia.

¿Deben valorarse todos los patrones o sólo aquellos que son relevantes?

Generalmente es necesaria una valoración global. Sin embargo, si las condiciones del paciente son críticas, ejemplo: si existe una inestabilidad fisiológica o psicológica, solo podremos hacer una breve valoración, por lo que recomendamos:

Comenzar la valoración por aquellos patrones donde claramente se manifiesta la inestabilidad y focalizar la valoración.

Hacer la valoración completa al menos de los patrones priorizados teniendo en cuenta que pueden haber áreas de información que no deban ser exploradas en ese momento.

Seguir, si procede con la valoración de los patrones indirectamente relacionados con la inestabilidad fisiológica o psicológica, intentando no agotar la buena comunicación con el enfermo y cuidador.

El resto de la información contenida en la valoración global que no pudiera recogerse en la entrevista se programará completarla en otro momento.

Hay un aforismo que dice “la historia incompleta permanecerá incompleta” con ello lo que queremos indicar es que el profesional suele conformarse en las visitas sucesivas con los datos de base y la lista de problemas deficientemente cumplimentados.

En las sucesivas visitas deberemos esforzarnos en completar aquellas lagunas que existan en la valoración. Es más recomendable una estrategia de “paso a paso”, que intentar en el primer contacto la valoración completa (objetivo por otra parte difícilmente alcanzable). Aunque tendremos en cuenta que esta estrategia “tartamudeante” de hacer la valoración conlleva muchas veces la pérdida de la visión global del individuo.

¿Cómo se sabe qué patrones son relevantes antes de realizar la valoración?

Podríamos pensar que si conocemos el diagnóstico médico, se conoce el diagnóstico enfermero. Algunos suelen estar asociados, pero por regla general, los diagnósticos médicos no son buenos predictores de los diagnósticos

enfermeros; el individuo con una enfermedad es el eje de la valoración enfermera, no la enfermedad.

Determinar los patrones que son prioritarios para valorar inicialmente puede depender del diagnóstico médico, de la situación evolutiva y el grado de desequilibrio e inestabilidad de la patología y fundamentalmente la preocupación principal del paciente.

Éticamente es difícil plantear qué patrones funcionales no son importantes de valorar cuando las razones argumentadas son la disponibilidad de tiempo. Generalmente y tal como nos señala la bibliografía son los patrones: valores - creencias y sexualidad - reproducción los que menos se valoran. Las razones que explican este comportamiento se encuentra en que:

Las enfermeras se sienten incómodas realizando la valoración de estos patrones.

Las enfermeras consideran que las intervenciones en la alteración detectada en estos patrones es de baja prioridad.

Ninguna de estas razones es suficiente para no realizar la valoración de estos patrones de salud. Para superar la incomodidad que supone valorar un área íntima de la persona, se realizan lo que se denominan preguntas llave. Este tipo de preguntas abiertas exploran la posibilidad de que haya alguna disfunción en el patrón, lo cual permite al usuario decidir si permite a la enfermera explorar ese área de privacidad.

Lo que deberemos evaluar es si es pertinente teniendo en cuenta las características de nuestro paciente y/o cuidador principal en el momento en que estamos realizando la valoración. La no valoración es arriesgada, pues podemos encontrarnos más tarde y esto suele ser algo frecuente en atención domiciliaria que todos los esfuerzos de cuidados han sido en vano debido a que todos los valores y creencias del enfermo y de su cuidador fueron ignorados.

Siempre tendremos en cuenta que completar la valoración puede hacerse a posteriori, tal vez incluso, a lo largo de varios días en las diferentes visitas programadas para la dispensación de cuidados y con un ambiente de mayor confianza entre nosotros y nuestro enfermo.

II.2 EL PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE-CUIDADOR PRINCIPAL

¿Entrevista o toma de datos?

Se suele equiparar la entrevista clínica a la toma de datos o apertura de una historia. La entrevista es mucho más que eso. La diferencia fundamental es que en la entrevista no se busca un dato, sino información. INFORMACIÓN quiere decir conjunto de datos situados en un contexto.

En la entrevista en el contexto de la AD, se dan estas dos facetas de forma casi inseparable:

a) una faceta interpersonal, en la que dos o más individuos (enfermo y cuidador o enfermo y familia) mas el profesional, entran en relación y se comunican.

b) Un acto de tipo técnico, el profesional procede a aplicar sus conocimientos científicos con el fin de llegar a un diagnóstico o a restituir o prevenir –aunque sea parcialmente- la salud del paciente.

A nuestro entender la entrevista es la encrucijada de estas dos vertientes: relación humana y habilidades técnicas.

¿Debemos apuntar o, por el contrario, solo conversar?

Todo depende, por supuesto de la situación clínica (crítica o menos crítica). Normalmente bastará advertir al paciente y su cuidador que “necesitamos hacerle algunas preguntas y así conocer mejor sus problemas” y que ello “requiere tomar alguna notas”. Puede ser adecuado advertir también al paciente que “si usted no desea que algún dato figure en su valoración puede manifestarlo con toda libertad”.

La valoración no puede distanciarnos de nuestros pacientes.

Al preguntar sobre determinadas áreas de su intimidad con excesiva brusquedad: ¿bebe usted? “¿mantiene usted relaciones sexuales satisfactorias? Etc. Por ejemplo al interrogar sobre hábitos tóxicos una sucesión correcta de preguntas podría ser esta: después de la recogida de datos sobre

hábitos dietéticos el entrevistador pregunta “¿y normalmente que bebe en las comidas, agua, vino, cerveza...? “algún carajillo?”. En el caso de la sexualidad es recomendable utilizar una pregunta llave del tipo: ¿Ha habido algún cambio en su sexualidad que le preocupe?

La familia tiene una presencia real en la valoración.

La opinión del “cuidador principal” tiene una importancia capital y precisa un soporte del equipo sanitario. Un buen cuidador ejercerá sus funciones con tanta soltura que resolverá problemas importantes mientras espera los cuidados del equipo asistencial, y asegura el adecuado cumplimiento de las medidas terapéuticas y preventivas.

Aunque nuestro deber esencial se establece con cada uno de los pacientes, el diagnóstico del entorno, y muy en especial el perfil del “cuidador”, nos dará la oportunidad de efectuar intervenciones más eficaces.

Preparar la visita cuando acudimos por primera vez al domicilio del enfermo.

Quando se acude por primera vez al domicilio de un paciente, lo más frecuente es darnos cuenta de que el enfermo que vamos a visitar tiene una Historia de Salud abierta en el centro y que, además, por el perfil de los enfermos que son atendidos en su domicilio (crónicos, ancianos frágiles, terminales, etc.) su historia puede que haya sido utilizada en los últimos días y esté actualizada. Esta situación facilita la valoración global de nuestro enfermo y cuidador principal puesto que antes de acudir al domicilio podemos recoger los datos básicos —históricos y actuales— que de la historia abierta nos puedan ser útiles (por ejemplo la vacunación o el genograma familiar). Tendremos en cuenta dichos datos y si los problemas históricos siguen siendo vigentes.

Tipos de datos contenidos en la historia que nos pueden ser útiles:

Patrones de salud disfuncionales.

Enfermedades (o enfermos que atendemos bajo protocolo)

Estilos de vida y comportamientos de promoción de salud.

Composición del núcleo familiar.

Recursos sociosanitarios que dispone, si procede.

La planificación de la entrevista con anterioridad, es decir, concertar la visita explicando el contenido de la misma al enfermo y su cuidador les ayudará a colaborar mejor y a describir mejor los patrones funcionales y también ayudan a la enfermera a hacer una valoración sistemática.

Estructura para la recogida de información.

La estructura de la recogida de información durante una valoración inicial se proporciona con:

1. Referencias subjetivas del paciente-cuidador principal sobre sus patrones funcionales de salud.
2. El examen consistente en las observaciones que hacen las enfermeras.

Hay que recordar que la valoración es una actividad enfermera importante y compleja que inicia la relación profesional con nuestro usuario enfermo-cuidador principal.

Una buena valoración está guiada, no dominada, por la enfermera. En realidad el enfermo y/o su cuidador deben estar hablando el 80% del tiempo y la enfermera el 20%.

La enfermera en la valoración es un buen recurso sensitivo de medida para la escucha, la interacción interpersonal, la observación, la inspección y el examen.

Las preguntas contenidas en la valoración se han elaborado como una guía para la entrevista que permitirá:

La concreción.

No olvidarse de algún aspecto.

Ganar tiempo en la valoración.

Pero debemos recordar que, mejoraremos su EFICACIA si INDIVIDUALIZAMOS las preguntas y las usamos adecuándolas a nuestro enfermo y/o cuidador principal y al entorno y situación concreta.

Si la información obtenida nos indica que hay problemas (patrones disfuncionales o potencialmente disfuncionales) podrán ser necesarias más preguntas y observaciones. Las características definitorias de los diagnósticos que proponemos dirigirán la valoración.

III. VALORACIÓN DEL CUIDADOR COMO RECURSO. GEM del cuidador (central)

El objetivo principal de la valoración del cuidador como recurso es identificar problemas en el ámbito del cuidador con objeto de poder diseñar un plan personalizado de Atención sanitaria y de Apoyo al Cuidador Principal.

Podemos identificar varias áreas de interés para esta valoración:

1.- Identificación del cuidador y de la persona cuidada

¿A qué tipo de paciente cuida?: Grupo Patológico (Geriátrico, Crónico, Terminal,...); Diagnóstico Principal, escalas de valoración.

2.- Descripción de la función del cuidador y características del cuidado

- Es Cuidador Principal?
- Tiene además otros enfermos o niños para cuidar?
- Función que realiza: compañía, Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales, gestiones, relación con el sistema sanitario,...
- Tiempo horas/día totales y por funciones
- Recursos de apoyo para realizar las funciones de cuidador: materiales, humanos, comunitarios, sociales, institucionales, ayudas económicas.

3.- Evaluación del impacto en la salud del cuidador por el hecho de cuidar

A.- Impacto en salud física

Valoración como paciente secundario en los que exista sobrecarga medida con el test de Zarit.

B.- Impacto en salud psíquica

Autopercepción de la situación de cuidador

Aceptación del papel de cuidador.

Existencia de sobrecarga , Escala Zarit.

C.- Impacto en salud social

Pérdida de actividad laboral, social con amigos o de otras actividades

Alteración de la dinámica familiar

4.- Valoración de conocimientos y prácticas del cuidador en relación a su función de cuidar

Valoración del nivel de conocimientos y de la capacidad de manejo de los problemas identificados en el paciente primario por parte del cuidador.

IV. MANEJO Y USO DEL MANUAL

A partir de este momento describiremos cómo se estructura el resto del manual. Al inicio de cada sección se describen las características de cada patrón, su **Definición**, los objetivos que se persiguen con la valoración del mismo y qué información se pretende obtener con el examen físico-observación.

El formato de valoración diseñado es consecuencia de la descripción del objetivo de valoración de cada patrón. Obsérvese que la valoración está dirigida a detectar problemas. Por ello es importante:

1. Que se **INDIVIDUALICEN** las preguntas que se han elegido, es decir, que se utilicen las preguntas de forma adecuada al cliente concreto y a la situación dada. Además encontraremos formuladas algunas preguntas con la sentencia "si procede" a la que también aplicaremos esta recomendación.

2. La valoración no es una encuesta en la que se deban rellenar todos los ítems de forma consecutiva

3. Dado que uno de los objetivos de la valoración es la detección de problemas. Las preguntas y observaciones que hemos realizado nos orientarán en su detección (patrones disfuncionales o potencialmente disfuncionales). Si detectamos un posible problema podrá ser necesaria más información para alcanzar la certeza en algunos casos. Para ello, después de la **Definición** del patrón y el formato de valoración se encuentra el listado de diagnósticos NANDA con su **Definición**. La lectura de la **Definición** nos orientará sobre qué problema se debe consultar, si se considera necesario, en las páginas posteriores. En este caso las **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE LOS DIAGNÓSTICOS** son las que nos ayudarán a obtener más información para confirmar el problema.

4. En las páginas posteriores se describe cada etiqueta diagnóstica enfermera, sus características definitorias (en el caso de problemas reales) o sus factores de riesgo (problemas de riesgo) y recomendaciones sobre la utilización del diagnóstico.

La información que sigue al símbolo ➡ precede a una recomendación sobre el uso de la etiqueta, mientras que el símbolo 🚫 recomienda cómo no utilizar la

etiqueta. En los factores o situaciones de riesgo más frecuentes se identifican con el símbolo ▶ a aquellos factores en los que podemos intervenir las enfermeras para prevenir la aparición del problema.

Con el símbolo ≈ se identifican a aquellos factores de tipo estructural en que se han de tener en cuenta pero sobre los que difícilmente podremos incidir.

5. En el apartado RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA se sugiere la exploración de información que nos lleva a la identificación del problema y la valoración de la información de otros patrones funcionales

6. En el manual no aparecen descritos los factores etiológicos. Sin embargo, se considera que los factores etiológicos son los que individualizan el diagnóstico, dichos factores se deben buscar específicamente en cada caso único y diferente.

7. Por consenso, el GEM de Metodología sugiere para cada etiqueta diagnóstica, basándose en la bibliografía existente y en la evidencia interna de los profesionales integrantes del GEM, posibles intervenciones en el diagnóstico. Para ello se ha tenido también en cuenta la localización del diagnóstico en el patrón. Las sugerencias de intervención no son prescriptivas y en la práctica clínica la selección de las intervenciones vendrá determinada por la detección de los factores etiológicos detectados en el caso. Son precisamente los factores etiológicos los que nos orientarán en la selección de las actividades de cada intervención y los que nos permitirán una individualización del plan de cuidados. En la segunda parte del manual se encuentran descritas las intervenciones de enfermería seleccionadas por el GEM de metodología de uso en atención primaria y domiciliaria para poder seleccionar otras intervenciones.

1. PATRÓN : Percepción y control de la salud

1.1 Definición.

Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el individuo y / o cuidador principal o familia y como maneja su salud.

- Incluye la percepción del individuo y / o cuidador principal o familia de su estado de salud.
- Incluye la importancia que tiene para el individuo y / o cuidador principal o familia sobre las actividades que realiza en la actualidad en el cuidado de su salud y en la planificación futura.
- Incluye los comportamientos de cuidados de salud que tiene el individuo y / o cuidador principal o familia sobre su salud, medidas preventivas, hábitos tóxicos, tratamiento y seguimiento de cuidados.

1.2. Descripción del objetivo de la valoración.

- Obtener datos acerca de las percepciones generales del individuo y/o su cuidador, sobre el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.
- Identificar datos sobre los potenciales riesgos para la salud en las prácticas del individuo y / o cuidador principal o familia como el no cumplimiento real o potencial de los planes de cuidados o tratamientos o la valoración del hábito de alcohol (se utilizarán las tablas de equivalencia en unidades) o tabaco.
- Identificar qué necesita saber el individuo y / o cuidador principal o familia en cada proceso para poder llevar a cabo sus autocuidados. Es fundamental para la aplicación de Educación para salud individual y grupal.

1.3. Examen físico-observación.

- **Apariencia general de salud del usuario y/o del cuidador principal o de la familia si procede.** Esta puede ir observándose durante la entrevista siendo muy importante el prestar atención al comportamiento del cuidador y cuales van siendo sus impresiones. Prestar atención sobre

quién es más influyente en las decisiones relativas a la salud (esta información puede ser importante si fuera necesario mejorar las prácticas de salud).

- Los profesionales hemos de **estar alerta al riesgo de sobrecarga del cuidador** que en un momento determinado manifieste su incapacidad para hacerse cargo de las demandas y necesidades del enfermo.
- **Apariencia general del domicilio.**
- **Botiquín de medicamentos, alfombras, estufas y cualquier peligro o barrera física.**

VALORACIÓN DEL PACIENTE / CUIDADOR

Percepción estado salud: Muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo.

Confianza y satisfacción con la atención que recibe: Muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo

Conocimiento de sus problemas salud / o de la persona cuidada:

Diagnóstico médico, Pronóstico.

Actitud sobre problemas de salud: Sobrevalorar, aceptar, indiferencia, negación, rechazo.

Testamento vital:

Conocimiento de los cuidados que precisa

Conocimiento adecuado del tto.

Aplicación adecuada del tto.

Automedicación .

Toma tto que aumente riesgo caídas :Psicofármacos:

Antecedentes de caídas. Cómo: Caminando, Sentado , Cama.

Nº de caídas último año:

Antecedentes de accidentes domésticos:

Nº de accidentes último año:

Ingresos Hospitalarios: Nº en el último año:

Vacunación:

Higiene personal: frecuencia: 1 vez /día, 1 vez /2 días, 1 vez /semana, Otros

Vivienda: Higiene (suciedad visible):

Existe dificultad para mantener de forma adecuada el hogar :

Barreras arquitectónicas :

Especificar: baño ducha alfombras otros obstáculos

Hábitos tóxicos:

Tabaco: Si No N° cigarrillos /día: N° años de consumo:

Ex fumador: Si No

Alcohol: Si No N° gramos o unid/día :

N° gramos o unidad/semana : Otras drogas: Si No ¿Cuáles?

Vía de consumo: Edad inicio:

DIAGNÓSTICOS

NANDA	DEFINICIÓN
Riesgo de lesión	Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona
Manejo ineficaz del régimen terapéutico	Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorias para alcanzar objetivos específicos de salud.
Incumplimiento del tratamiento(especificar)	Conducta de una persona o de un cuidador que no coinciden con un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (o la familia, o la comunidad) y un profesional del cuidado de la salud.
Manejo eficaz del régimen terapéutico	El patrón de regulación e integración en la vida diaria de una persona para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas es satisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.
Conductas Generadoras de salud (especificar)	Búsqueda activa (en una persona con una salud estable) de formas de modificar los hábitos sanitario personales o el entorno para alcanzar un nivel más alto de salud.
Deterioro del mantenimiento del hogar	Incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato seguro y promotor del desarrollo.
Conocimientos deficientes (Especificar)	Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.
Riesgo caídas	Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

00082 MANEJO EFICAZ DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO.

Definición. El patrón de regulación e integración en la vida diaria de una persona para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas es satisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

☞ Es recomendable usar esta etiqueta cuando tras un proceso de información y educación sanitaria la persona tiene conocimientos y habilidades suficientes para manejar el plan terapéutico.

👉 No se recomienda utilizar esta etiqueta cuando existan conocimientos deficientes importantes o el cumplimiento terapéutico tenga carácter inestable.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Elección de actividades de la vida diaria apropiadas para alcanzar los objetivos del tratamiento o del programa de prevención.
- Mantenimiento de los síntomas de enfermedad dentro de los límites esperados.
- Expresión verbal del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de secuelas, de intentar reducir los factores causales o las actuaciones de riesgo más frecuentes.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

► Grado de conocimiento de sus problemas de salud. Grado de conocimiento de los cuidados que precisa. Correcta elección de las actividades de la vida diaria para alcanzar los objetivos de prevención o del programa de cuidados y tratamiento.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Conductas generadoras de salud

INTERVENCIONES

5210 Guía de anticipación

7400 Guías del sistema sanitario

4420 Acuerdo con el paciente

4410 Establecimiento de objetivos comunes

5480 Clarificación de valores

00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (ESPECIFICAR)

Definición. Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

☞ Es recomendable usar esta etiqueta cuando el problema en sí es el desconocimiento sobre los cuidados o el manejo de la salud y la prevención de riesgos. Para elaborar un diagnóstico enfermero a partir de esta etiqueta no es necesario la identificación de un factor etiológico.

☞ No es recomendable usar esta etiqueta cuando el desconocimiento sea el factor etiológico de otro problema.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Verbalización del problema.
- Seguimiento inexacto de las instrucciones.
- Realización inadecuada de las pruebas.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- ▶ Manifestaciones del problema ya sea verbalmente o por la observación de deficiencias para el manejo de la situación por desconocimiento.
- ▶ Observar la deficiencia en el seguimiento del tratamiento, la presencia de conductas inadecuadas con el régimen terapéutico o con la realización de algunas técnicas o pruebas, así como en el cumplimiento de los autocuidados o con los cuidados del mantenimiento del hogar.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:
Conductas generadoras de salud

INTERVENCIONES

1100 Manejo de la nutrición

5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.

5614 Enseñanza: dieta prescrita.

5612 Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito.

5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.

5618 Enseñanza: procedimiento /tratamiento.

7140 Apoyo a la familia.

5240 Asesoramiento.

5480 Clarificación de valores.

5604 Enseñanza: grupo.

00155. RIESGO CAÍDAS

Definición. Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

➤ Es recomendable usar la etiqueta cuando se identifiquen factores de riesgo que se puedan paliar o existan medidas de tipo ambiental que puedan reducir el mismo.

FACTORES DE RIESGO

▶ **Fisiológicos.** Dependiendo del tipo y del grado: trastornos visuales o auditivos, deterioro neurológico, del equilibrio, la movilidad física, la fuerza de las extremidades inferiores o problemas en los pies.

▶ **Cognitivos.** Alteraciones leves del estado mental.

▶ **Ambientales.** Falta de medidas de seguridad en el baño o en la casa en general, iluminación inadecuada por exceso o por defecto. Condiciones climatológicas adversas..

Antecedentes de caídas; uso de sillas de ruedas, prótesis o dispositivos de ayuda para la deambulaci3n, vivir solo.

⚡ **Fisiológicos.** Enfermedad aguda o cr3nica, estados postoperatorios; dependiendo del tipo y del grado: trastornos visuales o auditivos, deterioro neurol3gico, del equilibrio, la movilidad f3sica, la fuerza de las extremidades inferiores o problemas en los pies.

⚡ **Cognitivos.** Alteraci3n severa del estado mental.

⚡ **Medicamentosos.** Consumo excesivo de alcohol o efectos secundarios de una amplia gama de medicamentos.(sedantes, vasodilatadores, antihipertensivos, diur3ticos, psicof3rmacos, hipoglucemiantes, fenotiacinas).

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Riesgo de lesión

INTERVENCIONES

6490 Prevención de caídas

5486 Manejo ambiental: seguridad

0222 Terapia de ejercicio: equilibrio

5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.

00035 RIESGO DE LESIÓN

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

☞ Es recomendable usar esta etiqueta si el riesgo de lesión es de múltiples tipos. Es de uso útil para sustituir a varios tipos de riesgo de lesión presentes en el enfermo que harían poco manejable el plan de cuidados. Es interesante realizar un diagnóstico diferencial con el diagnóstico protección ineficaz. Se aconseja usar la etiqueta riesgo de lesión cuando no existan problemas reales asociados.

👉 No es recomendable usarlo en los casos en que no es posible atenuar o modificar los factores de riesgo o el paciente o cuidador ya han puesto todos los medios posibles para su prevención.

FACTORES DE RIESGO**Externos**

- ▶ Químicos (contaminantes ambientales, tóxicos, fármacos, drogas, alcohol, cafeína, nicotina, cosméticos, conservantes)
- ▶ Nutrientes (vitaminas, tipos de alimentos)
- ≈ Población y proveedores (factores cognitivos, agentes nosocomiales)
- ≈ Biológicos (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)
- ▶ Perfil sanguíneo anormal (leucocitosis/leucopenia; alteración de los factores de coagulación; trombocitopenia; disminución de la hemoglobina)
- ≈ Disfunción inmune/autoinmune

- ≈ Físicos (solución de continuidad de la piel; alteración de la movilidad)
- ≈ Alteración de la función bioquímica, reguladora o efectora; trastornos hematológicos o inmunitarios; etapa de desarrollo; desnutrición, trastornos o alteraciones físicas o psicológicas dependiendo del tipo o grado.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Riesgo de caídas

Protección ineficaz

Valorar respuestas de los patrones:

Actividad / ejercicio relacionadas con los diagnósticos enfermeros: Deterioro de la movilidad física y Deterioro de la deambulación.

Nutricional / metabólico relacionadas con los diagnósticos enfermeros: Deterioro de la integridad cutánea y Desequilibrio nutricional: defecto.

Cognitivo / perceptivo relacionadas con los diagnósticos enfermeros: Dolor, Trastorno de la percepción sensorial, Deterioro de la memoria.

INTERVENCIONES

5486 Manejo ambiental: seguridad

3500 Manejo de presiones

2690 Precauciones contra las convulsiones

6490 Prevención de caídas

00078 MANEJO INEFICAZ DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO

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

☞ Es recomendable usar esta etiqueta diagnóstica cuando la persona conociendo el régimen terapéutico tiene dificultad para integrarlo en sus hábitos de vida y cumplir eficazmente el mismo. Si la persona conoce el régimen terapéutico valoraremos si existe un rechazo al plan y una respuesta de incumplimiento del tratamiento.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- 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 de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- ▶ Verbalización de dificultad y carencia de habilidades en el manejo del plan terapéutico.
- ▶ El tratamiento entra en contradicción con las pautas familiares de cuidados de salud, desconfían del tratamiento o del equipo de cuidados de salud, o el tratamiento es demasiado complejo.

≈ Dificultades económicas, complejidad del sistema de cuidados.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Incumplimiento del tratamiento

Valorar respuestas de los patrones:

Valores / creencias: relacionadas con el diagnóstico enfermero Conflicto de decisiones.

INTERVENCIONES

4360 Modificación de la conducta

4420 Acuerdo con el paciente

5602 Enseñanza: proceso enfermedad

5614 Enseñanza: dieta prescrita

5612 Enseñanza: actividad /ejercicio prescrito

5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.

5270 Apoyo emocional

8190 Seguimiento telefónico

5604 Enseñanza: grupo.

7330 Intermediación cultural

00079 INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO (ESPECIFICAR)

Definición. Conducta de una persona o de un cuidador que no coinciden con un plan terapéutico o de promoción de la salud acordada entre la persona (o la familia, o la comunidad) y un profesional del cuidado de la salud. Cuando se ha acordado un plan, ya sea terapéutico o de promoción de la salud, la persona o el cuidador pueden respetarlo total o parcialmente o no cumplirlo en absoluto, lo que puede conducir a resultados clínicos eficaces, parcialmente eficaces o ineficaces.

☞ Es recomendable utilizar esta etiqueta únicamente en aquellas situaciones en las que ha existido un pacto previo entre la persona y el profesional de la salud respecto al cumplimiento del tratamiento y, posteriormente, no se ha cumplido en su totalidad o de forma eficaz¹⁵. El incumplimiento es un derecho del usuario que se debe respetar. Si se da una respuesta de incumplimiento como elección de la persona, es necesario asegurarse que el usuario conoce los riesgos que corre al no adherirse al plan terapéutico. En este último caso el incumplimiento debería registrarse como incumplimiento por rechazo.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Conducta indicativa de incumplimiento del tratamiento (por observación directa o por afirmaciones del paciente o de otras personas significativas).
- Evidencia de desarrollo de complicaciones.
- Evidencia de exacerbación de los síntomas.
- No asistencia a las visitas concertadas.
- Falta de progresos.
- Pruebas objetivas (p. Ejem. Medidas fisiológicas, detección de marcadores fisiológicos).

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

Valorar el incumplimiento del tratamiento manifestado por exposiciones verbales del paciente o del cuidador u observación de conductas o indicadores objetivos. Falta de progreso o evidencia de complicaciones o exacerbación de los síntomas.

No asistencia a las visitas concertadas.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Manejo ineficaz del régimen terapéutico.

Valorar respuestas de los patrones:

Valores / creencias: relacionadas con el diagnóstico enfermero Conflicto de decisiones.

INTERVENCIONES

7400 Guías del sistema sanitario

4420 Acuerdo con el paciente

5250 Apoyo en la toma de decisiones

5440 Aumentar sistemas de apoyo

2380 Manejo de la medicación

5480 Clarificación de valores

00098 DETERIORO DEL MANTENIMIENTO DEL HOGAR

Definición. Incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato seguro y promotor del desarrollo.

☞ Es recomendable usar esta etiqueta cuando la dificultad obedece a factores modificables.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**Subjetivas:**

- Los miembros de la casa expresan dificultad para mantenerla confortable.
- Los miembros de la casa solicitan ayuda para su mantenimiento.
- Los miembros de la casa refieren obligaciones externas o crisis económicas.

Objetivas:

- Entorno desordenado.
- Falta de equipo de cocina, ropa de vestir o ropa de cama o los que hay están sucios.
- Acumulo de suciedad, residuos, alimentarios o desechos higiénicos.
- Olores ofensivos.
- Temperatura domestica inadecuada.
- Excesivo trabajo de los miembros de la familia. Ejem. Exhaustos, ansiosos.)
- Presencia de parásitos o roedores.
- Repetidas alteraciones higiénicas, infestaciones o infestaciones.
- Falta del equipo o las ayudas necesarias.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

► **Objetivas.** Suciedad o desorden del entorno; ropa de vestir o de cama; acumulación de residuos alimentarios o desechos higiénicos; olores; temperatura inadecuada; presencia de roedores o insectos; repetidas alteraciones higiénicas; infestaciones o infestaciones.

► **Subjetivas.** Los miembros de la casa expresan dificultad para mantenerla confortable solicitando ayuda para su mantenimiento.

≈ **Objetivas.** Falta de equipo de cocina o de baño o de mobiliario básico suficiente, ropa de cama o de vestir; falta de las ayudas necesarias.

≈ **Subjetivas.** Los miembros de la casa refieren obligaciones externas o crisis económica.

Valorar respuestas de los patrones:

Eliminación: el patrón de eliminación de residuos tanto familiar (donde se ubican los desechos como indicadores de riesgo para la aparición de roedores moscas y mosquitos, etc.) como comunitario (eliminación de residuos, polución del aire)

Actividad / ejercicio: Fatiga. Intolerancia a la actividad. Riesgo de intolerancia a la actividad. Deterioro de la movilidad física.

INTERVENCIONES

8100 Derivación

7180 Asistencia en el mantenimiento del hogar

5440 Aumentar los sistemas de apoyo

6486 Manejo ambiental: seguridad

7400 Guías del sistema sanitario

00084 CONDUCTAS GENERADORAS DE SALUD (ESPECIFICAR)

Definición. Búsqueda activa (en una persona con una salud estable) de formas de modificar los hábitos sanitario personales o el entorno para alcanzar un nivel más alto de salud.

➡ Es recomendable utilizar esta etiqueta cuando la persona busca activamente un mayor nivel de salud. Algunos autores recomiendan usar esta etiqueta en situaciones de promoción de salud y cuando no existe instaurada una enfermedad crónica.

👉 No es recomendable su uso para el manejo del régimen terapéutico o enfermedades crónicas.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Expresión u observación de deseos de buscar un nivel más alto de bienestar.
- Expresión u observación de deseos de un mayor control sobre las prácticas de salud.
- Expresión de preocupación sobre la repercusión de las condiciones ambientales actuales sobre el estado de salud.
- Expresión u observación de falta de familiaridad con los recursos de salud de la comunidad.
- Demostración u observación de falta de conocimientos sobre conductas promotoras de salud.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

Expresión u observación de preocupación por los efectos negativos de su conducta o del entorno sobre su salud.

Interés por controlar y mejorar su bienestar y su salud.

Desconocimiento de los recursos existentes en la comunidad.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Manejo eficaz del régimen terapéutico

INTERVENCIONES

5250 Apoyo en la toma de decisiones

0200 Fomento del ejercicio

1100 Manejo de la nutrición

1720 Fomentar la salud bucal

6530 Manejo de la inmunización

5400 Potenciación de la autoestima

5604 Enseñanza: grupo.

2. PATRÓN : NUTRICIONAL METABÓLICO

2.1. Definición.

Describe los patrones de consumo de alimentos y líquidos con relación a las necesidades metabólicas, los patrones de provisión restringida de nutrientes (dietas)

- Incluye intolerancias alimentarias, así como hábitos, y costumbres en la dieta (horas, tipos, cantidad de alimentos y líquidos, preferencias, uso de suplementos)
- Incluye el estado de la piel y mucosas, pelo, uñas, dientes y la capacidad general de cicatrización. Medidas de la temperatura corporal, altura y peso.
- Este patrón esta muy relacionado con el de ACTIVIDAD- EJERCICIO y el de AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO.

2.2. Descripción del objetivo de la valoración.

- Recoger datos acerca del patrón típico de consumo de comida y líquidos.
- Las referencias subjetivas del paciente y sus preferencias, los problemas percibidos por él o por su cuidador, acciones que llevan a cabo para resolver y los efectos percibidos de estas acciones.
- Detectar si ha habido cambios en el patrón habitual en los últimos tiempos.
- Recoger datos acerca del control adecuado cuando existen restricciones a la ingesta (dietas).
- Valorar indicadores amplios de las necesidades metabólicas como el estado de la piel, la cicatrización.

2.3. Examen físico-observación

- Efectuar el IMC (índice de masa corporal) en el primer contacto, para valorar la situación de partida y tener una referencia si hay variaciones en el futuro, en cuyo caso debe repetirse.
- Alimentación parenteral, intravenosa, especificarla y revisarla en cada contacto.
- En cada visita o al menos una vez por semana en pacientes muy inmobilizados, realizar examen físico de la piel (presencia de lesiones, sequedad, cambio de color) y de las prominencias óseas, nos aportará información acerca del riesgo o del aumento de deterioro de la integridad cutánea.
- Debe revisarse en la primera visita el estado mucosas (color, lesiones), de la dentadura (falta de piezas dentarias, dentadura postiza) indicaran dificultades para la ingesta y masticación de los alimentos y temperatura. También nos informarán de deterioro en las mucosas.
- Cuando se sospeche riesgo de aparición de úlceras por presión, se sugiere la aplicación de la escala de Norton Modificada.
- Si existe sospecha de deterioro del patrón nutricional, se realizará la Evaluación del Estado Nutricional (Mini Nutritional Assessment "MNA").

VALORACIÓN DEL PACIENTE / CUIDADOR

Lugar donde come habitualmente: Casa, Institución

Nº comidas / día:

Consumo nutrientes (Especificar raciones/día o raciones/semana):

Leche y derivados. Verduras y hortalizas. Arroz, pasta, cereales. Huevos
Pan. Frutas. Aves/conejo. Carnes. Dulces y azúcares. Legumbres. Pescados.
Mariscos

Preparación culinaria: Hervido, Frito, Asado

Preferencias alimentarias:

A versiones alimentarias:

Ingesta líquidos: _____ l / día

Apetito: Mucho, POCO, Anorexia Si sospecha de malnutrición : hacer NSI o

Tipo de dieta: Libre, Hipo / asódica, Diabética, Hipolipemiente, Otras:

Tipo de nutrición: Oral, Enteral SNG , Enteral catéter, Parenteral

Suplemento alimenticio ¿Cuál / es?

Intolerancia alimentos: ¿Cuál / es?

Dificultad para deglutir alimentos: En caso afirmativo: Sólidos, Líquidos

Dificultad para masticar

Boca: Caries. Prótesis. Ausencia piezas dentales. Boca seca:

Higiene bucal: Frecuencia cepillado de dientes: Después de cada comida, 2 veces día, 1 vez día, No cepillado

Piel y mucosas:

Caliente. Cianótica. Fría. Húmeda. Flexible. Dura. Frágil. Ictérica. Pálida.

Rosada. Seca. Moteada

Lesiones piel

Tipo: Eritema, Flictena, Escara, Necrosis

Localización: Sacro, Talones, Occipucio, Trocánter, Otros

¿Existe riesgo UPP?: / Norton)

Parámetros antropométricos Peso, Talla, IMC: Relación cintura-cadera.

DIAGNÓSTICOS

Desequilibrio nutricional: por exceso:	Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.
Desequilibrio nutricional: por defecto:	Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas
Hipertermia:	Elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal
Riesgo de aspiración:	Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidas o líquidas.
Protección ineficaz:	Disminución de la capacidad para autoprotgerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones.
Deterioro de la mucosa oral:	Alteración de los labios y tejidos blandos de la cavidad oral
Deterioro de la integridad cutánea:	Alteración de la epidermis, dermis o ambas.
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea:	Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.
Deterioro de la deglución:	Funcionamiento anormal del mecanismo de deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.
Náuseas:	Sensación desagradable, como oleadas, que la persona siente en la parte posterior de la garganta, en el epigastrio o en el abdomen y que puede preceder al vómito o no.

00007 HIPERTERMIA

Definición. La persona experimenta un aumento de la temperatura corporal por encima del límite considerado normal en la zona corporal en la que se mide.

➡ Este problema se encuentra más cercano de la esfera interdependiente por lo que se recomienda utilizarlo como problema interdependiente.

👉 No es recomendable utilizar esta etiqueta como diagnóstico enfermero.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- * Aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal.
- * Piel enrojecida.
- * Calor al tacto.
- * Aumento de la frecuencia respiratoria.
- * Taquicardia.
- * Crisis convulsiva.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- ▶ Uso de ropa inadecuada, exposición a ambientes excesivamente calientes.
- ▶ Aumento de la temperatura corporal por encima del límite superior de la normalidad (oral, 37.5 C°; rectal, 38.1 C°; axilar, 37 C°); puede acompañarse de piel enrojecida y caliente al tacto, y aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria.
- ⚡ Crisis convulsivas.
- ⚡ Medicamentos.
- ⚡ Deshidratación si no es posible la rehidratación oral.
- ⚡ Enfermedad o traumatismo.

INTERVENCIONES

- 3780 Tratamiento de la exposición al calor
- 3900 Regulación de la temperatura
- 6680 Monitorizar los signos vitales
- 1610 Baño
- 4120 Manejo de líquidos

00039 RIESGO DE ASPIRACIÓN

Definición: Riesgo de que penetren en el árbol traqueo bronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidas o líquidas.

➡ Es recomendable su uso en los que se puedan intervenir en los factores ambientales modificables.

👉 Se desaconseja cuando la persona o el cuidador hacen todo lo posible para reducir el riesgo aunque este persista¹⁵.

FACTORES DE RIESGO

▶ Dependiendo del tipo y grado: incompetencia del esfínter esofágico inferior; retraso en el vaciado gástrico, disminución de la motilidad gastrointestinal, depresión de los reflejos nauseoso y tusígeno o reducción del nivel de conciencia.

⚡ Dependiendo del tipo y grado: reducción del nivel de conciencia, incompetencia del esfínter esofágico inferior; disminución de la motilidad gastrointestinal, depresión de los reflejos nauseoso y tusígeno o retraso en el vaciado gástrico; presencia de sondas o tubos en el tracto respiratorio o gastroduodenal; efecto de ciertos medicamentos; situaciones que impiden la elevación de la parte superior del cuerpo; aumento de la presión intragástrica; aumento del volumen gástrico residual; deterioro de la deglución; cirugía o traumatismo facial, oral o del cuello.

Factores identificados de alto riesgo:

Vómito.

Convulsiones.

Incapacidad para cambiar de posición

Ingesta de fármacos: metoclopramida.

INTERVENCIONES

0840 Cambio de posición

00045 DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL

Definición. Alteración de los labios y tejidos blandos de la cavidad oral.

☞ Es recomendable utilizar esta etiqueta cuando sea posible recuperar la integridad de los labios o la mucosa oral modificando la conducta de la persona o del cuidador¹⁵.

☞ No es recomendable utilizar esta etiqueta en todas las situaciones en que la alteración se deba únicamente a un proceso patológico o un tratamiento médico, ya que entonces se requiere un abordaje en colaboración¹⁵.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- * Drenaje purulento o exudado.
- * Recesión gingival, bolsillos de más de 4mm.
- * Agrandamiento de las amígdalas superior a lo adecuado.
- * Lengua blanda, atrófica, sensible, geográfica, saburral.
- * Mucosa denudada.
- * Presencia de agentes patógenos.
- * Dificultad para el habla.
- * Informes de mal sabor.
- * Palidez de las encías o de la mucosa.
- * Dolor o malestar oral.
- * Xerostomía (boca seca)

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- ▶ Dificultad para deglutir los alimentos, para masticar o hablar.
- ▶ Mal aliento, sequedad bucal, lengua saburral.
- ▶ Respiración oral.
- ▶ Higiene oral ineficaz.
- ▶ Deshidratación dependiendo del tipo y grado.
- ▶ Desnutrición, déficit de vitaminas.
- ⚡ Efectos secundarios a la quimioterapia, radioterapia o fármacos.
- ⚡ Infección o patología bucal.

≈ Desnutrición, déficit de vitaminas o deshidratación dependiendo del tipo y del grado.

≈ Pérdida del tejido óseo, cartilaginoso o conjuntivo relacionado con el envejecimiento.

INTERVENCIONES

1730 Restablecimiento de la salud bucal

1720 Fomentar la salud bucal

1710 Mantenimiento de la salud bucal

00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

Definición. Alteración de la epidermis, dermis o ambas.

➔ Un tipo de deterioro de la integridad cutánea es la úlcera por presión (UPP). En esos casos se recomienda, en consonancia con Gordon, que es conveniente utilizar la etiqueta UPP especificando el grado de la misma.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.

- * Invasión de las estructuras corporales.
- * Destrucción de las capas de la piel (dermis).
- * Alteración de la superficie de la piel (epidermis).

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

Factores etiológicos que predisponen la aparición del diagnóstico

- ▶ Factores internos: Alteración del estado nutricional o de hidratación dependiendo del tipo y grado. Alteraciones del turgor o elasticidad cutánea.
- ▶ Factores externos: Humedad; presión; Factores mecánicos, inmovilización.
- ⚡ Factores internos: Alteración de la circulación o del estado metabólico; prominencias óseas; déficit inmunológico; factores de desarrollo; trastornos del estado nutricional o de hidratación dependiendo del tipo y del grado.
- ⚡ Factores externos: Hipertermia o hipotermia; sustancias químicas; radiación; extremos de edad; medicamentos.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Valorar con escala

La escala de Norton nos resultará útil para profundizar en la valoración.

Valorar respuestas de los patrones:

Actividad / ejercicio:

INTERVENCIONES

3660 Cuidado de las heridas

3440 Cuidado del sitio de incisión

3520 Cuidado de úlceras por presión

0740 Cuidados del paciente encamado

3540 Prevención de úlceras por presión

1660 Cuidados de los pies

4020 Disminución de la hemorragia

1100 Manejo de la nutrición

00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

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

☞ Un tipo de riesgo de deterioro de la integridad cutánea es el riesgo de úlcera por presión(UPP). En esos caso se recomienda consideramos en consonancia con Gordon que es conveniente utilizar la etiqueta Riesgo de UPP. Es recomendable utilizar esta etiqueta cuando los factores de riesgo sean modificables o controlables mediante el plan de cuidados.

FACTORES DE RIESGO:**Externos**

- ▶ Humedad
- ▶ Factores mecánicos (p. Ej., fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones)
- ▶ Inmovilización física
- ⚡ Hipertermia o hipotermia
- ⚡ Sustancias químicas, radiación, medicamentos
- ⚡ Edad

Internos

- ▶ Alteración del estado nutricional
- ▶ Alteraciones del turgor (cambios de elasticidad)
- ⚡ Alteración del estado metabólico
- ⚡ Prominencias óseas
- ⚡ Déficit inmunológico
- ⚡ Alteración de la sensibilidad, de la pigmentación, de la circulación, en el estado de los líquidos
- ⚡ Psicogenéticos

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICAValorar con escala

La escala de Norton nos resultará útil para profundizar en la valoración.

Valorar respuestas de los patrones:

Actividad-Ejercicio:

INTERVENCIONES

3540 Prevención de las úlceras por presión

3500 Manejo de las presiones

3590 Vigilancia de la piel

2316 Administración medicación: tópica

4070 Precauciones circulatorias

1660 Cuidados de los pies

0202 Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión.

0410 Cuidados incontinencia intestinal

1100 Manejo de nutrición

1680 Cuidado de las uñas

0740 Cuidado paciente encamado

00103 DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN.

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

➔ Aunque la NANDA lo considera un diagnóstico enfermero. En nuestro ámbito es recomendable utilizar esta etiqueta como un problema interdependiente. Por tanto no es necesario identificar ningún factor etiológico.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**Deterioro de la fase faríngea:**

- * Alteración de las posiciones de la cabeza
- * Elevación faríngea inadecuada
- * Rechazo de los alimentos
- * Fiebre inexplicable
- * Retraso en la deglución
- * Infecciones pulmonares recurrentes
- * Voz gorgojeante
- * Reflujo nasal
- * Atragantamiento, tos o náuseas
- * Degluciones múltiples
- * Anomalía en la fase faríngea evidenciada por el estudio de la deglución.

Deterioro de la fase esofágica

- * Ardor de estómago o dolor epigástrico
- * Aliento con olor ácido
- * Irritabilidad inexplicada a las horas de las comidas
- * Presencia de vómitos en la almohada
- * Deglución o rumiación repetitiva
- * Regurgitación del contenido gástrico o eructos húmedos
- * Tos nocturna o al despertarse
- * Observación de evidencias de dificultad en la deglución
- * Hiperextensión de la cabeza, arqueamiento durante o después de las comidas
- * Anomalía en la fase esofágica demostrada por estudio de la deglución

- * Rechazo de los alimentos o limitación del volumen
- * Quejas de tener "algo atascado"
- * Hematemesis
- * Vómitos

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

Nº de comidas al día. Apetito. Dificultad para deglutir alimentos. Temperatura corporal

Valorar respuestas de los patrones:

COGNITIVO-PERCEPTIVO acerca del dolor.

INTERVENCIONES

1860 Terapia de deglución.

1050 Alimentación.

1056 Alimentación enteral por sonda.

1100 Manejo de la nutrición.

00134 NÁUSEAS

Definición. Sensación desagradable, como oleadas, que la persona siente en la parte posterior de la garganta, en el epigastrio o en el abdomen y que puede preceder al vómito o no.

➡ Se aconseja utilizar esta etiqueta como problema interdependiente.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

* Normalmente precede al vómito, pero puede ser experimentado tras este o en su ausencia.

* Se acompaña de palidez, piel fría y sudorosa, aumento de la salivación, taquicardia, estasis gástrico y diarrea.

* Se acompaña de movimientos de deglución de los músculos esqueléticos.

INTERVENCIONES

1450 Manejo de las náuseas

1570 Manejo del vómito

1860 Terapia de la deglución

00001 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: POR EXCESO

Definición. Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

☞ Es recomendable usar esta etiqueta cuando los factores son exógenos y están relacionados con la conducta del paciente.

☞ No es recomendable usar esta etiqueta cuando los factores etiológicos tienen carácter endógeno u hormonal.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

* Pliegue cutáneo del tríceps superior a 15 mm. en los varones o a 25mm. en las mujeres

* Peso corporal superior en un 10% o más al ideal según la talla, sexo, edad y constitución corporal

* Sedentarismo

* Patrones alimentarios inadecuados

* Comer en respuesta a claves externas (como la hora)

* Comer en respuesta a claves internas (como la ansiedad) distintas al hambre

* Emparejar la comida con otras actividades

* Concentrar la toma de alimentos al final del día

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

▶ Patrones de ejercicio o alimentarios inadecuados: Registros de alimentos consumidos durante una semana. Descripción de la ingesta cualitativa y cuantitativa del día anterior. Horarios, si come solo o acompañado. Trabajo físico que desempeña, ejercicio físico.

▶ Significado que da a la comida. Motivación que tiene para comer.

Sentimientos antes y después de la comida. Percepción que tiene de su imagen corporal y congruencia de ésta con la realidad.

Valorar respuestas de los patrones:

Auto percepción-Autoconcepto: acerca de la autoestima, la ansiedad, cambios en los sentimientos.

Ingesta en respuesta al estrés.

INTERVENCIONES

1100 Manejo de la nutrición

1260 Manejo del peso

0200 Fomento del ejercicio

5606 Enseñanza: individual

00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: POR DEFECTO

Definición. Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas de una persona provocando una pérdida de peso corporal por debajo del adecuado para su edad, sexo y constitución corporal.

➡ Se aconseja utilizar esta etiqueta cuando no existan parámetros bioquímicos que determinen la existencia de desnutrición, y los factores que lo provocan entra dentro de la esfera competencial de la enfermera.

👉 Se desaconseja su uso cuando exista desnutrición grave que no pueda ser solucionada con la ingesta oral.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- * Peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal.
- * Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.
- * Palidez de las conjuntivas y mucosas.
- * Debilidad de los músculos requeridos para la masticación o la deglución.
- * Inflamación o ulceración de la cavidad bucal.
- * Saciedad inmediatamente después de ingerir alimentos.
- * Informe o evidencia de falta de alimentos.
- * Informes de alteración del sentido del gusto.
- * Incapacidad subjetiva para ingerir alimentos.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- ▶ Incapacidad para ingerir los nutrientes debido a factores biológicos o psicológicos, dependiendo del tipo y grado.
- ▶ Historia de dietas de adelgazamiento anteriores. Conocimientos sobre dietas.
- ▶ Percepción de su imagen corporal. Deseo de ganar peso.
- ▶ Consumo de alcohol, otras drogas.

Valorar con Escalas

Puede ayudar a la detección la realización de la evaluación del estado nutricional (Mini Nutritional Assessment)

Valorar respuestas de los patrones:

Autopercepción-Autoconcepto acerca de la autoestima, la ansiedad, cambios en los sentimientos.

INTERVENCIONES

1030 Manejo de los trastornos de la alimentación

5246 Asesoramiento nutricional

1240 Ayuda para ganar peso

1100 Manejo de la nutrición

1260 Manejo del peso

4120 Manejo de líquidos

1080 Sondaje naso gástrico

1874 Cuidados de la sonda nasogástrica

Cuidados de la sonda de gastrostomía (PEG)

1056 Alimentación enteral por sonda

00043 PROTECCIÓN INEFICAZ

Definición: Disminución de la capacidad para autoprotegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones.

☞ Esta etiqueta es considerada como un síndrome que agrupa a varias etiquetas diagnósticas bajo un único epígrafe para planificar el cuidado cuando existan varias variables.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- * Respuestas desadaptadas al estrés.
- * Alteración neurosensorial.
- * Deterioro de la cicatrización.
- * Deficiencia inmunitaria.
- * Alteración de la coagulación.
- * Disnea.
- * Agitación
- * Insomnio
- * Debilidad
- * Úlceras por presión
- * Sudación
- * Prurito
- * Inmovilidad
- * Escalofríos
- * Fatiga
- * Desorientación
- * Tos
- * Anorexia

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- ▶ Nutrición inadecuada dependiendo de la causa y grado
- ≈ Edad extrema, alcoholismo, efectos secundarios de tratamientos o medicamentos, enfermedades como cáncer, trastornos inmunitarios o hematológicos.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Deterioro de la integridad cutánea
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
Deterioro de la mucosa oral
Deterioro de la integridad tisular
Riesgo de infección

INTERVENCIONES

6540 Control de infecciones
6550 Protección contra las infecciones
6654 Vigilancia: seguridad
6610 Identificación de riesgos
4010 Precauciones con hemorragias
2240 Manejo de la quimioterapia
0840 Cambio de posición
3660 Cuidados de las heridas
6460 Manejo de la demencia
3500 Manejo de presiones
1100 Manejo de la nutrición
3540 Prevención de las úlceras por presión.

3. PATRÓN : Eliminación

3.1. Definición.

- Describe los hábitos de eliminación intestinal, urinaria y cutánea así como los cambios detectados (frecuencia, cantidad, características) y utilización o no de medidas auxiliares (sondaje, absorbentes, colectores..).
 - Incluye los cambios detectados (frecuencia, cantidad, características).
 - Incluye la utilización o no de medidas auxiliares (sondaje, absorbentes, colectores...) y el uso sistemático de laxantes.
 - Si procede, se incluye el patrón de eliminación de residuos tanto familiar (donde se ubican los desechos como indicadores de riesgo para la aparición de roedores moscas y mosquitos, etc.) como comunitario (eliminación de residuos, polución del aire)

3.2. Descripción del objetivo de la valoración.

- Recoger datos acerca de la regularidad y el control de los patrones excretorios (intestino, vejiga, piel y deposiciones).
- Identificar los problemas percibidos por el cliente o por el cuidador, es decir, las explicaciones subjetivas al problema.
- Identificar las acciones llevadas a cabo para remediar los problemas y los efectos percibidos por esas acciones.

3.3. Examen físico-observación.

- Inspección exhaustiva de las diferentes muestras: examen del color, la consistencia de las excretas, así como sus características.
- Observación e inspección de los drenajes, sondajes y/o ostomías.
- Identificar la presencia de olores.
- Observar en el domicilio la presencia de indicadores de riesgo para la aparición de moscas o de roedores.

VALORACIÓN DEL PACIENTE / CUIDADOR

1.-URINARIA

Frecuencia:

Volumen (*si sondaje*):

Características: Normal, Coluria , Hematuria, Otros (especificar):

Nicturia, Emisión incontrolada de orina, Globo vesical,

Urgencia miccional.

Medidas auxiliares: Absorbentes, Sondaje vesical, Colectores , Otros

Dificultad para la micción:

Percepción plenitud vesical:

Ostomía, Conoce cuidados ostomía, Habilidad para el autocuidado

2.-INTESTINAL

Frecuencia.

Consistencia: Líquidas, Blandas, Duras

Ayudas:

Emisión incontrolada de heces, Hemorroides.

Ostomía, Conoce cuidados ostomía , Habilidad para el autocuidado.

Impactación fecal. Absorbentes.

3.-Sudoración, edema, ascitis

DIAGNÓSTICOS

Estreñimiento	Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación defectuosa o incompleta de heces excesivamente duras / secas
Diarrea	Eliminación de heces líquidas no formadas.
Incontinencia fecal	Cambio en el hábito de eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.
Incontinencia urinaria funcional	Incapacidad de una persona, normalmente continente, de poder llegar al inodoro a tiempo para evitar la pérdida involuntaria de orina.
Incontinencia urinaria total	Pérdida de orina continua e imprevisible.
Retención urinaria	Vaciado incompleto de la vejiga.

00013 DIARREA

Definición. Eliminación de heces líquidas no formadas.

- ☞ Es recomendable usar esta etiqueta únicamente en los casos en los que se pueda mejorar la evacuación intestinal modificando los hábitos higiénico- dietéticos¹⁵.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Sonidos intestinales hiperactivos.
- Eliminación por lo menos de tres deposiciones líquidas por día.
- Urgencia.
- Calambres.
- Dolor abdominal.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- ▶ Factores psicológicos. Aumento del estrés o la ansiedad.
- ▶ Situacionales. Abuso del alcohol. Dependencia de laxantes. Alimentación por sonda cuando se deba a una mala técnica de administración: cambios de dieta o de agua.
- ⚡ Fisiológicos: Inflamación, malabsorción, infecciones, irritación, parásitos intestinales.
- ⚡ Situacionales. Irradiación, toxinas, alimentación por sonda cuando esté motivada por problemas con formula, efectos adversos de los medicamentos, sustancias contaminantes.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:
Incontinencia fecal

Valorar respuestas de los patrones:

Adaptación / tolerancia al estrés: Ansiedad

Percepción / manejo de la salud: Abuso del alcohol, dependencia de laxantes, efectos adversos de medicación

Nutricional / metabólico: Técnica incorrecta en la administración de la alimentación por sonda, cambios en la dieta

INTERVENCIONES

0460 Manejo de la diarrea

1260 Manejo del peso

1100 Manejo de la nutrición

2080 Manejo de líquidos

00014 INCONTINENCIA FECAL

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

➡ Se aconseja utilizar esta etiqueta cuando en adultos persista en el tiempo.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Goteo constante de heces blandas.
- Olor fecal.
- Incapacidad para retrasar la defecación.
- Urgencia.
- Manchas fecales en la ropa o en la ropa de la cama.
- Falta de respuesta a la urgencia de defecar.
- Piel perianal enrojecida.
- Informes de incapacidad para notar la sensación de repleción rectal.
- Informes de reconocimiento de la sensación de repleción rectal pero de incapacidad para eliminar heces formadas.
- Incapacidad para reconocer la urgencia de defecar.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

▶ Vaciado intestinal incompleto, impactación fecal, malos hábitos dietéticos, barreras o dificultades en el entorno, aumento del estrés, pérdida general en el tono muscular, incapacidad total o parcial para usar el inodoro, abusos de laxantes.

≈ Anomalías o pérdida del control del esfínter rectal, lesiones colorrectales o de los nervios motores superiores o inferiores, presión abdominal o intestinal anormalmente alta, deterioro de la cognición, diarrea crónica, alteración de la capacidad de almacenar las heces, efectos secundarios de ciertos medicamentos, inmovilidad.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Diarrea.

Valorar respuestas de los patrones:

Actividad / ejercicio: Déficit de autocuidado: Uso WC. Pérdida general en el tono muscular.

Adaptación / tolerancia al estrés: Aumento del estrés. Ansiedad

Percepción / manejo de la salud: Barreras o dificultades en el entorno, abuso de laxantes

Nutricional / metabólico: Malos hábitos dietéticos

INTERVENCIONES

0410 Cuidados de incontinencia intestinal

0440 Entrenamiento intestinal

1100 Manejo de la nutrición

1750 Cuidados perianales

0200 Fomento del ejercicio

1804 Ayuda con los autocuidados: aseo

00020 INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL

Definición. Incapacidad de una persona, normalmente continente, de poder llegar al inodoro a tiempo para evitar la pérdida involuntaria de orina.

➡ Se aconseja utilizar esta etiqueta cuando se pueden modificar los hábitos de la persona o los factores externos que provocan los episodios de emisión involuntaria de orina o favorecen su persistencia¹⁵.

🚫 Se desaconseja utilizarla cuando los hábitos de la persona y de su entorno sean los adecuados pero persista la incontinencia¹⁵.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Incontinencia que puede presentarse sólo temprano por la mañana.
- Percepción de la necesidad de miccionar.
- Capacidad para vaciar completamente la vejiga.
- El tiempo requerido para llegar hasta el inodoro excede el tiempo que pasa entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada.
- Pérdida de orina antes de llegar al inodoro.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

▶ Barreras ambientales, factores psicológicos, deterioro de la visión, deterioro cognitivo o debilidad de las estructuras pélvicas de soporte, limitaciones neuromusculares, dependiendo del tipo y grado.

≈ Deterioro de la visión, deterioro cognitivo o debilidad de las estructuras pélvicas de soporte, limitaciones neuromusculares, dependiendo del tipo y grado.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Déficit del autocuidado: uso del WC

Deterioro de la eliminación urinaria

Incontinencia urinaria de esfuerzo

Incontinencia urinaria de urgencia

Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia
Incontinencia urinaria refleja
Incontinencia urinaria total

Valorar respuestas de los patrones:

Percepción / manejo de la salud: Barreras ambientales.

Cognitivo / perceptivo: Deterioro de la visión, deterioro cognitivo

INTERVENCIONES

0610 Cuidados de la incontinencia urinaria

0560 Ejercicios del suelo pélvico

0600 Entrenamiento del hábito urinario

0590 Manejo de la eliminación urinaria

1804 Ayuda con los autocuidados : aseo

1750 Cuidados perineales

2080 Manejo de líquidos

00021 INCONTINENCIA URINARIA TOTAL

Definición. Pérdida de orina continua e imprevisible.

☞ Habitualmente este tipo de incontinencia requiere un tratamiento paliativo como la utilización de absorbentes o colectores urinarios.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Falta de conciencia de la incontinencia.
- Flujo continuo de orina que se produce a intervalos imprevisibles sin distensión o falta de inhibición de las contracciones o espasmos vesicales.
- Incontinencia refractaria al tratamiento.
- Nicturia.
- Falta de conciencia del llenado vesical.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Déficit del autocuidado: uso del WC

Deterioro de la eliminación urinaria

Incontinencia urinaria de esfuerzo

Incontinencia urinaria de urgencia

Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia

Incontinencia urinaria refleja

Incontinencia urinaria total

INTERVENCIONES

0620 Cuidados de la incontinencia urinaria

0580 Sondaje vesical

0590 Manejo de la eliminación urinaria

1750 Cuidados perineales

1804 Ayuda con los autocuidados: aseo

00023 RETENCIÓN URINARIA

Definición. Vaciado incompleto de la vejiga.

☞ Es recomendable utilizar esta etiqueta en los casos urgentes que requieren el vaciado de la vejiga urinaria. La persistencia del problema requiere que el problema sea abordado como un problema interdependiente.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Incontinencia por rebosamiento
- Distensión vesical.
- Micciones frecuentes de poca cantidad o ausencia de diuresis.
- Sensación de repleción vesical.
- Goteo.
- Orina residual.
- Disuria.

INTERVENCIONES

0620 Cuidados de la retención urinaria

1876 Cuidados del sondaje vesical

0580 Sondaje vesical

0590 Manejo de eliminación urinaria

1750 Cuidados perianales

0221 Terapia de ejercicios: deambulación

00011 ESTREÑIMIENTO

Definición. Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación defectuosa o incompleta de heces excesivamente duras / secas.

☞ Se aconseja utilizar esta etiqueta cuando se pueda mejorar la evacuación intestinal modificando los hábitos higiénico-dietéticos¹⁵.

👉 Se desaconseja utilizar esta etiqueta cuando se trate de un estreñimiento crónico o esté provocado exclusivamente por un problema fisiopatológico: (estenosis intestinal, trastornos del peristaltismo, etc.), o efectos secundarios medicamentosos¹⁵.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Cambios en el patrón intestinal.
- Sangre roja brillante en las heces.
- Presencia de heces de consistencia pastosa en el recto.
- Distensión abdominal.
- Heces negras o alquitranadas.
- Aumento de la presión abdominal.
- Matidez abdominal.
- Dolor durante la defecación.
- Disminución del volumen de las heces.
- Eliminación de heces duras, secas y formadas.
- Masa rectal palpable.
- Sensación de plenitud o presión rectal.
- Dolor abdominal.
- Incapacidad para eliminar las heces.
- Anorexia.
- Cefaleas.
- Cambios en los ruidos abdominales (borborigmos).
- Indigestión.

- ❑ Presentaciones atípicas en adultos ancianos(p. Ej., cambios del estado mental, incontinencia urinaria, caídas inexplicables, aumento de la temperatura corporal).
- ❑ Flatulencia severa.
- ❑ Fatiga generalizada.
- ❑ Sonidos abdominales hiper o hipoactivos.
- ❑ Masa abdominal palpable.
- ❑ Sensibilidad abdominal con o sin resistencia muscular palpable.
- ❑ Náuseas o vómitos.
- ❑ Rezumamiento de heces líquidas.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

▶ **Factores funcionales:** Hace caso omiso de la necesidad de defecar, ha sufrido cambios recientes en el entorno, sus hábitos de eliminación son irregulares, su actividad física es escasa, carece de intimidad, carece de tiempo, tiene debilidad de la musculatura abdominal.

▶ **Psicológicos:** estrés emocional.

▶ **Farmacológicos:** Abusos de laxantes.

▶ **Mecánicos:** Obesidad.

▶ **Fisiológicos:** Mala higiene oral, deshidratación, cuando es posible la rehidratación oral, malos hábitos alimentarios con deficiencia en fibra y líquidos o cambios en el patrón de los alimentos ingeridos, disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal dependiendo de la causa.

≈ **Psicológicos:** Depresión, confusión mental.

≈ **Farmacológicos:** Efecto secundario de determinados medicamentos.

≈ **Mecánicos:** Desequilibrio electrolítico, obstrucción posquirúrgica, hemorroides, deterioro neurológico, estenosis rectal o anal, rectocele, absceso o úlcera rectal, embarazo, fisura rectal o anal, tumores, megacolon, prolapso rectal, agrandamiento prostático.

≈ **Fisiológicos:** Dentición inadecuada, disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal dependiendo de la causa, deshidratación cuando no es posible la rehidratación oral.

Valorar respuestas de los patrones:

Percepción/Control de la salud: Medicación (supositorios, enemas, abuso de laxantes) estilos de vida

Nutricional/metabólico: Patrón de los alimentos y líquidos ingeridos.

Actividad/ejercicio: Inmovilidad, reposo forzado, encajamiento prolongado.

Autopercepción: Depresión.

Tolerancia al estrés: Cambio de residencia, estrés emocional.

INTERVENCIONES

0450 Manejo del estreñimiento/impactación

0440 Entrenamiento del hábito intestinal

0430 Manejo intestinal

2380 Manejo de la medicación

1100 Manejo de la nutrición

0200 Fomento del ejercicio

0420 Irrigación intestinal

04120 Manejo de los líquidos

00017 INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Definición: Pérdida de orina inferior a los 50 ml. al aumentar la presión abdominal.

➡ Se aconseja utilizar esta etiqueta cuando se pueda incidir en los hábitos y conductas de la persona para minimizar o eliminar la incontinencia¹⁵.

👉 Se desaconseja utilizar esta etiqueta cuando la causa sea exclusivamente un proceso fisiopatológico o cambios degenerativos. En estas situaciones, que requieren un abordaje en colaboración, se recomienda centrar los cuidados enfermeros en el mantenimiento de la integridad de la piel y en la reducción de las repercusiones de la incontinencia en la vida cotidiana¹⁵.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Goteo de orina al aumentar la presión abdominal.
- Urgencia urinaria
- Intervalo entre micciones inferior a 2 horas.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- ▶ Vaciado incompleto o sobredistensión entre micciones, aumento de la presión abdominal por obesidad.
- ▶ Repercusiones de la incontinencia en la vida cotidiana fundamentalmente en su rol de cuidador/a.
- ▶ Medicamentos prescritos o no que toma habitualmente.
- ▶ Debilidad de los músculos pélvicos y de los soportes estructurales, dependiendo del tipo y del grado.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Incontinencia urinaria de urgencia, Incontinencia urinaria funcional, Incontinencia urinaria refleja, Incontinencia urinaria total.

Valorar respuestas de los patrones:

Actividad / ejercicio: Déficit de autocuidado: uso del WC.

INTERVENCIONES

0560 Ejercicio del suelo pélvico

0600 Entrenamiento del hábito urinario

0610 Cuidados de la incontinencia urinaria

1804 Ayuda con los autocuidados : Aseo

1750 Cuidados perineales

4. PATRÓN : Actividad y ejercicio

4.1. Definición.

- ❑ Describe el patrón de actividad, ejercicio, tiempo libre y ocio.
 - Incluye la actividad física de la vida diaria como higiene, cocinar, comprar, comer, trabajar y mantenimiento del hogar.
 - Incluye el tipo, la cantidad y la calidad del ejercicio teniendo en cuenta la ocupación laboral, así como las actividades de ocio.
 - Incluyen los factores que interfieren con el patrón deseado o esperado por el individuo (déficit neuromuscular, diseña, riesgos cardiopulmonares).

4.2. Descripción del objetivo de la valoración.

- ❑ Valorar la actividad física y el ejercicio que precisa como medida de prevención de riesgo cardiovascular.
- ❑ Evaluar la limitación de la capacidad funcional e instrumental de las actividades de la vida diaria (ABVD). La valoración de la actividad nos permitirá identificar niveles de dependencia para planificar cuidados en la atención domiciliaria.
- ❑ Obtener las descripciones subjetivas de estos componentes, los problemas percibidos por el usuario o por el cuidador y las acciones llevadas a cabo para resolver los problemas, así como los efectos percibidos de dichas acciones.
- ❑ Identificar signos de ventilación ineficaz.

4.3. Examen físico-observación.

- ❑ La observación de la marcha, la postura, el tono muscular y las prótesis o dispositivos de ayuda empleados.
- ❑ Valoración del grado de movilidad de las articulaciones la fuerza en las manos.

- ❑ La frecuencia cardiaca y el ritmo y la frecuencia respiratoria pueden explicar las afirmaciones subjetivas del usuario/cuidador acerca de la tolerancia a la actividad.
- ❑ Observar las limitaciones del usuario/cuidador para el autocuidado y el mantenimiento del hogar relacionado con los déficits de la movilidad.
- ❑ Valorar la capacidad funcional de las (ABVD) para lo que se recomienda la utilización del Índice de Barthel 100).

La escala de Barthel permite valorar la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Evalúa 10 actividades de la vida diaria: Comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, usar el retrete, trasladarse, deambular y subir y bajar escalones.

Se puntúa de 0 a 100 (90 para pacientes limitados a silla de ruedas). Las puntuaciones no son la misma para cada actividad. La micción y deposición debe ser valorada respecto a la semana previa. La escala de Barthel se pasará cuando se perciba que existe alguna limitación en las ABVD. Esta escala se pasará cada año o cuando haya cambios en el estado general del paciente.

La escala de Lawton y Brody valora las actividades instrumentales de la vida diaria se pasará una vez al año pero si la puntuación de la Escala de Barthel es inferior a 35 no hace falta hacerlo.

VALORACIÓN DEL PACIENTE

Camina: Dificultad para caminar, Encamado.

Ocio:

Tipo de Respiración: Taquipnea, Bradipnea, Ortopnea, Disnea Esfuerzo
Disnea Reposo

Presencia de secreciones: ¿Conoce técnicas de mejora eficaz de la respiración?

Expectoración: Dificultad para expectorar

Uso de inhaladores: ¿Conoce técnicas de aplicación?

Actividades Vida Diaria Básicas e Instrumentales: Si procede realizar Barthel y posteriormente Lawton
(Si Barthel=100 ó si sólo falla en incontinencia)

VALORACIÓN DEL CUIDADOR

¿Ha afectado en sus hábitos de actividad-ejercicio y ocio el ser cuidador?

En caso afirmativo indique los cambios:

Ejercicio /Físico: Tipo, Frecuencia, Tiempo

Ocio:

Tiene alguna limitación física que impida aplicar los cuidados? :

Participa en alguna actividad lúdica y/o recreo NO SI:

Actividad laboral: Ligera, Moderada, Intensa

Tipo de Respiración : Taquipnea, Bradipnea, Ortopnea, Disnea Esfuerzo
 Disnea Reposo

DIAGNÓSTICOS

NANDA	DEFINICIÓN
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucción del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.
Deterioro de la movilidad física	Limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades.
Intolerancia a la actividad	Insuficiente energía fisiológico o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.
Fatiga	Sensación prolongada de agotamiento profundo que no se alivia con el descanso y que se manifiesta en una reducción de su capacidad habitual para el esfuerzo físico y mental.
Déficit de actividades recreativas	Disminución de la estimulación, del interés o de la participación en actividades recreativas o de ocio.

Déficit de autocuidado: Alimentación	Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de alimentación.
Déficit de autocuidado: Baño/Higiene.	Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baño/higiene.
Conocimientos deficientes (Especificar)	Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

00031 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS

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

➡ Es recomendable usar esta etiqueta cuando los factores que la condicionan están relacionados con los conocimientos y la habilidad para toser eficazmente.

👉 Se desaconseja en los que los factores etiológicos recaen fueran de la esfera competencial de la enfermera. En estas situaciones se abordaría como problema interdependiente.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Disnea.
- Ausencia o ineffectividad de la tos.
- Esputos.
- Cianosis.
- Disminución de los sonidos respiratorios.
- Ortopnea.
- Dificultad para vocalizar.
- Sonidos respiratorios adventicios (sibilancias, estertores, crepitancias, ronus)
- Cambios en la frecuencia y ritmo respiratorio.
- Agitación.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- ▶ Desconocimiento de técnicas de mejora eficaz de la respiración. Baja habilidad para toser eficazmente.
- ▶ **Factores ambientales:** Fumador activo o pasivo, irritación por el humo.

► **Obstrucción de las vías aéreas:** Espasmo de las vías o presencia de un cuerpo extraño, retención de las secreciones, exceso de mucosidad o secreciones bronquiales.

≈ **Fisiológicos:** Disfunción neuromuscular, hiperplasia de las paredes bronquiales, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infección, asma, vías aéreas alérgicas.

Valorar respuestas de los patrones:

Percepción/Control de la salud: Fumador activo o pasivo. Ambiente laboral.

INTERVENCIONES

3140 Monitorización respiratoria

4490 Ayuda para dejar de fumar

5270 Apoyo emocional

3140 Manejo de las vías aéreas

3250 Mejorando la tos

3160 Aspiración de las vías aéreas

3320 Oxigenoterapia

00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

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

➡ Es recomendable usar esta etiqueta si existe posibilidad de mejorar la movilidad o evitar un deterioro mayor mediante nuestra actuación. En caso de deterioros importantes es conveniente realizar una interconsulta al fisioterapeuta o profesional competente.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades habituales de la vida diaria.
- Limitación de la habilidad para las habilidades motoras gruesas.
- Limitación de la habilidad para las habilidades motoras finas.
- Movimientos descoordinados o espasmódicos.
- Limitación de la amplitud de movimientos.
- Dificultad para girarse en la cama.
- Disminución del tiempo de reacción.
- Falta de aliento inducida por el movimiento.
- Cambios en la marcha (ejem. disminución de la marcha, velocidad, dificultad para iniciar el paso, pasos cortos, andar arrastrando los pies, balanceo postural lateral exagerado).
- Ocuparse en sustituciones del movimiento (Ejem., atención creciente a otras actividades, conducta de control, centrar la atención en la actividad previa a la enfermedad o discapacidad)
- Temblor inducido por el movimiento

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

▶ Malestar o dolor, falta de conocimiento sobre los beneficios de la actividad física, ideas culturales sobre el grado de actividad adecuado para la edad, sedentarismo o resistencia a iniciar el movimiento, desuso o mala forma física, índice de masa corporal por encima del percentil 75 para la edad, intolerancia a

la actividad o disminución de la fuerza, resistencia, control o masa muscular, rigidez o contracturas articulares.

- ▶ Depresión o ansiedad, deterioro cognitivo, sensorio-perceptivo, neuromuscular o músculoesquelético, dependiendo del tipo y grado.

- ▶ Falta de apoyo físico o social.

- ▶ Desnutrición selectiva o generalizada, dependiendo del tipo o grado.

⚡ Efectos secundarios de medicamentos, prescripción de restricción de movimientos, limitación de la resistencia cardiovascular, pérdida de la integridad en la estructura ósea.

Valorar respuestas de los patrones:

Cognitivo / perceptivo: Deterioro cognitivo

Autopercepción/autoconcepto: Depresión o ansiedad.

INTERVENCIONES

0221 Terapia de ejercicios: deambulación

0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular

0201 Fomentar el ejercicio: entrenamiento de extensión

0740 Cuidados del paciente encamado

0200 Fomento del ejercicio

1780 Cuidado de una prótesis

4066 Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa.

0910 Inmovilización

4062 Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial

1400 Manejo del dolor

00102 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN

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

➡ Es recomendable su detección si existe un déficit no compensado, o el manejo del déficit que realiza la familia es inestable o ineficaz y se puede mejorar.

👉 Es recomendable no usar esta etiqueta en los casos que existe un déficit pero se encuentra compensado por la familia o el cuidador

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**Incapacidad para:**

- Deglutir alimentos
- Prepararlos para su ingestión
- Manejar los utensilios
- Masticar la comida
- Usar dispositivos de ayuda
- Coger los alimentos con los utensilios
- Abrir los recipientes
- Masticar
- Llevar los alimentos a la boca
- Completar una comida
- Ingerir los alimentos de forma socialmente aceptable
- Coger la taza o el vaso
- Ingerir alimentos suficientes.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

La persona experimenta:

- Debilidad, cansancio, malestar, ansiedad severa o disminución de la motivación, dependiendo del tipo y grado.

- Dolor o deterioro neuromuscular, musculoesquelético, perceptual o cognitivo, dependiendo del tipo y grado.
- Barreras ambientales.

Valorar respuestas de los patrones:

Cognitivo / perceptivo: Deterioro cognitivo, dolor.

Autopercepción/autoconcepto: Depresión o ansiedad.

INTERVENCIONES

1050 Alimentación.

1100 Manejo de la nutrición.

1710 Mantenimiento de la salud bucal.

4420 Acuerdo con el paciente.

00108 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.

➡ Es recomendable su detección si existe un déficit no compensado, o el manejo del déficit que realiza la familia es inestable o ineficaz y se puede mejorar.

👉 Es recomendable no usar esta etiqueta en los casos que existe un déficit pero se encuentra compensado por la familia o el cuidador

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**Incapacidad para:**

- Lavar total o parcialmente el cuerpo
- Obtener agua o llegar hasta una fuente
- Regular la apertura flujo del agua del baño.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- Disminución de la motivación, debilidad, cansancio, ansiedad severa, dificultad para percibir una parte corporal o la relación espacial.
- Dependiendo del tipo y grado: dolor, malestar deterioro neuromuscular deterioro musculoesquelético.
- Barreras ambientales.

Valorar respuestas de los patrones:

Cognitivo / perceptivo: Deterioro cognitivo, dolor.

Autopercepción/autoconcepto: Depresión o ansiedad.

INTERVENCIONES

1801 Ayuda en los autocuidados: baño/ higiene.

1610 Baño.

1680 Cuidados de las uñas.
1660 Cuidados de los pies.
1750 Cuidados perineales.
1710 Mantenimiento de la salud bucal.

00109 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.

➡ Es recomendable su detección si existe un déficit no compensado, o el manejo del déficit que realiza la familia es inestable o ineficaz y se puede mejorar.

👉 Es recomendable no usar esta etiqueta en los casos que existe un déficit pero se encuentra compensado por la familia o el cuidador

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**Deterioro de la capacidad para :**

- Ponerse y quitarse las prendas de ropa necesarias
- Abrocharse la ropa
- Obtener o reemplazar los artículos de vestir

Incapacidad para :

- Para ponerse la ropa en la parte superior del cuerpo
- Ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo
- Elegir la ropa
- Usar dispositivos de ayuda
- Usar cremalleras
- Quitarse la ropa
- Ponerse los calcetines
- Mantener el aspecto aun nivel satisfactorio
- Coger la ropa
- Ponerse los zapatos.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- Disminución de la motivación, debilidad, cansancio, ansiedad severa.

- Dependiendo del tipo y grado: dolor, malestar, deterioro neuromuscular, deterioro musculoesquelético de la movilidad o de la capacidad para el traslado.
- Barreras ambientales.

Valorar respuestas de los patrones:

Cognitivo / perceptivo: Deterioro cognitivo, dolor.

Autopercepción/autoconcepto: Depresión o ansiedad.

INTERVENCIONES

1680 Cuidados de las uñas

0200 Fomentar el ejercicio

3590 Vigilancia de la piel

5220 Potenciar la imagen corporal

00110 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO WC

Definición. Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de uso del orinal o WC.

➡ Es recomendable su detección si existe un déficit no compensado, o el manejo del déficit que realiza la familia es inestable o ineficaz y se puede mejorar.

👉 Es recomendable no usar esta etiqueta en los casos que existe un déficit pero se encuentra compensado por la familia o el cuidador

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**Incapacidad para:**

- Llegar hasta el WC o el orinal
- Sentarse o levantarse de WC o del orinal
- Manipular la ropa para la evacuación
- Realizar la higiene adecuada tras la evacuación
- Limpiar el WC o el orinal después del uso

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- Disminución de la motivación, debilidad, cansancio, ansiedad severa.
- Dependiendo del tipo y grado: dolor, malestar, deterioro neuromuscular, deterioro musculoesquelético de la movilidad o de la capacidad para el traslado.
- Barreras ambientales.

Valorar respuestas de los patrones:

Cognitivo / perceptivo: Deterioro cognitivo, dolor.

Autopercepción/autoconcepto: Depresión o ansiedad.

INTERVENCIONES

1804 Ayuda con los autocuidados : aseo

6480 Manejo ambiental

0410 Cuidados de incontinencia intestinal
1100 Manejo de la nutrición
0590 Manejo de la eliminación urinaria
4120 Manejo de líquidos
0430 Manejo intestinal
1610 Baño
0480 Cuidados de la ostomía
0200 Fomento del ejercicio
0450 Manejo del estreñimiento / impactación
3590 Vigilancia de la piel

00092 INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

Definición. Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

➔ Se aconseja usar esta etiqueta cuando se trate de una situación temporal en una persona que habitualmente se siente descansada tras el reposo y es capaz de llevar a cabo las actividades diarias sin un esfuerzo excesivo y el riesgo tenga su origen en conductas inapropiadas de la persona que puedan ser modificadas, o en factores sobre los que sea posible incidir eliminándolos, reduciéndolos o modificando sus efectos¹⁵.

👉 Se desaconseja utilizarla cuando la persona haga todo lo que está a su mano para reducir el riesgo, aunque éste persista¹⁵.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Informes verbales de fatiga o debilidad.
- Frecuencia cardiaca o presión arterial anormales en respuesta a la actividad.
- Malestar o disnea de esfuerzo.
- Cambios electrocardiográficos indicadores de arritmias o isquemias
- Informes verbales de fatiga o debilidad.
- Frecuencia cardiaca o presión arterial anormales en respuesta a la actividad.
- Malestar o disnea de esfuerzo.
- Cambios electrocardiográficos indicadores de arritmias o isquemias
- Informes verbales de fatiga o debilidad.
- Frecuencia cardiaca o presión arterial anormales en respuesta a la actividad.
- Malestar o disnea de esfuerzo.
- Cambios electrocardiográficos indicadores de arritmias o isquemias

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- ▶ Reposo en cama, inmovilidad, debilidad generalizada, sedentarismo.
- ▶ Desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Fatiga

INTERVENCIONES

5612 Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito

0202 Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión

0200 Fomento del ejercicio

6482 Manejo ambiental: comodidad

00093 FATIGA

Definición: Nombra una situación en que la persona tiene una sensación prolongada de agotamiento profundo que no se alivia con el descanso y que se manifiesta en una reducción de su capacidad habitual para el esfuerzo físico y mental.

➤ Se aconseja usar esta etiqueta cuando se trate de una situación temporal en una persona que previamente se sentía descansada tras el reposo y podía llevar a cabo las actividades diarias sin un esfuerzo excesivo¹⁵.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Verbalización de más tiempo de descanso o más energía.
- No recuperar completamente la energía, cansancio que no desaparece tras el descanso.
- Incapacidad para mantener el ritmo de vida o las actividades habituales o necesitar más tiempo para llevarlas a cabo
- Dificultad para concentrarse.
- Falta de interés en el entorno.
- Introspección
- Somnolencia.
- Disminución de la libido.
- Sensación de culpabilidad por no cumplir con sus responsabilidades.
- Aumento de las quejas físicas.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

▶ **Factores psicológicos:** Aumento del estrés o la ansiedad, estilo de vida aburrido.

▶ **Factores ambientales:** Alteración del grado de humedad, luces, ruido o temperatura por exceso o defecto.

▶ **Factores situacionales:** Acontecimientos vitales negativos, tipo de trabajo.

► **Factores fisiológicos:** Falta de sueño suficiente, mal estar físico, aumento del ejercicio físico, desnutrición dependiendo del tipo y grado.

≈ **Factores psicológicos:** Depresión.

≈ **Factores fisiológicos:** Anemia, enfermedad, desnutrición.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Intolerancia a la actividad.

Valorar respuestas de los patrones

Autopercepción: Depresión, ansiedad, impotencia, desesperanza.

Afrontamiento/Tolerancia al estrés: Deterioro de la adaptación.

Rol/Relaciones: Duelo

INTERVENCIONES

5440 Aumentar los sistemas de apoyo

6040 Terapia de relajación simple

1850 Fomentar el sueño

0180 Manejo de energía

1480 Masaje simple

0200 Fomento del ejercicio

1100 Manejo de la nutrición.

00097 DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS

Definición. Disminución de la estimulación del interés o de la participación en actividades recreativas o de ocio.

☞ Es recomendable usar esta etiqueta en los caso en que la persona ha abandonado hábitos recreativos recuperables en su situación actual.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Los pasatiempos habituales no pueden realizarse.
- Afirmaciones de la persona de que se aburre, o que desea tener algo que hacer que leer, etc.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- ▶ Entorno desprovisto de actividades recreativas.
- ▶ Prolongados tratamientos, inmovilidad, etc.

INTERVENCIONES

4480 Facilitar la autorresponsabilidad

5360 Terapia de entretenimiento

0200 Fomento del ejercicio.

5430 Grupo de apoyo.

5. PATRÓN : Sueño y descanso

5.1. Definición.

- Describe el patrón de sueño y descanso de un individuo.
 - Incluye los patrones del sueño y los periodos de descanso-relax a lo largo de las 24 horas del día.
 - Incluye la percepción de la calidad y la cantidad de sueño y descanso y la percepción del nivel de energía.
 - Incluye las ayudas para dormir como las medicaciones o la rutina empleada a la hora de acostarse.

5.2. Descripción del objetivo de la valoración.

- Describir la efectividad del patrón desde la perspectiva del enfermo y del cuidador.
- Analizar las explicaciones.
- Identificar las acciones llevadas a cabo y los efectos de las medidas aplicadas en el caso de que se hubiera percibido un problema.

5.3. Examen físico-observación.

- Si procede observar el patrón del sueño.

VALORACIÓN DEL PACIENTE /CUIDADOR

Cantidad horas sueño / noche:

Cantidad horas sueño / día:

Cambio ritmo de sueño:

Problemas: conciliar sueño, Pesadillas, Despertar temprano.

Medidas auxiliares: Escuchar radio, Medicación, Relajación, Otros

¿Se levanta descansado?:¿Ronca?

En el cuidador si existen problemas de sueño:

¿Considera que los problemas del sueño se deben a cuidar al paciente?

DIAGNÓSTICOS

NANDA	DEFINICIÓN
Deterioro del patrón del sueño	Trastorno de la cantidad y calidad del sueño limitado en el tiempo.

00095. DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO

Definición. Trastorno de la cantidad y calidad del sueño limitado en el tiempo.

☞ Se aconseja usar esta etiqueta únicamente cuando el trastorno es de reciente instauración, y aun en casos se recomienda extremar la prudencia, ya que, en muchas ocasiones, las alteraciones del patrón del sueño son sólo una manifestación de otro problema más general (dolor, ansiedad, temor, etc.) que debe ser identificado y tratado siempre que sea posible¹⁵.

👉 Se desaconseja utilizarla cuando se trate de alteraciones crónicas o rebeldes al tratamiento, narcolepsia (ataques incontrolables de sueño) o parasomnia (sonambulismo, pesadillas, enuresis, etc.) alteraciones que deben ser diagnosticadas y tratadas por un especialista en trastorno del sueño¹⁵.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Desvelo prolongado.
- Insomnio mantenido.
- Deterioro autoinducido del patrón normal.
- Tardar más de treinta minutos en conciliar el sueño.
- Insomnio matinal.
- Despertar antes o después de lo deseado.
- Quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño.
- Quejas verbales de no sentirse bien descansado.
- Insatisfacción con el sueño.
- Tiempo total de sueño menor del considerado normal para la edad.
- Despertarse tres o más veces por la noche.
- Disminución de la proporción de las etapas 3 y 4 del sueño 8p. Ejem., Disminución de la sensibilidad, somnolencia excesiva, disminución de la motivación.
- Aumento de la proporción de la etapa 1 del sueño.

- ❑ Disminución de la proporción de sueño REM (Ejem., rebote REM, hiperactividad, labilidad emocional, agitación e irreflexión, características.
- ❑ Disminución de la capacidad para funcionar.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

▶ Factores situacionales:

Personales: Preocupación por dormir, miedo al insomnio o anticipación del desvelo, temor, pensamientos repetitivos antes del sueño, actividad diurna excesiva o insuficiente, dieta inadecuada, alteraciones en la temperatura corporal, vigilia prolongada, añoranza del hogar o separación de las personas significativas, consumo prolongado de sustancias para no dormir.

Ambientales: Temperatura, humedad, ruido, olores o iluminación inadecuados que dificultan el sueño, falta de intimidad, falta de familiaridad con la habitación, estimulación excesiva, sujeciones físicas.

▶ Factores fisiológicos: Grado de humedad, posición en la cama.

▶ **Factores psicológicos:** Dependiendo del tipo y grado depresión, soledad, agentes bioquímicos, efectos secundarios de medicamentos.

≈ **Factores psicológicos:** Cambio vital, depresión, soledad.

≈ **Factores ambientales:** Desvelo provocados por otros, interrupciones para realizar procedimientos terapéuticos o controles.

≈ **Factores fisiológicos:** Urgencia urinaria, fiebre, náuseas, estasis de secreciones, disnea.

Valorar respuestas de los patrones

Percepción/Control de la salud: Ambiente físico del domicilio, presencia de cuidador, medicación prescrita, automedicación.

Autopercepción/Autoconcepto: Depresión, soledad, ansiedad, temor.

Eliminación: Incontinencia urinaria o fecal.

Actividad / ejercicio: Tipo y grado de actividad.

Cognitivo / perceptivo: Dolor.

INTERVENCIONES

1850 Fomentar el sueño.

6482 Manejo ambiental: comodidad

6040 Terapia de relajación simple.

5820 Disminución de la ansiedad.

0200 Fomento del ejercicio.

1400 Manejo del dolor.

6. PATRÓN : Cognitivo y perceptivo

6.1. Definición:

- ❑ Describe los patrones sensorio-perceptuales y cognitivos.
 - Incluye la adecuación de los órganos de los sentidos, como la vista, el oído, el gusto, el tacto o el olfato, y la compensación o prótesis utilizada para hacer frente a los trastornos.
 - Incluye las manifestaciones de percepción del dolor y como se trata éste
 - Incluye la descripción de las habilidades cognitivas funcionales, como el lenguaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones.

6.2 Descripción del objetivo de la valoración:

- Describir la adecuación del lenguaje, habilidades cognitivas y percepción relativas a las actividades necesarias o deseadas.
- Identificar datos sobre las descripciones subjetivas, los problemas percibidos por el cliente o por el cuidador.
- Identificar las compensaciones para el déficit y la efectividad de los esfuerzos para compensarlos.
- Identificar la capacidad de autocuidados ya que las alteraciones de este patrón van a presentar en el usuario y cuidador principal dificultades en la aptitud para la realización de ellos.

6.3. Examen físico-observación.

- ❑ Durante el examen, se observan las capacidades cognitivas y sensoriales. La capacidad del lenguaje, memoria, resolución de problemas y toma de decisiones en relación al entorno en la que encontramos a nuestro enfermo/cuidador. Así como la visión, audición, tacto, olfato y gusto. No olvide el valorar las prótesis como las gafas o el audífono.

- ❑ Evaluar la percepción de los problemas por parte del paciente, las razones de ellos, las acciones llevadas a cabo y la eficacia percibida de los resultados obtenidos.
- ❑ Valorar la existencia de comportamientos compensatorios del paciente que puedan estar enmascarando disfunciones básicas debidas al razonamiento alterado, el déficit de la memoria y el déficit de conocimiento relacionados con la práctica de salud. La seguridad de nuestro paciente/cuidador pueden ponerse en peligro.
- ❑ Para valorar si existe deterioro cognitivo se recomienda la realización del Test de Pfeiffer.
- ❑ También es recomendable la realización del Test del Informador (TIN corto) al cuidador principal ante sospecha de deterioro cognitivo del paciente.
- ❑ Para medir la intensidad y características **del dolor**, es de gran utilidad la escala visual analógica (EVA). Fundamental en el seguimiento de la AD destacando entre el perfil de población domiciliaria el paciente terminal.

VALORACIÓN DEL PACIENTE

1.- PERCEPCIÓN SENSORIAL

Orientación temporo-espacial

Nivel de conciencia: Alerta, Afasia receptiva, Mal historiador, Confuso, Irresponsable

Visión: Alteración, Utiliza gafas, revisión:

Audición : Alteración, Vértigo, Utiliza Prótesis, revisión :

Test susurro (si procede:

Presencia tapón cerumen:

2. CAPACIDAD COGNITIVA.-

Lenguaje: Normal, Titubeante, Confuso, Afasia expresiva

Capacidad leer, Capacidad escribir, Capacidad comunicarse

¿Tiene dificultad con el aprendizaje?

¿Tiene capacidad para tomar decisiones sobre su salud?

Deterioro cognitivo Test Pfeiffer si procede

¿Dolor? Características: Agudo , Crónico, Intermitente , Otros

Intensidad, Localización, Tiempo de evolución.

DIAGNÓSTICOS

NANDA	DEFINICIÓN
Deterioro de la memoria	Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales.
Dolor Agudo	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 severa con una finalidad anticipada o previsible y una duración menor de 6 meses.
Dolor Crónico	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 severa con un final anticipado o previsible y una duración.

00131 DETERIORO DE LA MEMORIA

Definición. Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales.

➡ Se aconseja usar esta etiqueta cuando sea posible controlar, reducir o eliminar los factores que generan el deterioro o ayudar a mantener o potenciar las capacidades que todavía tiene la persona¹⁵.

👉 Se desaconseja utilizar en deterioro cognitivos importantes.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Información u observación de experiencias de olvidos.
- Incapacidad para recordar si ya se ha realizado una conducta.
- Incapacidad para aprender o retener nuevas habilidades o información.
- Incapacidad para realizar una habilidad previamente aprendida.
- Incapacidad para recordar información sobre los hechos.
- Incapacidad para recordar acontecimientos recientes o pasados.
- Olvida realizar una conducta en el momento programado para ello.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

▶ Dificultad para el aprendizaje, capacidad para leer o escribir, capacidad para la toma de decisiones.

▶ Cambios ambientales excesivos.

⚡ Hipoxia aguda o crónica, anemia, disminución del gasto cardíaco, desequilibrio de líquidos y electrolitos, trastorno neurológico.

Valorar con Escala

Para valorar si existe deterioro cognitivo se recomienda la realización del test de PFEIFFER. Se llega al diagnóstico cuando existen 5 o más errores.

Se sugiere también la utilización del TIN corto (Test del informador), para aumentar la sensibilidad del test de PFEIFFER al no estar influido por la edad y el nivel cultural, tener mayor sensibilidad en la detección del deterioro cognitivo leve y no precisar de mucho tiempo añadido.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Confusión crónica. Confusión aguda. Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno. Síndrome de estrés del traslado. Trastorno de la percepción sensorial. Trastorno de los procesos del pensamiento.

INTERVENCIONES

4760 Entrenamiento de la memoria.

5820 Disminución de la ansiedad.

6460 Manejo de la demencia.

4820 Orientación de la realidad.

7140 Apoyo a la familia.

5270 Apoyo emocional.

00133 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 severa con un final anticipado o previsible y una duración.

➡ Se aconseja usar esta etiqueta en cualquier momento en que la persona experimenta dolor y sea posible reducir la intensidad percibida o a aumentar la eficacia del tratamiento medico mediante técnicas no invasivas, con independencia de que simultáneamente el dolor este siendo tratado con fármacos o técnicas invasivas¹⁵.

👉 Se desaconseja utilizar este diagnostico cuando la persona o el cuidador ya están aplicando todas las medidas posibles y el dolor persiste, o cuando no desean probar el uso de técnicas no invasivas¹⁵.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Cambios ponderales
- Informes verbales o codificados u observación de evidencias de conducta de protección o de defensa, máscara facial, irritabilidad, centrar la atención en sí mismo, agitación, depresión.
- Atrofia de los grupos musculares atrofiados
- Cambios en el patrón del sueño
- Fatiga
- Temor a nuevas lesiones
- Reducción de la intreracción con los demás
- Alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas
- Respuestas mediadas por el sistema nervioso simpático (temperatura, frío, cambios en la posición corporal, hipersensibilidad)
- Anorexia

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- ▶ Características del dolor; presencia de dolor, intensidad.
- ▶ Incapacidad física o psicosocial crónica.

Valorar con Escalas

Se utiliza la Escala Visual Analógica (EVA).

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Dolor agudo

Valorar respuestas de los patrones:

Percepción-Control de Salud: se recogen datos sobre la automedicación (uso de analgésicos)

INTERVENCIONES

2400 Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (PCA).

1400 Manejo del dolor.

2317 Administración de medicación.

1380 Aplicación de calor o frío.

2380 Manejo de la medicación.

5900 Distracción.

4920 Escucha activa.

0202 Fomento de ejercicios: extensión.

6040 Terapia de relajación simple.

00132. DOLOR AGUDO.

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 severa con una finalidad anticipada o previsible y una duración menor de 6 meses.

➡ Se aconseja usar esta etiqueta en cualquier momento en que la persona experimente dolor y sea posible reducir la intensidad percibida deseaste o aumentar la eficacia del tratamiento medico mediante técnicas no invasivas, con independencia de que simultáneamente el dolor este siendo tratado con fármacos o técnicas invasivas¹⁵.

👉 Se desaconseja usar esta etiqueta en los casos de dolor agudo directa y unívocamente relacionados con una lesión tisular (p. Ejem. el post operatorio inmediato) cuando constituye un problema que debe ser tratado en colaboración¹⁵.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Informe verbal o codificado.
- Observación de evidencias.
- Posición antiálgica para evitar el dolor.
- Gestos de protección.
- Conducta de defensa.
- Mascara facial.
- Trastornos del sueño (ojos apagados, mirada abatida, movimientos fijos o escasos, muecas).
- Centrar la atención en sí mismo.
- Estrechamiento del foco de atención (alteración de la percepción del tiempo, deterioro de los procesos de pensamiento, reducción de la interacción con las personas y con el entorno).
- Conductas de distracción (caminar de un lado a otro, búsqueda de otras personas o actividades, actividades repetitivas).
- Alteración del tono muscular (de laxitud a rigidez).

- ❑ Respuestas autónomas (diaforesis, cambios de la presión, arterial, respiración, y pulso, dilatación pupilar)⁹.
- ❑ Conducta expresiva (agitación, gemidos, llanto, vigilancia, irritabilidad, suspiros).
- ❑ Cambios en el apetito y en la ingesta.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- ▶ Características del dolor; calidad, intensidad, inicio, duración y ritmo.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Dolor crónico

Valorar con Escalas

Se utiliza la Escala Visual Analógica (EVA).

Valorar respuestas de los patrones:

Percepción-Control de Salud: se recogen datos sobre la automedicación (uso de analgésicos).

INTERVENCIONES

2400 Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (PCA).

1400 Manejo del dolor.

5820 Disminución de la ansiedad.

1610 Baño.

5310 Dar esperanza.

5900 Distracción.

4920 Escucha activa.

1850 Fomentar el sueño.

0200 Fomento del ejercicio.

7. PATRÓN : Auto percepción - autoconcepto

7.1. Definición.

- ❑ Describe el concepto que tiene de sí mismo el individuo, cómo se percibe y cómo cree que le perciben los demás.
 - Incluye las actitudes hacia uno mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas).
 - Incluye las modificaciones de autoimagen y autoestima que se pueden presentar ante un proceso de enfermedad.
 - Incluye el patrón emocional general.
 - Incluye el patrón de la postura corporal y del movimiento, contacto visual y patrones de voz y de conversación.

7.2. Descripción del objetivo de la valoración.

- ❑ Identificar los cambios, las pérdidas y las amenazas; factores comunes que pueden influir de forma negativa en el autoconcepto. Las autoevaluaciones negativas producen malestar personal y también pueden influir en los otros.
- ❑ Obtener la confianza del paciente/cuidador pues las personas tienden a no mostrar sentimientos personales a no ser que se haya establecido un ambiente de empatía y de no enjuiciamiento.

7.3. Examen físico-observación.

- ❑ Todas las categorías diagnósticas comprendidas en este patrón describen sentimientos subjetivos del paciente y/o del cuidador por lo que necesitaremos prestar una especial atención a la verbalización de estos sentimientos para realizar el diagnóstico correcto.
- ❑ Será importante observar la postura corporal y el movimiento, el contacto ocular y los patrones de voz y conversación.

- ❑ No deben pasarse por alto datos de identidad confusa, imagen corporal alterada, baja autoestima, sentimientos de impotencia, depresión situacional y miedo.
- ❑ El temor y la ansiedad comparten muchas características definitorias, debe hacerse una distinción entre estas dos condiciones.

Cuando se sospeche alteraciones en el estado de ánimo, o ansiedad se realizará una valoración con la Escala de Goldberg se debe aplicar en pacientes con manifestaciones psicopatológicas, a pacientes con síntomas somáticos inespecíficos como cefaleas, mareos, dolor torácico, pacientes pluriconsultores, pacientes con enfermedades crónicas invalidantes, pacientes con factores de riesgos (desempleo, duelo, cuidado del enfermo terminal...). Esta escala, en caso de resultar negativa se pasará cada dos años y si es positiva se realizará la derivación al médico de familia o Unidad de Salud Mental.

VALORACIÓN DEL PACIENTE / CUIDADOR

¿Cómo se describe a sí mismo? autoevaluación positiva, autoevaluación negativa

Ha habido cambios en sus sentimientos hacia: ¿Sí mismo? ¿Su cuerpo?

¿Se siente a gusto consigo mismo?

Si se sospecha ansiedad, realizar Subescala de Ansiedad de Goldberg.

En el caso del cuidador además:

¿Tiene dificultad para cuidar de su imagen corporal desde que cuida?

¿Como se siente consigo mismo al ser cuidador?

Muy bien, Bien , Regular , Mal, Muy mal

Observaciones:

Si se sospecha baja autoestima, realizar Escala Autoestima de Rosenberg.

DIAGNÓSTICOS

NANDA	DEFINICIÓN
Desesperanza	Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.
Trastorno de la imagen corporal	Confusión en la imagen mental del yo físico.
Baja autoestima situacional	Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual
Ansiedad	Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta del sistema nervioso autónomo y cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo; sentimiento de aprensión causada 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.
Temor	Respuesta a la percepción como una amenaza que se reconoce e identifica conscientemente como un peligro.

00124 DESESPERANZA

Definición. Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.

➡ Se aconseja utilizar esta etiqueta cuando la percepción de la persona no sea realista y haya alternativas u opciones posibles que ella no percibe¹⁵.

👉 Se desaconseja utilizarla en situaciones terminales o irreparables cuando, realmente, ninguna otra elección o alternativa posible, en cuyo caso se recomienda centrar los cuidados en fomentar la aceptación de la situación¹⁵.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Pasividad, disminución de la verbalización.
- Disminución de las emociones.
- Claves verbales (Contenido desesperanzado, “no puedo”, suspiros).
- Falta de iniciativa.
- Disminución de la respuesta a los estímulos.
- Volverse hacia el lado contrario de la persona que habla.
- Cerrar los ojos.
- Encogerse de hombros en respuesta a la persona que le habla.
- Disminución del apetito.
- Aumento o disminución del sueño.
- Falta de implicación en sus cuidados o aceptación pasiva

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

Las características definitorias del diagnóstico expresan con claridad las respuestas que debemos valorar.

Aislamiento debido a restricción de la actividad de larga duración; estrés prolongado.

Declive o deterioro fisiológico; abandono; pérdida de la fe en los valores trascendentales.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Ansiedad, Baja autoestima crónica, Baja autoestima situacional, Impotencia, Temor.

Valorar respuestas de los patrones:

Valores/Creencias: Sufrimiento espiritual.

INTERVENCIONES

5310 Dar esperanza

5270 Apoyo emocional

5250 Apoyo en toma de decisiones

5440 Aumentar sistemas de apoyo

5290 Facilitar el duelo

5430 Grupo de apoyo

00118 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

Definición. Confusión en la percepción del yo físico.

☞ Se aconseja utilizar esta etiqueta siempre que la persona tras una enfermedad, traumatismo o lesión que ha modificado su aspecto o función corporal, necesite reajustar la imagen mental que tiene de sí misma. ¹⁵

☞ Se desaconseja utilizarla cuando los problemas de ajuste de la imagen mental se deban a trastornos psicopatológicos. ¹⁵

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Expresión de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto, estructura o función.
- Expresión de percepciones que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto, estructura o función.
- Respuesta no verbal a cambios reales o percibidos en la estructura o funcionamiento.
- Conductas de excitación, control o reconocimiento del propio cuerpo.

Objetivas.

- Pérdida de una parte corporal.
- Traumatismo de la parte no funcionante.
- No tocar una parte funcional.
- Ocultamiento o exposición excesiva (intencionada o no) de una parte corporal.
- Cambio en la implicación social.
- Cambio en la capacidad para estimar la relación espacial del cuerpo en el entorno.
- No mirar esa parte corporal.
- Cambio real en la estructura o funcionamiento.
- Ampliación de los límites del cuerpo para incorporar objetivos del entorno.

Subjetivas.

- Rechazo a verificar un cambio real.
- Preocupación con el cambio o pérdida.
- Personalización de la parte o pérdida dándole un nombre.
- Despersonalización de la parte o pérdida mediante pronombres impersonales.
- Sentimientos negativos sobre el cuerpo (Ejem., sentimientos de desesperación, desesperanza, impotencia).
- Expresión de cambios en el estilo de vida.
- Centrar la atención en las capacidades, funciones o aspecto anterior.
- Miedo al rechazo o a la reacción de los otros.
- Destacar las capacidades restantes.
- Exagerar los logros.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

Debe tenerse en cuenta que la imagen corporal es uno de los cuatro componentes que configuran la percepción de uno mismo (imagen corporal, desempeño del rol, identidad personal y autoestima). La alteración o cambio en cualquiera de los cuatro repercute necesariamente en los restantes. Esto implica que, al valorar uno de los componentes de la autopercepción, se deben tener en cuenta los otros tres. Por otra parte, la importancia que la sociedad actual confiere al cuerpo hace que la autoimagen sea un aspecto muy importante de la autopercepción.¹⁵

- Las características definitorias del diagnóstico expresan con claridad las respuestas que debemos valorar.
- **Objetivas:** Pérdida o cambio real de una parte, estructura o función corporal; ampliación de los límites del cuerpo hasta incluir objetos del entorno.

Valorar respuestas de los patrones:

Rol/Relación: Duelo anticipado; Duelo disfuncional.

INTERVENCIONES

5220 Potenciación de la imagen corporal.

5270 Apoyo emocional.

5240 Asesoramiento.

5480 Clarificación de los valores.

5430 Grupo de apoyo.

1260 Manejo del peso.

5250 Apoyo en toma de decisiones.

0200 Fomento del ejercicio

00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

Definición. Situación en que la persona, ante una situación específica, responde con una autoevaluación negativa.

➡ Se aconseja utilizar esta etiqueta en situaciones en que la persona tenía previamente una autoestima positiva y, en respuesta a una alteración de la salud o un proceso vital, presenta manifestaciones de pérdida de la misma.¹⁵

👉 Se desaconseja utilizarla cuando la pérdida de la autoestima sea repetitiva o de larga evolución.¹⁵

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- 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.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- Revisar la presencia de expresiones verbales de autonegación, de vergüenza o de culpa.
- Cambios en los hábitos de vida cotidiana: alimentación, higiene, arreglo personal, sexualidad, etc.
- Dependiendo del tipo y grado: cambios en el desarrollo o el rol social, alteración de la imagen corporal o deterioro funcional.

Valorar con Escala

Escala de Autoestima de Rosemberg

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos

Baja autoestima crónica.

INTERVENCIONES

5400 Potenciación de la autoestima.

5220 Potenciación de la imagen corporal.

5270 Apoyo emocional.

5240 Asesoramiento.

5440 Aumentar los sistemas de apoyo.

00146 ANSIEDAD

Definición. Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta del sistema nervioso autónomo y cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo; sentimiento de aprensión causada 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.

➡ Se aconseja utilizar esta etiqueta cuando la persona sufre una ansiedad severa, es decir, el tercer nivel de los cuatro que clásicamente se han descrito: leve, moderada, severa y pánico. Hay que establecer una distinción básica entre esta etiqueta y la de Temor, en la ansiedad se desconoce el origen de la sensación o éste es inespecífico, mientras que en el Temor la persona identifica claramente la fuente de la amenaza. Ambas se producen como respuesta a una sensación de peligro y sus manifestaciones son similares.¹⁵

👉 Se desaconseja utilizarla en los dos primeros niveles de la clasificación (ansiedad leve o moderada), que no requieren intervención alguna porque son convenientes para el desarrollo y originan conductas positivas para la persona, así como en el cuarto nivel o pánico que, al tratarse de una crisis aguda, requiere tratamiento en colaboración con otro profesional.¹⁵

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

Conductuales.

- Disminución de la productividad.
- Control y vigilancia.
- Mal contacto ocular
- Agitación.
- Lanzar miradas alrededor.
- Movimientos extraños (Ejem., arrastrar los pies, movimientos de la mano/brazo).
- Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales.
- Insomnio.

- Inquietud.

Afectivas.

- Arrepentimiento.
- Irritabilidad.
- Angustia.
- Sobresalto.
- Nerviosismo.
- Sobreexcitación.
- Desesperanza dolorosa y creciente.
- Desconcierto.
- Incertidumbre.
- Preocupación creciente.
- Atención centrada en el yo.
- Sentimientos de inadecuación.
- Temor.
- Distres.
- Aprensión.
- Inquietud.

Fisiológicas.

- Voz temblorosa.
- Estremecimiento/temblor de manos.
- Inestabilidad.
- Aumento de la respiración (simpático).
- Urgencia urinaria (parasimpático).
- Aumento del pulso (simpático).
- Dilatación pupilar (simpático).
- Aumento de los reflejos (simpático).
- Dolor abdominal (parasimpático).
- Trastornos del sueño (parasimpático)
- Hormigueo en las extremidades (parasimpático)
- Excitación cardiovascular (simpático)
- Aumento de la transpiración.
- Tensión facial

- Anorexia (simpático)
- Palpitaciones (simpático)
- Diarrea (parasimpático)
- Dificultad para iniciar el chorro de orina (parasimpático)
- Fatiga (parasimpático)

Fisiológicas

- Sequedad bucal (simpático)
- Debilidad (simpático)
- Disminución del pulso (parasimpático)
- Enrojecimiento facial (simpático)
- Vasoconstricción superficial (simpático)
- Espasmos musculares (simpático)
- Disminución de la presión arterial (parasimpático)
- Desmayo (parasimpático)
- Náuseas (parasimpático)
- Frecuencia urinaria (parasimpático)
- Dificultad respiratoria (simpático)
- Aumento de la presión arterial (simpático)

Cognitivas

- Bloqueo del pensamiento
- Confusión
- Preocupación
- Olvido
- Rumiación
- Deterioro de la atención
- Disminución del campo perceptual
- Miedo de consecuencias inespecíficas
- Tendencia a culpar a otros
- Dificultad para la concentración
- Disminución de la habilidad para: solucionar problemas, aprender
- Conciencia de los síntomas fisiológicos.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- ❑ La ansiedad no tiene un eje específico. La persona puede expresar sentimientos de terror, amenaza o peligro pero no puede identificar la razón específica de esos sentimientos. Uno de los primeros pasos será el ayudar a nuestro paciente/cuidador a identificar el eje.
- ❑ La persona percibe una amenaza de cambio en el rol o en las funciones que debe llevar a cabo para desempeñarlo, en su salud, sus relaciones, su autoconcepto o en el entorno; vive un conflicto inconsciente sobre los valores y objetivos prioritarios de la vida; atraviesa una crisis personal o situacional o sufre un alto grado de estrés.
- ❑ Asociación familiar o herencia; amenaza de cambio o cambio en el estado económico; exposición a toxinas; amenaza de muerte; drogadicción.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Desesperanza, Impotencia, Temor.

Valorar con escala

Se recomienda pasar **la Escala de Goldberg**

Valorar respuestas de los patrones:

Afrontamiento/Tolerancia al estrés. Afrontamiento ineficaz

INTERVENCIONES SUGERIDAS

5820 Disminución de la ansiedad.

8190 Seguimiento telefónico

5340 Presencia.

5240 Asesoramiento.

5430 Grupo de apoyo.

6040 Terapia de relajación simple.

00148 TEMOR

Definición. Respuesta a la percepción como una amenaza que se reconoce e identifica conscientemente como un peligro.

➡ Se aconseja usar la etiqueta cuando la persona puede identificar claramente la amenaza o la fuente del temor que experimenta y que debe especificarse en la formulación a fin de facilitar la planificación de la actuación, por ejemplo, Temor a... la quimioterapia.

👉 Se desaconseja utilizarla en las crisis de terror o pánico, que requieren un tratamiento en colaboración y cuando la persona desconoce la fuente de la sensación o ésta es inespecífica, en cuyo caso estaría más indicada la etiqueta de Ansiedad.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**Informes de:**

- Aprensión
- Aumento de la tensión
- Reducción de la seguridad en uno mismo
- Excitación
- Sentirse asustado
- Inquietud
- Pavor
- Alarma
- Terror
- Pánico

Cognitivas

- identifica el objeto del miedo.

- Los estímulos se interpretan como una amenaza.
- Disminución de la productividad, el aprendizaje, la capacidad para solucionar problemas.

Conductuales

- Aumento del estado de alerta.
- Conductas de evitación o de ataque.
- Irreflexión.
- Estrechamiento del foco de atención en el origen del temor.

Fisiológicas

- Aumento del pulso.
- Anorexia.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Diarrea.
- Tirantez muscular.
- Fatiga.
- Aumento de la frecuencia respiratoria y falta de aliento.
- Palidez.
- Aumento de la transpiración.
- Aumento de la presión arterial sistólica.
- Dilatación pupilar.
- Sequedad bucal.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

Se puede producir **temor** en respuesta a diversos problemas de salud, situaciones o conflictos:

- Relacionados con efectos subjetivos inmediatos y a largo plazo de: enfermedad discapacitante, terminal, pérdida de una función o de una parte del cuerpo, etc.
- Relacionados con el tratamiento: pérdida de control y lo imprevisible del resultado esperado, secundarios a: procedimientos invasivos, radiación, cirugía y su resultado, hospitalización, etc.

- ❑ Relacionados con la pérdida de control y lo imprevisible del resultado esperado: dolor, falta de conocimientos, cambios o pérdidas de seres queridos.

La persona informa:

- Sentimientos de miedo, inquietud, aprensión, alarma, inseguridad, etc.
Cognitivos: Identifica la procedencia del miedo, percibe ciertos estímulos como amenazadores, tiene reducida su capacidad para producir, aprender o solucionar problemas.
Conductuales: Tiene conductas de alerta, evitación o agresión, centra la atención en el objeto del miedo.
Fisiológicas: Signos de estimulación nerviosa simpática y parasimpática.
- Sentimientos de terror, pánico.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Ansiedad, Desesperanza, Impotencia.

Escalas relacionadas

Subescala de Ansiedad de Goldberg.

Valorar respuestas de los patrones:

Afrontamiento/Tolerancia al estrés: Afrontamiento ineficaz.

INTERVENCIONES

5230 Aumentar el afrontamiento.

5820 Disminución de la ansiedad.

5270 Apoyo emocional.

5250 Apoyo toma decisiones.

5340 Presencia.

5602 Enseñanza: proceso enfermedad

8. PATRÓN : Rol - relaciones

8. 1. Definición.

Describe el patrón de compromisos de rol y de relaciones, la necesidad humana de los demás y la influencia de las relaciones en el desarrollo personal y de los grupos.

- Contempla el papel que desempeña el paciente/cuidador, en sus relaciones y compromisos sociales, familiares y laborales.
- Incluye la percepción que tiene la persona, de los roles más importantes y las responsabilidades en su situación actual.
- Están incluidas tanto la satisfacción, como las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.
- Este patrón está muy relacionado con el de TOLERANCIA AL ESTRÉS

8. 2. Descripción del objetivo de la valoración.

- Obtener datos sobre el patrón del paciente/cuidador en los roles familiares y sociales.
- Identificar la percepción del paciente/cuidador (las satisfacciones o insatisfacciones) derivadas de sus relaciones o de la falta de ellas.
- Deben considerarse los riesgos, o los problemas percibidos por el cliente, si existen, la causa, las acciones llevadas a cabo y los efectos de dichas acciones.

8. 3. Examen físico-observación

- En este patrón es importante tener presente **la identificación y filiación tanto del paciente como la del cuidador** para su inclusión en la cobertura del programa de AD. **Identificar el diagrama familiar.**
- Si se sospecha de riesgo familiar, se recomienda el uso de la Escala Apgar familiar para profundizar en la valoración.
- Es necesario conocer los sistemas de apoyo del individuo ante determinadas situaciones (hermanos, amigos, padres..).

- Si se sospecha aislamiento o deterioro en las relaciones sociales se recomienda el uso de la escala de Gijón para profundizar en la valoración.
- Si se sospecha de riesgo de cansancio en el rol de cuidador se recomienda el uso de la Escala de valoración de la sobrecarga de Zarit.
- Escuchar atentamente, repreguntar y valorar las percepciones del cliente en cuanto a roles / relaciones familiares, sociales, laborales.
- Si el paciente muestra que percibe problemas, escuchar y valorar las razones y las acciones que se han llevado a cabo para remediarlo, si no se ha afrontado el problema, identificar los motivos.
- Las pérdidas, los cambios o las situaciones de temor son los principales problemas que subyacen en este patrón, explorar esta área y estar atento a la comunicación no verbal.
- Observar hechos que confirmen la falta de apoyo (familiar/social) e identificar las dificultades (culturales) de la familia para pedir ayuda y apoyo.

VALORACIÓN DEL PACIENTE / CUIDADOR

Convivencia: solo, ¿Con quién vive?:

Recibe visitas:

Relaciones sociales: Satisfactorias, Indiferentes, Insatisfactorias, No procede

Relaciones familiares: Satisfactorias, Indiferentes, Insatisfactorias, No procede

Relaciones laborales: Satisfactorias, Indiferentes, Insatisfactorias, No procede

¿Comparte con alguien los problemas? ¿Con quién?:

¿Se siente solo con frecuencia? ¿La situación actual ha supuesto un cambio o problema en sus relaciones familiares o sociales?

¿Ha sufrido pérdidas en los últimos 6-12 meses? En caso afirmativo, cómo se siente...

Riesgo familiar: Apgar Familiar si procede

Escala Gijón si procede

En el caso de cuidador además

Índice de Zarit .Características de la relación con el paciente:

- Conducta demandante del paciente.
- Dificultad para comunicarse con el paciente.
- Conducta violenta o agresiva del paciente.
- Rechazo al cuidador.
- Conducta sexual inadecuada.

DIAGNÓSTICOS

NANDA	DEFINICIÓN
Aislamiento social	Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.
Deterioro de la interacción social	Intercambio social inefectivo o cualitativamente insuficiente o excesivo
Interrupción de los procesos familiares	Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar
Cansancio en el desempeño del rol de cuidador	Dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia.
Riesgo en el desempeño del rol de cuidador	El cuidador es vulnerable a la percepción de dificultad para desempeñar su rol de cuidador de la familia.
Duelo disfuncional	Fracaso o prolongación en el uso de respuestas intelectuales y emocionales mediante las que los individuos, familias y comunidad tratan de superar el proceso de modificación del auto-concepto provocado por la percepción de una pérdida.
Duelo anticipado	Respuestas y conductas intelectuales y emocionales mediante las que las personas, familias y comunidades intentan superar el proceso de modificación del auto-concepto provocado por la percepción de la pérdida potencial.
Aflicción crónica	La persona (familiar, cuidador o individuo) que sufre una pérdida continua o una enfermedad o discapacidad crónica presenta de forma repetida un sentimiento abrumador de tristeza o pena que puede ir en aumento.

00053 AISLAMIENTO SOCIAL

Definición. Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

➡ Se aconseja utilizar esta etiqueta únicamente cuando la persona desee aumentar sus contactos sociales, aunque será necesario valorar con detenimiento en cada caso el grado de alteración física o mental o de rechazo social. También valorar las posibilidades reales de incidir en la conducta o el entorno de la persona para mejorar su integración social¹⁵

👉 Se desaconseja utilizarla cuando la soledad de una persona sea algo elegido y decidido por ella. Entonces debe hacerse una valoración detallada para determinar si se trata de una respuesta adaptada (que no requiere intervención profesional) o si por el contrario se podría formular otro diagnóstico¹⁵

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

Objetivas:

- Falta de personas significativas de soporte (familiares, amigos, grupo).
- Proyección de hostilidad en la voz, en la conducta.
- Retraimiento.
- Mutismo.
- Conducta inaceptable por el grupo culturalmente dominante.
- Búsqueda de soledad o pertenencia a una subcultura.
- Acciones repetitivas, carentes de significado.
- Preocupación por los propios pensamientos.
- Falta de conducta ocular.
- Intereses inadecuados o inmaduros para la edad o la etapa de desarrollo.
- Evidencia de dificultades físicas o mentales o de alteración del bienestar.
- Embotamiento emocional.

Subjetivas:

- Expresión de sentimientos de soledad impuestos por otros.
- Expresión de sentimientos de rechazo.

- ❑ Intereses inadecuados o inmaduros para la edad o etapa de desarrollo.
- ❑ Falta de un propósito significativo en la vida o inadecuación del existente.
- ❑ Incapacidad para satisfacer las expectativas de los demás.
- ❑ Expresión de valores aceptables en su subcultura pero inaceptables para el grupo culturalmente dominante.
- ❑ Sentimientos de ser distinto a los demás.
- ❑ Inseguridad en público.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- ❑ **Objetivas.** El paciente o el cuidador es incapaz de establecer o mantener relaciones personales satisfactorias, muestran una conducta retraída, triste, solitaria, hostil, con mal contacto ocular, llevan a cabo acciones repetitivas sin significado alguno, con humor triste y sombrío.
- ❑ **Subjetivas.** El paciente o el cuidador tienen intereses o actividades inapropiadas o inmaduras para su edad o etapa de desarrollo. Manifiesta sentimientos de soledad impuesta, de rechazo, se muestra insegura con los demás.
- ❑ **Subjetivas.** El paciente o el cuidador tienen una conducta adecuada a la cultura en la que viven pero no en la cultura dominante. Son incapaces de satisfacer las expectativas de los demás, carece de personas de soporte; sufren un deterioro del bienestar, limitaciones físicas o del estado mental.

Valorar con Escalas

Se recomienda realizar la escala de valoración sociofamiliar de Gijón si existe sospecha de disfunción social.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Deterioro de la interacción social; Riesgo de soledad.

Valorar respuestas de los patrones:

Auto percepción-auto concepto

Adaptación-tolerancia al estrés

INTERVENCIONES

5220 Potenciar la socialización

5270 Apoyo emocional

5240 Asesoramiento

5440 Aumentar sistemas de apoyo

7200 Fomento de la normalización familiar

5400 Potenciación de la autoestima

5430 Grupo de apoyo

5290 Facilitar el duelo

0056 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

Definición. Intercambio social inefectivo o cualitativamente insuficiente o excesivo

➔ Se aconseja utilizar esta etiqueta cuando se valore que está alterado el equilibrio entre la soledad y la interacción social, aunque la persona no sea consciente de ello.

✎ Se desaconseja utilizarla cuando tenga su origen en factores sociales, culturales, religiosos o situaciones no modificables

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Verbalización u observación de incapacidad para recibir o transmitir una sensación satisfactoria de pertenencia, cariño, interés, o historia compartida.
- Verbalización u observación de malestar en las situaciones sociales.
- Observación de empleo de conductas de interacción social ineficaces.
- Interacción disfuncional con los compañeros, familia o amigos.
- Informes familiares de cambio del estilo o patrón de interacción.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- En el paciente o cuidador observaremos; conductas de interacción familiar o social ineficaces o disfuncionales; informes familiares de cambio en el estilo o patrón de interacción; malestar en las situaciones sociales, incapacidad para recibir o transmitir una sensación satisfactoria de pertenencia, cariño, interés o historia compartida.
- En ocasiones puede estar provocado por barreras físicas o de comunicación o limitación de la movilidad (siempre que se puedan desarrollar habilidades o sistemas compensatorios).

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:
Aislamiento social, Riesgo de soledad.

Valorar respuestas de los patrones:

Patrón actividad-ejercicio

Auto percepción-autoconcepto

INTERVENCIONES

5220 Potenciación de la socialización

5430 Grupo de apoyo

5440 Aumentar los sistemas de apoyo

00060 INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES

Definición. Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar

➡ Se aconseja usar esta etiqueta cuando en una familia previamente funcional ante un factor externo se produce un cambio en la sistémica familiar que repercute de forma negativa en todos o algunos de los componentes de la unidad familiar.

🚫 Se desaconseja utilizarla cuando la familia en familias disfuncionales.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

Cambios en:

- Las alianzas de poder
- Las tareas asignadas
- La efectividad en la realización de las tareas asignadas
- El soporte mutuo
- La disponibilidad para las respuestas efectivas y la intimidad
- Los patrones y rituales
- La participación en la solución de problemas
- La participación en la toma de decisiones
- Los patrones de comunicación
- La disponibilidad para el apoyo emocional
- La satisfacción con la familia
- Las conductas de reducción del estrés
- Las expresiones de conflicto con los recursos comunitarios o aislamiento de éstos
- En las quejas somáticas
- En la expresión de conflictos dentro de la familia

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- ❑ Observar la presencia de todas o algunas de las manifestaciones que se han enumerado, bien en el paciente y/o el cuidador principal.

Valorar con Escalas

Se recomienda realizar el test de Apgar familiar

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Afrontamiento familiar ineficaz. Desempeño inefectivo del rol. Conflicto del rol parental. Deterioro parental. Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo. Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.

Valorar respuestas de los patrones:

Adaptación-tolerancia al estrés

INTERVENCIONES

7140 Apoyo a la familia

5440 Aumentar los sistemas de apoyo

7100 Estimulación de la integridad familiar

7200 Fomento de la normalización familiar

7150 Terapia familiar

7180 Asistencia en el mantenimiento del hogar

7040 Apoyo al cuidador principal

00135 DUELO DISFUNCIONAL

Definición. Fracaso o prolongación en el uso de respuestas intelectuales y emocionales mediante las que los individuos, familias y comunidad tratan de superar el proceso de modificación del auto-concepto provocado por la percepción de una pérdida.

➡ Se recomienda la utilización de esta etiqueta cuando el duelo no se ha elaborado de forma eficaz y se mantiene por falta de recursos personales o relacionales

👉 No es recomendable su uso en duelos patológicos de duración crónica con alteraciones de la conducta y que requieren terapia psiquiátrica.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Revivir experiencias pasadas con poca o ninguna reducción (disminución) de la intensidad del duelo
- Inicio o exacerbación de respuestas somáticas o psicósomáticas
- Expresión de sufrimiento por la pérdida
- Negación de la pérdida
- Expresiones de culpa
- Expresiones de temas no resueltos
- Cólera
- Tristeza
- Llanto
- Dificultad para expresar la pérdida
- Alteración de los hábitos alimentarios, del patrón de sueño, de la actividad, de la libido, de la concentración o desempeño de tareas
- Idealización del objeto perdido (p. ej., personas, posesiones, trabajo, posición, hogar, ideales, partes y procesos corporales)

- Interferencia con la vida diaria
- Labilidad afectiva

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- Tras haber transcurrido el tiempo necesario para ir elaborando el duelo, la persona que ha sufrido la pérdida, no es capaz de superarla y aceptarla y está instalada en el pasado.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Aflicción crónica. Afrontamiento ineficaz. Sufrimiento espiritual.

Valorar respuestas de los patrones:

Nutricional-metabólico

Sueño-descanso,

Autopercepción-autoconcepto.

INTERVENCIONES

5290 Facilitar el duelo.

7140 Apoyo a la familia.

5240 Asesoramiento.

4640 Ayuda para el control del enfado.

5820 Disminución de la ansiedad.

4920 Escucha activa.

6160 Intervención en caso de crisis.

5340 Presencia.

5430 Grupo de apoyo.

5440 Aumentar los sistemas de apoyo.

5310 Dar esperanza.

00136 DUELO ANTICIPADO

Definición. Respuestas y conductas intelectuales y emocionales mediante las que las personas, familias y comunidades intentan superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de la pérdida potencial.

- ➔ Se aconseja usar esta etiqueta cuando la persona, al anticipar la pérdida de un objeto (relaciones, posesiones, un ser querido, posición social, una parte o función corporal, etc) inicia el proceso de duelo que finaliza con la aceptación de la pérdida y que la capacita para vivir de forma saludable la nueva situación.¹⁵
- 👉 Se desaconseja usar esta etiqueta una vez que el duelo se ha producido.¹⁵

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Pérdida potencial de un objeto significativo (p. ej., personas, posesiones, trabajo, posición, hogar, ideales, partes y procesos corporales)
- Expresión de sufrimiento ante la pérdida potencial
- Negación de la pérdida potencial
- Negación del significado de la pérdida
- Culpa
- Cólera
- Tristeza
- Pacto
- Alteración de los hábitos alimentarios, de sueño, nivel de actividad, líbido
- Alteración de los patrones de comunicación
- Dificultad para asumir roles nuevos o diferentes
- Resolución del duelo antes de producirse la pérdida

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- La persona manifiesta los sentimientos asociados a las distintas etapas del proceso de duelo: negación, cólera, pacto, depresión y aceptación o resolución del duelo; alteración de los hábitos alimentarios o de sueño;

trastornos de la libido, del nivel de actividad, de los patrones de la comunicación; dificultad para asumir roles nuevos o diferentes.

- Pérdida potencial de un objeto significativo (personas, posesiones, trabajo, posición, hogar, valores, partes y procesos corporales)

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Aflicción crónica. Afrontamiento ineficaz. Sufrimiento espiritual. Ansiedad ante la muerte

Valorar respuestas de los patrones:

Nutricional-metabólico,

Sueño-descanso,

Autopercepción-autoconcepto.

INTERVENCIONES

5290 Facilitar el duelo.

7140 Apoyo a la familia.

5270 Apoyo emocional.

5260 Cuidados en la agonía.

4920 Escucha activa.

5340 Presencia.

5420 Apoyo espiritual.

5430 Grupo de apoyo.

00061 CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR

Definición: Dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia.

☞ Se aconseja utilizar esta etiqueta cuando el cuidador desea seguir desempeñando ese papel, pero le resulta difícil hacerlo en ese momento porque le faltan habilidades o porque está abrumado por la situación.¹⁵

👉 Se desaconseja utilizarla cuando el cuidador no desea seguir desempeñando ese papel y busca activamente la manera de que sea otra persona o una institución quien asuma la responsabilidad del cuidado. Tal situación puede ser una conducta totalmente adaptada que no requiere, por tanto, de ningún diagnóstico.¹⁵

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIASActividades del cuidador:

- Dificultad para completar o llevar a cabo las tareas requeridas.
- Preocupación por los cuidados habituales.
- Inquietud ante el futuro respecto a la salud de la persona cuidada y la habilidad del cuidador para atenderla.
- Inquietud sobre el receptor de los cuidados si el cuidador se pone enfermo o muere.
- Cambio disfuncional en las actividades del cuidador .
- Inquietud sobre la posible institucionalización del receptor de los cuidados.

Estado de salud del cuidador.**Física:**

- Trastornos gastrointestinales (p.ejem., dolores gástricos leves, vómitos, diarrea, úlcera péptica recurrente.
- Cambios ponderales.
- Erupciones.
- Hipertensión.
- Enfermedad cardiovascular .

- Diabetes.
- Fatiga.
- Cefaleas

Emocional:

- Afrontamiento individual deteriorado.
- Sentimientos de depresión.
- Trastornos del sueño.
- Cólera.
- Estrés.
- Somatización.
- Nerviosismo creciente.
- Labilidad emocional creciente.
- Impaciencia.
- Falta de tiempo para las necesidades personales.
- Frustración.

Socioeconómica:

- No participación en la vida social.
- Cambio en las actividades de tiempo libre.
- Baja productividad laboral.
- Rechazo de promociones profesionales.

Cuidador-receptor de los cuidados.

Relaciones:

- Duelo o incertidumbre sobre el cambio de relaciones con el receptor de los cuidados.
- Dificultad para ver como afecta la enfermedad al receptor de los cuidados.

Procesos familiares:

- Conflicto familiar.
- Preocupación por los miembros de la familia.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

► **Recursos.** El cuidador no ha alcanzado un grado suficiente de desarrollo, carece de recursos recreativos o que le permitan tener un descanso de los cuidados, le falta apoyo de otras personas significativas, carece de la información o equipo adecuado para proporcionar cuidados.

► **Roles relaciones.** Expectativas irreales del receptor de los cuidados sobre el cuidador; cambio en las relaciones entre ambos.

▶ **Sociales.** Alejamiento de la familia, amigos y compañeros de trabajo; falta de actividades recreativas.

▶ **Del cuidador.** Cambios continuos de las actividades; problemas psicológicos o cognitivos (dependiendo del tipo y grado); expectativas irreales sobre sí mismo o incapacidad para estar a la altura de sus propias expectativas o las de las demás; afrontamiento inefectivo, incertidumbre sobre la situación de cuidados, excesivo numero de actividades o responsabilidad de los mismos las 24 horas del día.

▶ **Situacionales.** Inexperiencia con los cuidados; malos tratos o violencia familiar (dependiendo del tipo y grado; aislamiento de la familia o del cuidador; conflicto de roles del cuidador, complejidad o cantidad de las tareas de cuidados.

▶ **Fisiológicos.** Incertidumbre sobre el curso de la enfermedad, adicción o codependencia del receptor de los cuidados.

≈ **Recursos.** Deficiencias en el transporte, los recursos económicos o los servicios comunitarios.

≈ **Roles y relaciones.** Antecedentes de disfunción familiar o de afrontamiento familiar marginal.

≈ **Individuales.** Inestabilidad de la salud del receptor de los cuidados; problemas conductuales; problemas psicológicos o cognitivos del receptor de los cuidados; enfermedad crónica.

≈ **Del cuidador.** Adicción o codependencia.

≈ **Situacionales.** Entorno físico inadecuado para brindar cuidados.

≈ **Fisiológicos.** Enfermedad grave o salud inestable del receptor de los cuidados; un miembro de la familia requiere importantes cuidados en el domicilio, sus necesidades o su grado de dependencia son cada vez mayores; deterioro de la salud del cuidador.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Interrupción de los procesos familiares; Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador.

Valorar con Escalas

Test de Zarit

Valorar respuestas de los patrones:

Percepción de la salud-Control de la salud.

Afrontamiento-Tolerancia al estrés.

INTERVENCIONES

7040 Apoyo al cuidador principal

5440 Aumentar los sistemas de apoyo

7180 Asistencia en el mantenimiento del hogar

8300 Fomento de la paternidad en familias de alto riesgo

5566 Educación paterna: crianza familiar de los niños

5370 Potenciación de roles

00062 RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR

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

➡ Se aconseja utilizar esta etiqueta cuando el cuidador desea seguir desempeñando ese papel, pero le resulta difícil hacerlo en ese momento porque le faltan habilidades o porque está abrumado por la situación.¹⁵

👉 Se desaconseja utilizarla cuando el cuidador no desea seguir desempeñando ese papel y busca activamente la manera de que sea otra persona o una institución quien asuma la responsabilidad del cuidado. Tal situación puede ser una conducta totalmente adaptada que no requiere, por tanto, de ningún diagnóstico.¹⁵

FACTORES DE RIESGO.

- Adicción o codependencia.
- El receptor de los cuidados muestra un comportamiento desviado, aberrante.
- Aislamiento de la familia o del cuidador.
- Falta de descanso y distracción del cuidador.
- Falta de experiencia en brindar cuidados.
- Enfermedad grave del receptor de los cuidados.
- Nacimiento prematuro o defecto congénito.
- Alta de un miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados en el domicilio.
- Deterioro de la salud del cuidador.
- Curso imprevisible de la enfermedad o inestabilidad de la salud del receptor de los cuidados.
- El cuidador es una mujer.
- El cuidador no está preparado desde la perspectiva de su desarrollo para asumir ese papel (p. Ejem., un adulto joven que tiene que atender a un familiar mayor).

- Retraso en el desarrollo o retraso mental de la persona que brinda los cuidados o de la persona que los recibe.
- Problemas psicológicos o cognitivos del receptor de los cuidados.
- Situación marginal de la familia o disfunción familiar previa al inicio de la situación en que se requieren cuidados.
- Patrones de afrontamiento marginales del cuidador.
- Historia anterior de malas relaciones entre la persona que brinda los cuidados y la que los recibe.
- El cuidador es el cónyuge.
- Presencia de agentes estresantes situacionales que normalmente afectan a las familias (p. Ejem., una pérdida significativa, desastres o crisis, vulnerabilidad económicas, acontecimientos, vitales importantes).
- Prolongación de los cuidados, entorno físico inadecuado para prestar los cuidados (p. Ejem., acondicionamiento doméstico, transportes, servicios comunitarios, equipo).
- Cuidados numerosos o complejos.
- Inexperiencia del cuidador.
- El cuidador desempeña roles que entran en competencia

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- Observar la presencia de todos o algunos de los factores que se han enumerado, bien en el paciente y/o el cuidador principal., teniendo en cuenta sobre los que no podremos intervenir.
- La persona cuidada sufre retraso mental, problemas psicológicos o cognitivos, enfermedad grave, de larga duración o de curso imprevisible o requiere muchos y complejos cuidados, el cuidador es una mujer, carece de experiencia o no ha alcanzado el nivel de desarrollo requerido para desempeñar ese papel, sufre un retraso mental o tiene un estilo de afrontamiento marginal; nacimiento prematuro o con defecto congénito, situación marginal de la familia o disfunción familiar previa; antecedentes de malas relaciones entre el cuidador y la persona cuidada; estrés situacional, desastres o crisis, vulnerabilidad económica; adicción o codependencia; acontecimientos vitales importantes; inadecuación del entorno físico.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Interrupción de los procesos familiares. Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar. Cansancio en el desempeño del rol de cuidador

Valorar con Escalas

Test de Zarit

Valorar respuestas de los patrones:

Percepción de la salud-Control de la salud.

Afrontamiento-Tolerancia al estrés

INTERVENCIONES

5440 Aumentar los sistemas de apoyo

7040 Apoyo al cuidador principal

7180 Asistencia en el mantenimiento del hogar

7100 Estimulación de la integridad familiar

7260 Cuidados intermitentes

5430 Grupo de apoyo

00137 AFLICCIÓN CRÓNICA.

Definición. La persona (familiar, cuidador o individuo) que sufre una pérdida continua o una enfermedad o discapacidad crónica presenta de forma repetida un sentimiento abrumador de tristeza o pena que puede ir en aumento.

➡ Se aconseja utilizar esta etiqueta con precaución ya que puede indicar un problema psicológico o afectivo que requiera tratamiento por parte de un profesional de salud mental. Será pues, necesario identificar los factores relacionados susceptibles de provocar esta respuesta, sobre los que vamos a incidir para guiar el plan de cuidados.

Esta etiqueta es un diagnóstico diferente al de Duelo. El Duelo está limitado en el tiempo y termina con la adaptación a la pérdida. La Aflicción crónica tendrá intensidad variable, pero persistirá mientras la persona (enfermo o persona con discapacidad o familiar/cuidador) viva¹⁵.

Se desaconseja utilizarla cuando el sentimiento de tristeza se dé en el contexto del proceso de duelo, en cuyo caso forma parte de éste y no debe ser tratado como un problema aislado.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Expresión de sentimientos periódicos recurrentes de tristeza.
- Sentimientos de intensidad variable, periódicos, que pueden progresar e intensificarse con el tiempo y pueden interferir con la habilidad de la persona para alcanzar su nivel máximo de bienestar personal y social.
- Expresión de uno o varios de los sentimientos siguientes: cólera, sentirse incomprendido, confusión, depresión, desencanto, vacío, temor, frustración, culpa o autoinculpación, desesperación, desesperanza, soledad, baja autoestima, pérdida recurrente, sentirse abrumado.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- ❑ El paciente y/o el cuidador manifiesta situaciones de crisis que ponen a prueba o cuestionan la validez de las normas de desarrollo, sociales o personales.
- ❑ Pérdida de una persona allegada, incapacidad o trastorno físico o mental crónico, necesidad de brindar múltiples cuidados que no permiten olvidar la pérdida.

Valorar con Escalas

Se recomienda pasar la Escala de Goldberg para establecer diagnóstico diferencial con Ansiedad o con Depresión.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Ansiedad ante la muerte.

Valorar respuestas de los patrones:

Nutricional-metabólico

Sueño-descanso

Autopercepción-autoconcepto

Rol-relaciones

INTERVENCIONES

5310 Dar esperanza.

5290 Facilitar el duelo.

5270 Apoyo emocional.

5240 Asesoramiento.

4640 Ayuda en el control del enfado.

5260 Cuidados en la agonía.

5280 Facilitar el perdón.

1850 Fomentar el sueño.

0200 Fomento del ejercicio.

9. PATRÓN : Sexualidad y reproducción

9.1. 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.
 - Incluye el estado reproductor en las mujeres, premenopausia o posmenopausia y los problemas percibidos.

9.2. Descripción del objetivo de la valoración.

- Describir la percepción de problemas reales o potenciales. Si existen problemas se ha de preguntar al paciente/cuidador acerca de los factores contribuyentes, las acciones llevadas a cabo y el efecto percibido de estas acciones.

9.3. Examen físico-observación.

- La valoración de la expresión de la sexualidad de un paciente o del cuidador principal se focalizará en la satisfacción o insatisfacción percibidas.
- Si se perciben problemas y el paciente/cuidador desean expresarlos, recogeremos las explicaciones en torno al problema, los datos históricos de actuaciones llevadas a cabo y la opinión del paciente/cliente sobre la efectividad de dichas acciones.
- Es importante el tener en cuenta los problemas de expresión de la sexualidad a cualquier edad.

VALORACIÓN DEL PACIENTE / CUIDADOR

(Valore la pertinencia de recoger datos sobre este patrón. Inicie la valoración con la primera pregunta y si existe alguna preocupación valore el resto)

¿Ha habido algún cambio en su sexualidad que le preocupe?:

¿Relaciones sexuales? ¿Satisfactorias? Cómo se siente:

¿Sangrado Postmenopausia?

DIAGNÓSTICO

NANDA	DEFINICIÓN
Patrón sexual ineficaz	Expresión de preocupación respecto a la propia sexualidad.

00065 PATRÓN SEXUAL INEFICAZ

Definición: Expresión de preocupación respecto a la propia sexualidad.

➡ Se aconseja usar esta etiqueta cuando la persona, que previamente tenía una sexualidad satisfactoria, a raíz de una crisis exprese insatisfacción o preocupación por el futuro¹⁵. En casos de alteración significativa se debe derivar al sexólogo.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Manifestaciones de dificultad, limitaciones o cambios en los comportamientos o actividad sexual

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- Insuficiencia de los conocimientos o habilidades requeridos para responder adecuadamente a cambios relacionados con la salud, modificación de la estructura o función corporal, enfermedad o tratamiento médico.
- Expresión de dificultad, limitación o cambio en la conducta sexual, falta de intimidad.

Valorar respuestas con otros diagnósticos:

Disfunción sexual

INTERVENCIONES

5248 Asesoramiento sexual

5622 Enseñanza: sexo seguro

5220 Potenciación de la imagen corporal

5624 Enseñanza: sexualidad

5230 Aumentar el afrontamiento

5430 Grupo de apoyo

4356 Manejo de conducta: Sexual

5400 Potenciar autoestima

10. PATRÓN : Adaptación – tolerancia al estrés

10.1. Definición.

- ❑ Describe el patrón general de respuestas de adaptación de un individuo ante determinados acontecimientos, enfermedades, tratamientos o situaciones.
 - ❑ 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 (relajación, ejercicio físico, grupos de autoayuda, medicación....).

10.2. Descripción del objetivo de la valoración.

- ❑ Describir la tolerancia al estrés y el patrón de adaptación del paciente/cuidador.
- ❑ Identificación de las situaciones que provocan estrés y los mecanismos de afrontamiento y control del mismo, que utiliza el individuo: negación, evitación, búsqueda de información, esfuerzos activos y planificación de actividades, introducción de cambios, supresión emocional o represión o la contraria que sería pedir apoyo emocional, actividades de control, dar sentido a la enfermedad, búsqueda y obtención de apoyo social, aceptación de la enfermedad, entre otros.
- ❑ Identificar los cambios en la efectividad del patrón de adaptación, que pueden darse si se prevé una amenaza a la integridad, superior al control (capacidad de adaptación personal). Como cuando una persona ante determinados acontecimientos: enfermedades, tratamientos o ante la resolución de problemas vitales, muestran un deterioro de sus comportamientos de adaptación y de sus habilidades para la resolución de los mismos.
- ❑ Para cuantificar la ansiedad del paciente y/o cuidador principal en la atención domiciliaria se puede utilizar el Test de EADG-Subescala de Ansiedad-de Goldberg.

10. 3. Examen físico-observación

- No corresponde en este patrón realizar examen físico.
- ¿Por qué hacer énfasis en las percepciones del individuo sobre lo que está ocurriendo?. Como dice Selye. “No es lo que te ocurre, sino la forma en que te lo tomas (lo que ocurre)”. Los conocimientos o experiencias que tienen nuestros paciente/cuidador determinan sus reacciones. La realidad “es” aquello que el cliente cree. Esto explica la importancia de los datos subjetivos. La intervención enfermera comienza con la “forma” en la que el paciente/cuidador “ve” la situación.

VALORACIÓN DEL PACIENTE /CUIDADOR

¿Cambios y/o crisis en los últimos años? ¿Cuál?

¿Habilidades para afrontar estrés o problemas? ¿Cuál?

Apoyo al que recurre: Familia Amistades Profesionales

Grupos ayuda mutua (GAM) Otros (Especificar):

¿Se siente apenado? Si No Especificar:

DIAGNÓSTICOS

NANDA	DEFINICIÓN
Afrontamiento ineficaz	Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.
Afrontamiento familiar comprometido	La persona que habitualmente brinda el soporte principal (un miembro de la familia o un amigo íntimo) proporciona en este caso un apoyo, consuelo, ayuda o estímulo insuficiente o inefectivo (o hay el peligro de que ello suceda) que puede ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su situación de salud.

00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ

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.

☞ Se aconseja utilizar esta etiqueta cuando se trate de una persona con un patrón previo de afrontamiento eficaz que en un momento determinado, es incapaz de adaptarse a las exigencias de una situación nueva, sea esta negativa o positiva.¹⁵

👉 Se desaconseja utilizarla cuando habitualmente los mecanismos de afrontamiento de la persona resulten ineficaces, en cuyo caso requiere ser diagnosticado por un especialista en salud mental.¹⁵

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Falta de conductas orientadas al logro de objetivos o a la resolución de los problemas incluyendo incapacidad para tratar la dificultad para organizar la información.
- Trastornos del sueño.
- Abuso de agentes químicos.
- Reducción en el uso de apoyo social.
- Empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa.
- Mala concentración.
- Solución inadecuada de los problemas.
- Expresiones de incapacidad para afrontar la situación o para pedir ayuda.
- Incapacidad para satisfacer las expectativas del rol.
- Alta tasa de enfermedad.
- Cambio en los patrones de comunicación habituales.
- Fatiga.
- Asunción de riesgos.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

Respuestas que nos sugieren el diagnóstico

- Percepción de incapacidad para afrontar la situación o para pedir ayuda, para concentrarse, para satisfacer las propias necesidades o para cumplir las expectativas de rol.
- Ausencia de conductas adecuadas para alcanzar los objetivos fijados o solucionar problemas existentes; conducta agresiva hacia uno mismo o hacia los demás; los mecanismos de afrontamiento utilizados dificultan o impiden la adaptación; sensación de fatiga; alteración de las pautas de comunicación habituales o del patrón del sueño, asunción de riesgos excesivos, reducción en el uso del apoyo social disponible.
- Alta morbilidad; incapacidad para entender la información; drogodependencia.

Valorar respuestas coincidentes en otros diagnósticos:

Ansiedad. Afrontamiento defensivo. Deterioro de la adaptación. Negación ineficaz

Valorar respuestas de los patrones

Percepción-manejo de la salud.

Sueño-descanso

INTERVENCIONES

5250 Apoyo en toma de decisiones

5230 Aumentar el afrontamiento

5270 Apoyo emocional

5440 Aumentar los sistemas de apoyo

4640 Ayuda para el control del enfado

6160 Intervención en caso de crisis

4380 Establecer límites

4410 Establecimiento de objetivos comunes

4480 Facilitar autorresponsabilidad

5400 Potenciación autoestima

00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO

Definición: La persona que habitualmente brinda el soporte principal (un miembro de la familia o un amigo íntimo) proporciona en este caso un apoyo, consuelo, ayuda o estímulo insuficiente o inefectivo (o hay el peligro de que ello suceda) que puede ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su situación de salud.

➡ Se aconseja utilizar esta etiqueta cuando el cuidador sea una persona de la familia o una persona allegada, aunque no exista consanguinidad.¹⁵

👉 Se desaconseja utilizarla cuando el cuidador sea una persona asalariada.¹⁵

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**Objetivas**

- ❑ La persona de referencia intenta poner en práctica comportamientos de ayuda o soporte con resultados poco satisfactorios.
- ❑ La persona de referencia muestra una conducta desproporcionada (por exceso o por defecto) en relación con las capacidades o necesidad de autonomía del cliente.
- ❑ La persona de referencia se retrae o establece una comunicación personal limitada o temporal con el cliente en el momento de necesidad.

Subjetivas

- ❑ El cliente expresa o confirma una queja o preocupación sobre la respuesta de la persona o personas de referencia a su problema de salud.
- ❑ La persona de referencia describe o confirma una comprensión o conocimiento inadecuado que interfiere con las conductas efectivas de ayuda y soporte.
- ❑ La reacción de la persona de referencia demuestra preocupación (p. ej., temor, duelo anticipado, culpa, ansiedad) ante la enfermedad o incapacidad o cualquier otra crisis situacional o de desarrollo del cliente.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- ❑ **Objetivos.** La persona de soporte intenta brindar apoyo o ayuda con resultados poco efectivos, se encierra en si misma, establece una comunicación limitada o temporal con el usuario o su conducta resulta exagerada o insuficiente en relación con las necesidades del paciente.
- ❑ **Subjetivos.** El cliente muestra preocupación por la respuesta del o los cuidadores ante su problema de salud. El cuidador manifiesta preocupación o una comprensión o conocimiento inadecuado que dificulta la adopción de conductas efectivas de ayuda y soporte

Valorar con Escalas

Se recomienda realizar el TEST APGAR FAMILIAR

Valorar respuestas de los patrones:

Percepción-manejo de la salud.

Sueño-descanso

INTERVENCIONES

7140 Apoyo a la familia

7150 Terapia familiar

7040 Apoyo al cuidador principal

7110 Fomento de la implicación familiar

5240 Asesoramiento

5230 Aumentar el afrontamiento

5420 Apoyo espiritual

7200 Fomento de la normalización familiar

4640 Ayuda para el control del enfado

6160 Intervención en caso de crisis

4410 Establecimiento de objetivos comunes

5370 Potenciación de roles

11. PATRÓN : Valores y creencias

11.1. Definición.

- Describe el sistema de valores y creencias (incluyendo las espirituales) que guía al individuo en sus decisiones.
 - Incluye la valoración de creencias que influyen en la salud y que facilitan o entorpecen la adopción de hábitos saludables, adherencia a tratamientos.
 - Incluye lo que es percibido como importante en la vida del paciente/cuidador y cualquier percepción de conflicto en los valores, creencias o expectativas relativas a la salud.
 - Incluye opiniones acerca de lo que es correcto, desde el punto de vista personal.

11.2. Descripción del objetivo de la valoración.

- Valorar este patrón cuando se sospeche discordancia entre las creencias y las necesidades de salud.

VALORACIÓN DEL PACIENTE / CUIDADOR

¿Tiene algún conflicto o problema familiar, social..., con sus creencias?

¿Tiene dificultades para desarrollar sus creencias?

¿Existe algún conflicto entre tratamientos propuestos y creencias:?

Asuntos pendientes:

DIAGNÓSTICOS

NANDA	DEFINICIÓN
Sufrimiento espiritual	Situación en que la persona sufre un trastorno del principio vital que la impregna totalmente e integra y trasciende su naturaleza biológica, psicológica y social.

00066 SUFRIMIENTO ESPIRITUAL

Definición: Situación en que la persona sufre un trastorno del principio vital que la impregna totalmente e integra y trasciende su naturaleza biológica, psicológica y social.

☞ Se aconseja usar esta etiqueta siempre que haya un sufrimiento espiritual vinculado al sistema de valores y creencias de la persona, sin limitarlo a las ideas de carácter religioso¹⁵.

☞ Se desaconseja utilizarla cuando, sea cual sea la situación, la persona la haya aceptado y no le plantee dudas ni contradicciones con sus creencias y valores o, caso de haberlas tenido, las haya resuelto de manera que le permita vivir con paz espiritual¹⁵.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Expresiones de preocupación sobre el significado de la vida, la muerte o el sistema de valores.
- Preguntas sobre el significado del sufrimiento.
- Verbalización de conflictos internos sobre las creencias.
- Cuestiones sobre el significado de la propia existencia.
- Incapacidad para participar en las prácticas religiosas habituales.
- Búsqueda de ayuda espiritual.
- Preguntas sobre las implicaciones morales o éticas del régimen terapéutico.
- Desplazamiento de la cólera hacia los representantes religiosos.
- Descripción de pesadillas o trastornos del sueño.
- Alteraciones del comportamiento o del humor manifestado por cólera, llanto, retraimiento, preocupación, ansiedad, hostilidad, apatía, etcétera.
- Humor negro (inapropiado en una situación grave).
- Verbalización de preocupación respecto a las relaciones con la deidad.
- Cólera hacia Dios.

RECOMENDACIONES PARA LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- Alto grado de ansiedad o estrés físico o psicológico; baja autoestima; malas relaciones con los demás; pérdida real o potencial, terminal o no; incapacidad para perdonar;

- Enfermedad mental o física; drogadicción.
- Expresiones de preocupación por las relaciones con un ser superior; cólera hacia Dios.

INTERVENCIONES

5420 Apoyo espiritual

5260 Cuidados en la agonía

5310 Dar esperanza

5820 Disminución de la ansiedad

BIBLIOGRAFÍA

1. Ann Marriner. Martha Raile Alligood. Modelos y teorías de enfermería. 4. ed. España: Harcourt Brace, 1999. 555
2. Henderson, V. La naturaleza de la Enfermería. Interamericana-McGraw-Hill, Madrid,1994.
3. Orem, DE. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Ed Masson, 1993
4. Fines de enfermería y marco conceptual.Dirección de Enfermería Área 9 Atención Primaria.INSALUD. MADRID. Documento en línea consultado (15/01/2002) en [<http://www.hso.es/primaria/enfermeria/pdf/Anexo1.pdf>]
5. Iyer,P.M; Tapptich,B.J; Bernocchi-Losey,D. Proceso y Diagnóstico de Enfermería.Ed. McGraw-Hill Interamericana, 2ª ed, Madrid 1993
6. Alfaro, R. Aplicación del proceso de Enfermería. Guía práctica. 3 Ed. Mosby. Madrid.1996.
7. Gordon,M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Ed. Mosby, Madrid, 1996.
8. Carpenito, L.J. Manual de diagnóstico de enfermería. 5 Ed. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid. 1995.
9. Cuesta, A. Guirao, A. Benavent, A. Diagnóstico de Enfermería. Adaptación al contexto español. Diaz de Santos. Madrid. 1994.
10. Guirao-Goris JA. Camaño, RE; Cuesta , A. Diagnóstico de enfermería. Categorías, formulación e investigación. Ediversitas Multimedia. SL. 2001
11. Ugalde Apalategui,M; Rigol i Cuadra,A. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. 1ª ed. 1995 (reimpresión 1999). Masson, Barcelona.
12. North American Nursing Diagnoses Association. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2001-2002. Ed. Harcourt. Madrid, 2001.
13. McCloskey, J.C; Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC) 3ª ed. Harcourt, Madrid, 2001.
14. Johnson, M; Maas, M; Moorhead, S. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC). Harcourt, Mosby. Madrid. 2001.
15. Luis, M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 2ª ed. Masson. Barcelona. 2002.
16. Johnson M, Bulecheck g, McCloskey S, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelación NANDA, NIC y NOC. Barcelona: Harcourt, 2002.

V. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

La intervenciones seleccionadas a continuación son el resultado del estudio de la validez aparente de la clasificación de intervenciones de Enfermería NIC en Atención Domiciliaria.

La taxonomía NIC es una clasificación normalizada y codificada que incluye toda la gama de intervenciones de enfermería desde la práctica general hasta las áreas de especialidades. Ello supone que estas intervenciones se pueden enlazar a diagnósticos enfermeros, a problemas interdependientes y a tratamientos derivados del proceso clínico instaurado.

El GEM de Atención Domiciliaria ha seguido un laborioso proceso para seleccionar las intervenciones recogidas en este manual. Para ello, y siguiendo la metodología de consenso, inicialmente se seleccionaron todas las intervenciones sugeridas derivadas de los diagnósticos enfermeros más frecuentes en atención primaria. Por la bibliografía conocemos que los diagnósticos enfermeros tienen un poder explicativo¹ de un 59 % en Atención Primaria. Basándose en la bibliografía existente y en la evidencia interna de los profesionales integrantes del GEM, cada intervención fue analizada y se seleccionaron las actividades que por consenso superaban el 60% de las opiniones del grupo. Con posterioridad, en cada intervención las actividades seleccionadas se clasificaron basándose en el método propuesto por Ferrer Ferrandis². Las actividades se clasificaron en:

¹ R. Del Pino Casado.D. Cantón Ponce.A. Alarcón Juárez.A. Fuentes Martínez.V. Navas Anguis.M.C. Rincón Montilla.R. Ruiz Cejudo. **Poder de explicación del diagnóstico enfermero en la actividad desarrollada en consulta de enfermería de pacientes crónicos en atención primaria.** Enfermería Clínica, 01 2001 ; 11: 3-8

² Ferrer Ferrandis, E. **Taxonomía NIC: implicaciones en el proceso de cuidados.** El Correo AENTDE . 2003, 6(1):10-11

- Actividades de cuidado: que incluyen desde actividades instrumentales hasta actividades educativas, dirigidas tanto a modificar la salud de la persona como a prevenir la aparición de problemas. Estas actividades se reconocen en el manual por estar señalado el código del siguiente **modo**.
- Actividades de valoración: que pretenden medir el estado de salud del paciente. Estas actividades se reconocen en el manual por estar señalado el código del siguiente **modo**.
- Actividades recomendadas asociadas al método: que son un conjunto de actividades (*inespecíficas*) que nos orientan en el procedimiento que debemos utilizar al realizar las acciones cuidativas, dado que la ejecución de ese procedimiento confiere al proceso una práctica de excelencia. Estas actividades se reconocen en el manual por estar señalado el código del siguiente **modo**.

A continuación se realizó una selección de intervenciones de la esfera competencial interdependiente y derivada de los programas de salud, realizando el mismo proceso anterior.

Después de esta fase inicial, aquellas intervenciones que carecían de actividades contempladas en la bibliografía disponible se modificaron incluyendo nuevas acciones. Estas actividades se codificaron con los dígitos 99 disminuyendo en una unidad en cada nueva actividad sugerida.

Finalmente se modificaron los nombres de algunas intervenciones para dotarlas de mayor validez aparente, algunas intervenciones se desdoblaron en varias y se desarrollaron varias intervenciones que no están incluidas en la clasificación NIC. Las intervenciones que aquí se exponen son concordantes con las introducidas en la aplicación informática del proyecto Abucasis II.

A continuación se especifican las intervenciones a las que se ha cambiado la denominación y las nuevas intervenciones:

Intervenciones con modificación de denominación

3350 Monitorización respiratoria, espirometría y pulsioximetría

1080 Sondaje nasogástrico

1874 Cuidados de la sonda nasogástrica

5510 Realización de un programa de educación sanitaria

5568 Educación paterna: niño (primeros años de vida)

5626 Enseñanza: nutrición infantil (0-12 meses).

5628 Enseñanza: seguridad infantil (0-12 meses)

5632 Enseñanza: seguridad niño pequeño y escolar

Nuevas Intervenciones

8990 Concertar cita

4039 Electrocardiograma

4145 Hidratación subcutánea

1641 Cuidados de los oídos: niño

1642 Cuidados de los oídos: audición

1643 Cuidados de los oídos: lavado ótico

0200 FOMENTO DEL EJERCICIO

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

Actividades:

0200.01 Valorar las ideas del paciente sobre el efecto del ejercicio físico en la salud.

0200.04 Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.

0200.05 Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.

0200.07 Instruir al paciente acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios del programa.

0200.15 Ayudar al paciente a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.

0200.16 Reforzar el programa para potenciar la motivación del paciente (control del peso semanalmente). Controlar la respuesta del paciente al programa de ejercicios.

0200.17 Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del paciente.

0201 FOMENTAR EL EJERCICIO: ENTRENAMIENTO DE EXTENSIÓN

Definición: Facilitar el entrenamiento regular de músculos resistentes para mantener o aumentar la fuerza del músculo.

Actividades:

0201.01 Examinar el estado general antes del ejercicio para identificar los posibles riesgos del ejercicio utilizando escalas estandarizadas de la preparación para la actividad física y / o el historial completo y un examen físico.

0201.07 Ayudar a fijar objetivos realistas a corto y largo plazo y a hacer propio el programa de ejercicios.

0201.10 Ayudar a desarrollar un entorno hogar / trabajo que facilite la dedicación al programa de ejercicios.

0201.12 Ayudar a desarrollar un programa de entrenamiento de fuerza consecuente con el nivel de forma física muscular, fuerza músculo-esquelética, objetivos de salud funcional, recursos de equipamientos para ejercicios, preferencias personales y apoyo social.

0201.13 Especificar el nivel de resistencia, el número de repeticiones, el número de series y la frecuencia de las sesiones de entrenamiento de acuerdo con el nivel de forma física y la presencia / ausencia de factores de riesgo con el ejercicio.

0201.28 Establecer un programa de seguimiento para mantener la motivación, ayudar a resolver problemas controlando el progreso.

0201.30 Colaborar con la familia y otros profesionales de la salud (p.e. fisioterapeuta, fisiólogo del ejercicio, terapeuta ocupacional, terapeuta de recreo, terapeuta físico) en la planificación, enseñanza y control del programa de entrenamiento muscular.

0221 TERAPIA DE EJERCICIOS: DEAMBULACIÓN

Definición: estímulo y asistencia en la deambulaci3n para mantener o restablecer las funciones corporales aut3nomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperaci3n de una enfermedad o lesi3n.

Actividades:

0221.01 Vestir al paciente con prendas c3modas.

0221.02 Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulaci3n.

0221.07 Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulaci3n, si es preciso.

0220.13 Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bast3n, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulaci3n si el paciente no camina bien.

0221.14 Ayudar al paciente con la deambulaci3n inicial, si es necesario.

0221.15 Instruir al paciente/ cuidador acerca de las t3cnicas de traslado y deambulaci3n seguras.

0221.16 Vigilar la utilizaci3n por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.

0221.17 Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal.

0221.18 Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia realistas con la deambulación.

0221.19 Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de la seguridad.

0222 TERAPIA DE EJERCICIOS: EQUILIBRIO

Definición: Utilización de actividades, posturas y movimientos específicos para mantener, potenciar o restablecer el equilibrio.

Actividades:

0222.01 Determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieran equilibrio.

0222.03 Consultar la terapia física en razón del tipo, número y secuencia de los patrones de movimientos necesarios para potenciar el equilibrio.

0222.04 Evaluar las funciones sensoriales (visión, oído y propiocepción).

0222.06 Facilitar un ambiente seguro para la práctica de los ejercicios.

0222.08 Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón, barra de andar, almohadas o colchones de ejercicios) como apoyo del paciente al realizar los ejercicios.

0222.10 Reforzar o proporcionar instrucción sobre la posición y la realización de los movimientos para mantener o mejorar el equilibrio durante los ejercicios o actividades de la vida diaria.

0222.11 Ayudar al paciente a participar en los ejercicios de extensión en posición de decúbito supino, pedestación o bipedestación.

0222.12 Ayudar al paciente a moverse hasta la posición de sentado, estabilizar el tronco con los brazos colocados al lado de la cama/ silla y balancear el tronco apoyándose en los brazos.

0222.14 Utilizar un espejo para facilitar la alineación postural de sentado y de pie, si corresponde.

0222.15 Ayudarlo a ponerse de pie (o sentarse) y balancear el cuerpo de lado a lado para estimular los mecanismos del equilibrio.

0222.17 Ayudar al paciente en la práctica de estar de pie con los ojos cerrados durante cortos períodos de tiempo a intervalos regulares para estimular la propiocepción.

0222.18 Vigilar la respuesta del paciente a los ejercicios de equilibrio.

0222.20 Ayudar al paciente a caminar a intervalos regulares.

0224 TERAPIA DE EJERCICIOS: MOVILIDAD ARTICULAR

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

Actividades:

0224.01 Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función.

0224.02 Colaborar con la fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.

0224.04 Explicar al paciente/ familia el objeto y el plan de ejercicio de las articulaciones.

0224.06 Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.

0224.07 Vestir al paciente con prendas cómodas.

0224.11 Realizar ejercicios pasivos o asistidos si está indicado.

0224.15 Animarle a visualizar el movimiento corporal antes de comenzar el movimiento.

0224.17 Fomentar sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.

0224.18 Fomentar la deambulación, si resulta oportuno.

0224.20 Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones.

0410 CUIDADOS DE INCONTINENCIA INTESTINAL

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

Actividades:

- 0410.01** Determinar la causa física o fisiológica de la incontinencia fecal.
- 0410.02** Explicar la etiología del problema y la base de las acciones.
- 0410.03** Determinar los objetivos del programa de manejo intestinal con el paciente / familia.
- 0410.05** Instruir al paciente / familia a que lleve un registro de defecación, si es preciso.
- 0410.06** Lavar la zona perianal con jabón y agua y secarla bien después de cada deposición.
- 0410.10** Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal, si procede.
- 0410.12** Controlar la dieta y las necesidades de líquidos.
- 0410.16** Colocar pañales de incontinencia, si es necesario.

0412 CUIDADOS EN LA INCONTINENCIA INTESTINAL: ENCOPIRESIS

Definición: Fomento de la continencia intestinal en niños.

Actividades:

- 0412.01** Reunir información sobre el historial de educación acerca del uso del baño; duración de la encopresis, e intentos realizados para eliminar el problema.
- 0412.02** Determinar la causa del problema (estreñimiento e impactación fecal), si procede.
- 0412.06** Enseñar a la familia la fisiología de la defecación normal y la educación sobre uso del baño.
- 0412.07** Recomendar cambios en la dieta o terapia de conducta, si procede.
- 0412.10** Investigar los esquemas de comunicación familiar, sus puntos fuertes y la capacidad de control.
- 0412.11** Animar a los padres a dar seguridad eliminando la ansiedad asociada con el uso del baño.
- 0412.12** Animar a los padres a demostrar amor y aceptación en casa para contrarrestar el ridículo del niño frente a los niños.
- 0412.14** Discutir formas de recompensa a la conducta en el baño.

0420 IRRIGACIÓN INTESTINAL

Definición: Instilación de sustancias en el tracto gastrointestinal inferior.

Actividades:

- 0420.01 Determinar la razón del lavado intestinal.
- 0420.02 Evitar la aplicación si el paciente tiene un historial de colitis ulcerosa o enteritis local.
- 0420.04 Elegir el tipo de enema adecuado.
- 0420.05 Explicar el procedimiento al paciente.
- 0420.06 Disponer intimidad de ambiente.
- 0420.07 Informar al paciente que pueden presentar retortijones abdominales y urgencia de defecación.
- 0420.08 Preparar el equipo necesario.
- 0420.09 Colocar al paciente en posición, según el caso.
- 0420.12 Determinar la temperatura adecuada de la sustancia de irrigación.
- 0420.13 Lubricar el tubo antes de la inserción, cuando proceda.
- 0420.14 Insertar la sustancia por el recto, según indicación:
- 0420.17 Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.
- 0420.18 Tomar nota sobre si los retornos del enema o laxante no son claros..
- 0420.19 Limpiar la zona anal.

0430 MANEJO INTESTINAL

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

Actividades:

- 0430.01 Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal.
- 0430.02 Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.
- 0430.03 Observar si hay sonidos intestinales.

0430.07 Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.

0430.10 Enseñar al paciente las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal.

0430.13 Poner en marcha un programa de entrenamiento intestinal, si resulta oportuno.

0430.15 Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibra.

0430.17 Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.

0440 ENTRENAMIENTO DEL HÁBITO INTESTINAL

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

Actividades:

0440.01 Planificar un programa intestinal con el paciente y demás personas relacionadas.

0440.03 Enseñar al paciente/familia los principios de la educación intestinal.

0440.04 Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra.

0440.06 Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.

0440.07 Asegurarse de que se realizan ejercicios adecuados.

0440.99 Administrar microlaxantes, supositorios de glicerina o enemas , si procede.

0450 MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO / IMPACTACIÓN

Definición: Prevención y alivio del estreñimiento / impactación.

Actividades:

0450.01 Vigilar la aparición de signos y síntomas del estreñimiento.

0450.03 Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color si procede.

0450.08 Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.

0450.10 Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos , a menos que esté contraindicado.

0450.12 Enseñar al paciente / familia que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.

0450.14 Instruir al paciente / familia acerca de la dieta rica en fibra , si procede.

0450.15 Instruir al paciente / familia sobre el uso correcto de laxantes.

0450.16 Instruir al paciente / familia sobre la relación entre dieta, ejercicio e ingesta de líquidos para el estreñimiento e impactación.

0450.21 Extraer la impactación fecal manualmente, si fuera necesario.

0450.22 Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda.

0460 MANEJO DE LA DIARREA

Definición: Prevención y alivio de la diarrea.

Actividades:

0460.02 Evaluar el perfil de la medicación por si hubiera efectos secundarios gastrointestinales.

0460.04 Solicitar al paciente/miembro familiar que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.

0460.05 Evaluar la ingesta registrada para ver el contenido intestinal.

0460.06 Fomentar la realización de comidas en pequeñas cantidades, frecuentes y añadir fibras de forma gradual.

0460.09 Observar si hay signos y síntomas de diarrea.

0460.11 Observar la turgencia de la piel regularmente.

0460.16 Realizar consulta con el médico si persisten los signos y síntomas de diarrea.

0470 DISMINUCIÓN DE LA FLATULENCIA

Definición: Evitar la formación de flato y facilitar la salida de gases excesivos.

Actividades:

0470.01 Enseñar al paciente cómo se produce el flato y los métodos de alivio del mismo.

0470.02 Enseñar al paciente a evitar situaciones que ocasionan una deglución de aire en exceso, como masticar chicle, tomar medidas bebidas carbonatadas, comer rápido, sorber con paja, masticar con la boca abierta o hablar con la boca llena.

0470.03 Enseñar al paciente a evitar aquellos alimentos que causen flatulencia, como alubias, repollo, rábanos, cebollas, coliflor y pepinos.

0470.05 Observar si hay sensación de hinchazón, distensión abdominal, dolores por retortijones, salida excesiva de gases por la boca o por el ano.

0470.06 Comprobar ruidos intestinales.

0470.08 Establecer la relación de ejercicios adecuados (deambulación).

0470.13 Colocar en posición lateral izquierda con las rodillas flexionadas, si no está contraindicado.

0480 CUIDADOS DE LA OSTOMÍA

Definición: Asegurar la eliminación a través de un estoma y cuidados de un tejido circundante.

Actividades:

0480.01 Instruir al paciente/ ser querido en la utilización del equipo de ostomía.

0480.03 Ayudar al paciente a obtener el equipo necesario.

0480.05 Observar la curación de la incisión/estoma.

0480.06 Vigilar posibles complicaciones postoperatorias, como la obstrucción intestinal, el íleo paralítico, fisura de la anastomosis o la separación de la mucosa cutánea.

0480.07 Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía.

0480.10 Ayudar al paciente a practicar los autocuidados.

0480.11 Animar al paciente/ser querido a expresar los sentimientos e inquietudes acerca del cambio de imagen corporal.

0480.13 Ayudar al paciente a planificar en el tiempo la rutina de los cuidados.

0480.14 Enseñar al paciente a vigilar la presencia de posibles complicaciones (rotura mecánica, rotura química, exantema, fugas, deshidratación, infección).

0480.18 Enseñar al paciente a masticar concienzudamente, a evitar alimentos que antes le hubiesen causado trastornos digestivos, a añadir un alimento nuevo cada vez y a beber líquidos en abundancia.

0560 EJERCICIO DEL SUELO PÉLVICO

Definición: Fortalecimiento y entrenamiento de los músculos elevador del ano y urogenital mediante la contracción voluntaria y repetida para disminuir la incontinencia por estrés, de urgencia o tipos mezclados de incontinencia urinaria.

Actividades:

0560.02 Enseñara al paciente a ajustar y luego relajar el anillo muscular de la uretra y el ano, como si intentara evitar orinar o el movimiento intestinal.

0560.03 Enseñar al paciente a evitar contraer lo músculos abdominales , músculos glúteos, los que participen en la respiración o estirarse durante la realización de los ejercicios.

0560.06 Enseñar al paciente a realizar ejercicios de contracción muscular, entre 30 y 50 cada día, manteniendo la contracción durante 10 segundos cada vez descansando como mínimo 10 segundos entre cada contracción.

0560.07 Enseñar al paciente a detener y reiniciar el flujo de orina.

0560.08 Explicar el paciente que la efectividad de los ejercicios se consigue a las 6-12 semanas.

0560.12 Dar instrucciones escritas donde se escriba la intervención y el número de repeticiones recomendadas.

0560.13 Comentar el registro diario de continencia con el paciente para proporcionar seguridad.

0580 SONDAJE VESICAL

Definición: Inserción de un catéter en la vejiga para le drenaje temporal o permanente de la orina.

Actividades:

0580.01 Explicar el procedimiento y fundamento de la intervención.

0580.02 Reunir el equipo adecuado para la cateterización.

0580.03 Mantener una técnica aséptica estricta.

0580.04 Insertar el catéter urinario en la vejiga, si procede.

0580.05 Utilizar el catéter más pequeño, si procede.

0580.06 Conectar el catéter urinario a la bolsa de drenaje.

0580.07 Fijar el catéter a la piel si procede.

0580.08 Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.

0582.20 Explicar al paciente/familia los signos y síntomas de infección del tracto urinario.

0582 SONDAJE VESICAL INTERMITENTE

Definición: Uso periódico de forma regular de un catéter para vaciar la vejiga.

Actividades:

0582.01 Realizar una valoración urinaria exhaustiva, centrándose en las causas de la incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación de orina, función cognoscitiva y problemas urinarios anteriores).

0582.02 Enseñar al paciente/familia el propósito, suministros, método y fundamento de la cateterización intermitente.

0582.03 Enseñar al paciente/familia la técnica de cateterización intermitente limpia.

0582.20 Explicar al paciente/familia los signos y síntomas de infección del tracto urinario.

0590 MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

Definición: Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo.

Actividades:

0590.02 Observar si hay signos de retención urinaria.

0590.08 Remitir al médico si se producen signos y síntomas de infección del tracto urinario.

0590.09 Enseñar al paciente a obtener muestras de orina a mitad de la micción al primer signo y síntoma de infección.

0590.11 Enseñar al paciente a beber un cuarto de litro de líquido con las comidas, entre las comidas y al anochecer.

0600 ENTRENAMIENTO DEL HÁBITO URINARIO

Definición: Establecer un esquema predecible de vaciado urinario de la vejiga para evitar la incontinencia en personas con la capacidad cognoscitiva limitada, que padecen incontinencia de urgencia, de estrés o funcional.

Actividades:

0600.01 Llevar un registro de especificación de continencia durante tres días para establecer el esquema de eliminación.

0600.02 Establecer un intervalo de horario inicial para ir al aseo, en función del esquema de eliminación y de la rutina habitual (comer, levantarse y acostarse).

0600.05 Proporcionar intimidad para ir al aseo.

0600.06 Utilizar el poder de la sugestión (hacer correr agua o dar a la cadena del aseo) para ayudar al paciente a eliminar.

0600.07 Evitar dejar al paciente en el aseo más de cinco minutos

0600.08 Reducir el intervalo de ir al aseo en media hora si se producen más de dos episodios de incontinencia en 24 hs.

0600.13 Dar una respuesta o refuerzo positivo (cinco minutos de conversación social) al paciente cuando elimine a la hora programada y no realizar ningún comentario cuando el paciente muestre incontinencia.

0610 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Definición: Ayudar al paciente a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.

Actividades:

0610.01 Identificar las causas de los múltiples factores que producen incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación, función cognoscitiva, problemas urinarios anteriores, residuo después de la eliminación y medicamentos).

0610.03 Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.

0610.04 Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.

0610.07 Ayudar a seleccionar la prenda/compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo mientras se determina un tratamiento más definitivo.

0610.09 Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.

0610.11 Limitar los líquidos durante dos o tres horas antes de irse a la cama, si procede.

0610.14 Enseñar al paciente a beber un mínimo de 1500 cc de líquido al día.

0610.16 Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (colas, café, té y chocolate).

0612 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA: ENURESIS

Definición: Estimulación de la continencia urinaria en niños.

Actividades:

0612.02 Entrevistar a los padres para obtener datos acerca del historial de entrenamiento para ir al aseo, esquemas de eliminación, infecciones del tracto urinario y sensibilidad a ciertos alimentos.

0612.03 Determinar la frecuencia, duración y circunstancias de la enuresis.

0612.04 Discutir los métodos eficaces e ineficaces del tratamiento anterior.

0612.07 Comentar las técnicas que se han de utilizar para disminuir la enuresis (luz nocturna, restricción de ingestión de líquidos, programa de uso nocturno del baño y de sistemas de alarmas).

0612.08 Animar al niño a manifestar los sentimientos.

0612.11 Analizar la dinámica psico - social de la enuresis con los padres (esquemas familiares, ruptura familiar, cuestiones de autoestima y características de auto-limitación).

0620 CUIDADOS DE LA RETENCIÓN URINARIA

Definición: Ayudar a aliviar la distensión de la vejiga.

Actividades:

- 0620.01** Realizar un evaluación urinaria exhaustiva centrándose en la incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación urinaria, función cognoscitiva y problemas urinarios anteriores).
- 0620.04** Proporcionar intimidad para la eliminación.
- 0620.07** Proporcionar tiempo suficiente para el vaciado de la vejiga (10 min).
- 0620.11** Insertar catéter urinario, si procede.
- 0620.13** Enseñar modos de evitar el estreñimiento o la impactación de heces.
- 0620.14** Controlar periódicamente la ingesta y la eliminación.

0740 CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO

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

Actividades:

- 0740.01** Explicar las razones del reposo en cama.
- 0740.02** Colocar al paciente sobre una cama/colchón terapéutico adecuado.
- 0740.04** Evitar utilizar ropa de cama con textura ásperas.
- 0740.05** Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas.
- 0740.06** Colocar en la cama una base de apoyo para los pies.
- 0740.07** Utilizar dispositivos en la cama, (p. Ejem. Piel de oveja) que protejan al paciente.
- 0740.12** Colocar la mesilla de noche al alcance del paciente.
- 0740.15** Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas, de acuerdo con un programa específico.
- 0740.16** Vigilar el estado de la piel.
- 0740.19** Realizar ejercicios de margen de movimientos pasivos y/o activos.
- 0740.21** Ayudar con las actividades de la vida diaria.
- 0740.23** Observar si se produce estreñimiento.
- 0740.24** Controlar la función urinaria.
- 0740.99** Enseñar a colocar compresas / dispositivos para proporcionar apoyo escrotal y prevenir el edema.

0762 CUIDADOS DEL PACIENTE ESCAYOLADO: MANTENIMIENTO

Definición: cuidados de un paciente escayolado después del secado.

Actividades:

0762.02 Inspeccionar la escayola por si hubiera signo de drenaje de las heridas situadas por debajo del yeso.

0762.04 Aplicar plástico a la escayola si esta cerca de la ingle.

0763.05 Instruir al paciente para que no se rasque la piel situada por debajo de la escayola con ningún objeto.

0762.06 Evitar humedecer el yeso.

0762.07 Colocar el yeso sobre almohadas para disminuir la tensión sobre otras partes del cuerpo.

0762.08 Comprobar si hay grietas o roturas de la escayola.

0762.09 Aplicar un soporte de brazo como apoyo, si corresponde.

0762.10 Acolchar los bordes ásperos y las conexiones de tracción del yeso, si procede

0840. CAMBIO DE POSICIÓN

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

Actividades:

0840.01 Colocar sobre un colchón/ cama terapéuticos adecuados.

0840.02 Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición si procede.

0840.04 Colocar en la posición terapéutica especificada.

0840.05 Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicado.

0840.12 Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.

0840.13 Desarrollar un programa escrito para el reposicionamiento, si procede.

0840.14 Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas, según el programa específico, si procede.

0846 CAMBIO DE POSICIÓN: SILLA DE RUEDAS

Definición: Colocación de un paciente en una silla de ruedas correctamente seleccionada para potenciar la comodidad, promover la integridad de la piel y permitir independencia.

Actividades:

0846.01 Seleccionar la silla de ruedas apropiada al paciente: para adulto normal, semirreclinable, totalmente reclinable o de amputación.

0846.02 Seleccionar un cojín hecho a medida según las necesidades del paciente.

0846.14 Observar si existe incapacidad por parte del paciente para mantener la postura correcta en la silla de ruedas.

0846.16 Facilitar frecuentemente pequeños cambios del peso corporal.

0846.17 Determinar el espacio de tiempo adecuado de permanencia en la silla por parte del paciente, en función de su estado de salud.

0846.18 Enseñar al paciente a trasladarse desde la cama a la silla de ruedas, si es posible.

0846.20 Enseñar al paciente a manejar la silla de ruedas, si procede.

0846.21 Enseñar al paciente ejercicios para aumentar la fuerza de la parte superior del cuerpo, si está indicado.

0910 INMOVILIZACIÓN

Definición: estabilización, inmovilización y/o protección de una parte corporal lesionada con unos dispositivos de soporte.

Actividades:

7680.02 Explicar el motivo del procedimiento.

7680.14 Explicar al paciente cada paso del procedimiento.

7680.25 Instruir al paciente sobre los cuidados posteriores al procedimiento.

0910.99 Comprobar indicación y posibles contraindicaciones.

0910.01 Colocar la parte corporal con bolsas de arena u otros dispositivos, si procede.

0910.03 Colocar una férula, si se considera oportuno.

0910.04 Colocar un cabestrillo para el reposo de la parte corporal lesionada.

0910.05 Acolchar la parte lesionada para evitar la fricción por parte de otro dispositivo, si es el caso

0910.07 Mover la extremidad lesionada lo menos posible.

0910.09 Comprobar la circulación de la parte corporal afectada.

0910.10 Observar si hay hemorragia en el sitio de la lesión.

0910.11 Vigilar la integridad de la piel que esta debajo del dispositivo de apoyo.

0910.14 Fomentar los ejercicios isométricos, cuando proceda.

0910.15 Enseñar al paciente a observar y cuidar la férula.

0910.98 Realizar un vendaje funcional.

0910.97 Realizar un vendaje compresivo.

0910.96 Realizar un vendaje circular.

0910.95 Realizar un vendaje en espiga.

0910.94 Realizar un vendaje en ocho.

0910.93 Hidratar la piel después de retirar un vendaje.

0960 TRANSPORTE

Definición: Traslado de un paciente de un lugar a otro.

Actividades:

0960.01 Determinar la cantidad y tipo de asistencia necesarios.

0960.11 Utilizar una silla de ruedas para mover al paciente incapaz de caminar.

0960.16 Acompañar al paciente durante el transporte, si es necesario.

0960.17 Utilizar una ambulancia para el paciente gravemente lesionado.

0960.99 Solicitar una ambulancia.

1030 MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Definición: Prevención y tratamiento de restricciones severas en la dieta, los ejercicios en exceso y purga de alimentos y líquidos.

Actividades:

1030.01 Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados para desarrollar un plan de tratamiento; implicar al paciente y/o ser querido, si procede.

1030.05 Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición con el paciente (y seres queridos, si procede).

1030.06 Animar al paciente a discutir preferencias alimentarias.

1030.07 Desarrollar una relación de apoyo con el paciente.

1030.12 Fomentar la autovigilancia por parte del paciente de la ingesta diaria de alimentos y la ganancia/mantenimiento del peso, si procede.

1030.13 Establecer expectativas sobre conductas de alimentos adecuadas, de ingesta comida/líquidos y de cantidad de actividad física.

1030.17 Acompañar al paciente al baño durante los momentos de observación establecidos después de las comidas/tentempiés.

1030.20 Utilizar técnicas de modificación de la conducta para promover conductas que contribuyan a la ganancia de peso y para limitar las conductas de pérdida de peso.

1030.24 Limitar la actividad física, si es necesario, para promover la ganancia de peso.

1030.26 Dar la oportunidad de elegir de forma limitada el ejercicio y la alimentación, a medida que tiene lugar la ganancia de peso de una manera deseable.

1050 ALIMENTACIÓN

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

Actividades:

1050.01 Identificar la dieta prescrita.

- 1050.09** Preguntar al paciente sus preferencias en el orden de los alimentos.
- 1050.10** Establecer los alimentos según lo prefiera el paciente.
- 1050.12** Colocar la comida en el lado no afectado de la boca, cuando sea el caso.
- 1050.21** Evitar distraer al paciente durante la deglución.
- 1050.22** Realizar la alimentación sin prisas/lentamente.
- 1050.24** Animar a los padres/ familia a que alimenten al paciente.

1052 ALIMENTACIÓN POR BIBERON

Definición: Preparación y administración de biberones.

Actividades:

- 1052.02** Calentar la formula a la temperatura ambiente antes de proceder con la alimentación.
- 1053.04** Colocar al bebe en una posición semi-Fowler durante la alimentación.
- 1053.05** Hacer eructar al bebe frecuentemente en mitad de la toma y después de la alimentación.
- 1054.12** Controlar la toma de alimento.
- 1054.14** Vigilar el peso del bebe, cuando procede.
- 1054.17** Instruir a la madre/padre o cuidador en las técnicas de esterilización del equipo de alimentación.
- 1054.18** Instruir a la madre/padre o cuidador acerca de la dilación correcta de la formula concentrada.
- 1054.19** Instruir a la madre/padre sobre el almacenamiento correcto de la formula.
- 1054.20** Determinar la fuente de agua utilizada para diluir la formula concentrada o en polvo.
- 1054.23** Instruir y mostrar a la madre/padre sobre las técnicas de higiene bucal adecuadas a la dentición del bebe que han de utilizarse después de cada alimentación.

1056 ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA

Definición: Aporte de nutrientes y de agua a través de una sonda gastrointestinal.

Actividades:

1056.01 Insertar una sonda nasogástrica, nasoduodenal o nasoyeyunal, de acuerdo con el protocolo del centro.

1056.02 Aplicar sustancias de anclaje a la piel, y fijar el tubo de alimentación con esparadrapo.

1056.03 Observar si la colocación de la sonda es correcta inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuo gástrico o escuchando durante la inyección y extracción del aire, según el protocolo del centro.

1056.07 Consultar con otro miembro del equipo de cuidados acerca de la selección del tipo y concentración de la alimentación enteral.

1056.08 Elevar la cabecera de la cama durante la alimentación.

1056.11 Al finalizar la alimentación esperar de treinta a sesenta minutos antes de colocar al paciente en posición horizontal.

1056.16 Retrasar la frecuencia de la alimentación por sonda y/o disminuir la concentración para controlar la diarrea.

1056.17 Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos.

1056.18 Comprobar la existencia de residuos cada cuatro a seis horas durante la alimentación continuada y antes de cada alimentación intermitente.

1056.21 Cambiar la sonda de alimentación enteral regularmente, según el protocolo del centro.

1056.26 Preparar al paciente para la alimentación por sonda en casa, si procede.

1080 SONDAJE NASOGÁSTRICO

Definición: Inserción de una sonda en el tracto gastrointestinal.

Actividades:

1080.01 Seleccionar el tipo y tamaño de la sonda nasogástrica que se ha de insertar, considerando el uso y razonamiento de la inserción.

1080.02 Explicar al paciente y a la familia la razón de que se utilice una sonda gastrointestinal.

1080.03 Insertar la sonda de acuerdo con el protocolo del centro.

1080.04 Proporcionar un vaso de agua o cubitos de hielo al paciente para que trague durante la inserción, si procede.

1080.05 Colocar al paciente en decúbito lateral derecho para facilitar el movimiento de la sonda en el duodeno, si es el caso.

1080.07 Comprobar la correcta colocación de la sonda observada si hay signos y síntomas de ubicación traqueal, comprobando el color y/o nivel de pH del aspirado,

1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN

Definición: Ayudar a proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.

Actividades:

1100.01 Preguntar al paciente si tiene alergia a algún alimento.

1100.02 Determinar las preferencias de comidas del paciente.

1100.04 Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.

1100.06 Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C, si es el caso.

1100.10 Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.

1100.14 Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, según cada caso.

1100.18 Animar al paciente a que utilice dentaduras de ajuste correcto y/o que obtenga cuidados dentales.

1100.19 Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.

1100.21 Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.

1120 TERAPIA NUTRICIONAL

Definición: Administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en un paciente que está malnutrido o con alto riesgo de malnutrición.

Actividades:

1120.01 Controlar los alimentos líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria, si procede.

1120.02 Comprobarla conveniencia de las órdenes dietéticas para cumplir con las necesidades nutricionales diarias, si procede.

1120.04 Determinar las preferencias de comidas del paciente considerando las preferencias culturales y religiosas.

1120.05 Determinar la necesidad de alimentación por sonda nasogástrica.

1120.07 Animar al paciente a que seleccione alimentos semiblandos si la falta de saliva dificulta la deglución.

1120.11 Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.

1120.15 Administrar líquidos de hiperalimentación, cuando lo requiera el caso.

1120.25 Explicar al paciente y a la familia la dieta prescrita.

1200 ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL (NPT)

Definición: Preparación y aporte de nutrientes de forma intravenosa y monitorización de la capacidad de respuesta del paciente.

Actividades:

1200.02 Insertar el catéter central intravenoso periférico, según el protocolo de la institución.

1200.04 Mantener la permeabilidad y vendajes de la vía central, según el protocolo del centro.

1200.06 Comprobar la solución NPT para asegurarse de que se han incluido los nutrientes correctos, según órdenes.

- 1200.07 Mantener una técnica estéril al preparar y colgar las soluciones NPT.
- 1200.08 Utilizar una bomba de infusión para el aporte de las soluciones NPT.
- 1200.12 Controlar ingesta y eliminaciones.
- 1200.15 Comprobar la glucosa en orina para determinar glucosuria, cuerpos cetónicos y proteínas.
- 1200.17 Informar al médico acerca de los signos y síntomas anormales asociados con la NPT y modificar los cuidados correspondientes.

1240 AYUDA PARA GANAR PESO

Definición: Facilitar el aumento del peso corporal.

Actividades:

- 1240.02 Pesar al paciente en los periodos establecidos, si procede.
- 1240.09 Fomentar el aumento de ingesta de calorías.
- 1240.10 Enseñar a aumentar la ingesta de calorías.
- 1240.12 Considerar las preferencias alimenticias del paciente, teniendo en cuenta su gusto personal, cultura y religión.
- 1240.19 Analizar con el paciente y la familia los factores socioeconómicos que contribuyen a una nutrición inadecuada.
- 1240.22 Enseñar al paciente y a la familia a planificar las comidas, si procede.
- 1240.23 Enseñar al paciente y a la familia a comprar alimentos de bajo coste y nutritivos, si procede.
- 1240.25 Registrar el progreso de la ganancia de peso en una hoja y colocarla en un sitio estratégico.

1260 MANEJO DEL PESO

Definición: Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.

Actividades:

1260.01 Tratar con el paciente la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso.

1260.03 Tratar con el paciente los hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso.

1260.04 Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso.

1260.05 Determinar la motivación del paciente para cambiar los hábitos en la alimentación.

1260.06 Determinar el porcentaje de grasa corporal ideal del paciente.

1260.08 Animar al paciente a escribir metas semanales realistas en cuanto a ingesta de alimentos y ejercicios y colocarlas en un sitio en el que pueda revisarlas todos los días.

1260.09 Animar al paciente a registrar el peso semanalmente, si procede.

1260.11 Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas, coherentes con el nivel de gasto energético.

1280 AYUDA PARA DISMINUIR EL PESO

Definición: Facilitar la pérdida de peso corporal y / o grasa corporal.

Actividades:

1280.01 Determinar el deseo y motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal.

1280.02 Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada.

1280.03 Establecer una meta de pérdida de peso semanal.

1280.08 Fomentar el uso de sistemas de recompensa internos cuando se alcanzan las metas.

1280.09 Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento del gasto de energía.

1280.10 Determinar los esquemas de alimentación actuales haciendo que el paciente lleve un diario de lo que come, cuándo y dónde.

1280.12 Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables.

1280.19 Desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta bien equilibrada, disminución de calorías y de grasas, si procede.

1280.22 Fomentar la asistencia a grupos de apoyo de pérdida de peso.

1280.24 Enseñar a leer etiquetas al comprar alimentos para controlar la cantidad de grasa y calorías de los alimentos obtenidos.

1280.26 Enseñar a seleccionar las comidas, en restaurantes y reuniones sociales, que sean coherentes con la ingesta nutritiva y calórica planificada.

1380 APLICACIÓN DE CALOR O FRIO

Definición: Estimulación de la piel y tejidos subcutáneos con calor o frío con el fin de disminuir el dolor, espasmos musculares o inflamación.

Actividades:

1380.01 Explicar la utilización del calor o del frío, la razón del tratamiento y la manera en que en que afectará a los síntomas del paciente.

1380.03 Seleccionar un método de estimulación que resulte conveniente y de fácil disponibilidad, como bolsas de plástico herméticas con hielo derretido ; paquetes de gel congelado ; sobres de hielo químico ; inmersión en hielo ; paños o toallas en frigorífico para enfriarlas ; botella de agua caliente, almohadilla eléctrica ; compresas húmedas calientes ; inmersión en bañera o en piscina con movimiento de agua ; cera de parafina ; baño de asiento ; bombilla radiante o envoltura de plástico para dar calor.

1380.04 Determinar la disponibilidad y el buen estado de funcionamiento de todos los equipos utilizados en la aplicación de calor o frío .

1380.05 Determinar el estado de la piel e identificar cualquier alteración que requiera un cambio de procedimiento o sea contraindicada la estimulación.

1380.07 Envolver el dispositivo de aplicación de calor/frío con un paño de protección, si corresponde.

1380.10 Comprobar la temperatura de la aplicación, especialmente cuando se utilice calor.

1380.11 Determinar la duración de la aplicación en función de las respuestas verbales, de la conducta y los aspectos biológicos de la persona.

1380.13 Aplicar calor/frío directamente en, o cerca de, el sitio afectado, si fuera posible.

1380.14 Inspeccionar el sitio cuidadosamente por si hubiera signos de irritación dérmica o daño tísular durante los primeros cinco minutos y luego frecuentemente durante el tratamiento.

1380.20 Instruir acerca de las indicaciones, frecuencia y procedimiento de aplicación.

1400 MANEJO DEL DOLOR

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

Actividades:

1400.01 Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición /duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

1400.02 Observar claves no verbales de molestias , especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.

1400.03 Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

1400.06 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).

1400.09 Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.

1400.12 Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.

1400.19 Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, terapia musical, 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.

1400.20 Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas de alivio del dolor, si procede.

de la sedación.

1400.29 Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.

1400.34 Considerar la posibilidad de remitir el paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos asistentes, si procede.

1450 MANEJO DE LAS NÁUSEAS

Definición: Prevención y alivio de las náuseas.

Actividades:

1450.03 Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes, utilizando herramientas como diario de autocuidados, escala analógica visual, escala descriptiva de Duke e Índice de Rodes de náuseas y vómitos.

1450.08 Evaluar el impacto de las náuseas sobre la calidad de vida.

1450.09 Identificar factores que pueden causar o contribuir a las náuseas.

1450.10 Asegurarse que han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible (exceptuando en el caso de náuseas relacionadas con el embarazo).

1450.11 Controlar los factores ambientales que pueden provocar náuseas (por ejemplo malos olores, ruido y estimulación visual desagradable).

1450.17 Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (por ej. biorretroalimentación, hipnosis, relajación, imaginación simple dirigida, terapia musical, distracción, acupresión) para controlar las náuseas.

1450.20 Fomentar el descanso y el sueño adecuados para facilitar el alivio de las náuseas.

1450.26 Pesar al paciente con regularidad.

1480 MASAJE SIMPLE

Definición: estimulación de la piel y tejidos subyacentes con diversos grados de presión manual para disminuir el dolor, inducir la relajación y/o mejorar la circulación.

Actividades:

1480.01 Determinar contraindicaciones, como disminución de plaquetas, disminución de la integridad de la piel, trombosis venosa profunda e hipersensibilidad al contacto.

1480.03 Seleccionar la zona o zonas del cuerpo que han de masajearse.

1480.06 Aplicar calor húmedo antes del masaje o durante el masaje en otras zonas del cuerpo, según se indique.

1480.08 Utilizar una loción cálida, aceite o polvo seco para reducir la fricción (sin loción o polvos en la cabeza o cuero cabelludo), valorando cualquier sensibilidad o contraindicación.

1480.09 Masajear con movimientos continuos, uniformes y rítmicos.

1480.12 Adaptar la zona del masaje, la técnica y la presión a la percepción de alivio del paciente y al propósito del masaje.

1480.16 Evitar masajear sobre zonas con lesión abierta o zonas sensibles de la piel.

1570 MANEJO DEL VÓMITO

Definición: Prevención y alivio del vómito.

Actividades:

1570.01 Valorar el color, la consistencia, la presencia de sangre, la duración y el alcance de la emesis.

1570.03 Aconsejar que se lleven bolsas de plástico para recoger la emesis.

1570.08 Asegurarse que se han administrado antieméticos eficaces para prevenir el vómito siempre que haya sido posible.

1570.09 Controlar los factores ambientales que pueden evocar el vómito (malos olores, ruido y estimulación visual desagradable).

1570.10 Reducir o eliminar factores personales que desencadenen o aumenten el vómito (ansiedad, miedo y ausencia de conocimiento).

1570.11 Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración.

1570.13 Proporcionar apoyo físico durante el vómito (como por ejemplo ayudar a la persona a inclinarse o sujetarle la cabeza).

1570.16 Utilizar higiene oral para limpiar boca y nariz.

1570.18 Esperar como mínimo 30 minutos después del episodio del vómito antes de dar líquidos al paciente (dando por sentado un tracto gastrointestinal normal y un peristaltismo normal).

1570.20 Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos si durante un período de 30 minutos no se han producido vómitos.

1610 BAÑO

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

Actividades:

1610.01 Ayudar con la ducha de silla, bañera, ducha de pie o baño de asiento, si procede o se desea.

1610.02 Lavar el cabello, si es necesario o se desea.

1610.03 Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable.

1610.05 Ayudar con el cuidado perianal, si es necesario.

1610.07 Administrar baños de pies, si es necesario.

1610.09 Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca.

1610.10 Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas.

1610.12 Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.

1610.13 Controlar la capacidad funcional durante el baño.

1610.99 Informar al paciente / familia de la importancia de realizar la higiene corporal de forma diaria, poniendo especial cuidado, en los pliegues corporales, genitales y órganos de los sentidos, realizando al final un buen secado de todas las partes.

1641 CUIDADOS DE LOS OIDOS: NIÑO

Definición: Prevenir o minimizar las amenazas al oído o la audición.

Actividades:

1640.06 Enseñar a los padres a limpiar los oídos del bebe.

1640.07 Enseñar a los padres a vigilar al niño con congestión nasal por si hubiera infección en los oídos.

1640.10 Enseñar a los padres a observar si hay infección de oídos en el bebe.

1640.11 Instruir a los padres sobre la importancia de completar cualquier tratamiento con antibióticos.

1640.13 Comprobar si el cerumen en el canal del oído de su hijo causa dolor o pérdida de audición.

1640.19 Aconsejar a los padres que eviten sumergir los oídos del bebe en agua cuando las sondas estén puestas.

1640.20 Enseñar a los padres a administrar gotas en los oídos, si procede.

1640.22 Enseñar a los niños a que no se introduzcan objetos extraños en los oídos.

1642 CUIDADOS DE LOS OIDOS: AUDICIÓN

Definición: Prevenir o minimizar las amenazas al oído o la audición.

Actividades:

1640.23 Enseñar a controlar y regular la exposición a ruidos de volumen alto.

1640.24 Aconsejar al paciente que use protección de oídos en la exposición a ruidos de alta intensidad.

1640.25 Instruir al adolescente acerca del peligro potencial de la exposición a la música con volumen alto, especialmente con auriculares.

1640.27 Fomentar el uso de taponos de oídos para nadar si el paciente es susceptible a las infecciones de oídos.

1643 CUIDADOS DE LOS OIDOS: LAVADO ÓTICO

Definición: Realización de un lavado ótico.

Actividades:

5618.08 Explicar el propósito del procedimiento.

1643.99 Proporcionar recomendaciones previas a la prueba, por escrito:
Ponerse durante cinco días dos instilaciones de agua oxigenada rebajada al 50%.

1640.14 Instilar aceite mineral en el oído para ablandar el cerumen impactado antes de la irrigación.

7680.25 Instruir al paciente sobre los cuidados posteriores al procedimiento. (Si molestias acudir al médico y no mojar el oído durante 3 o 4 días)

7680.26 Vigilar al paciente después del procedimiento si se requiere.

1660 CUIDADOS DE LOS PIES

Definición: limpieza e inspección de los pies con el objetivo de seguir la relajación, limpieza y salud en la piel.

Actividades:

1660.01 Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edema en los pies.

1660.02 Inspeccionar los zapatos del paciente para ver si calza correctamente.

1660.04 Secar cuidadosamente los espacios interdigitales.

1660.06 Limpiar las uñas.

1660.09 Instruir al paciente / familia en la importancia del cuidado de los pies.

1660.13 Enseñar al paciente a que inspeccione el interior de los zapatos por si hay zonas ásperas.

1660.14 Comprobar el nivel de hidratación de los pies.

1660.19 Cortar las uñas de los pies de grosor normal cuando están blandas, con un cortaúñas y utilizando la curva del dedo como guía.

1660.20 Remitir al podólogo para el corte de las mas gruesas, si procede.

1660.98 Instuir al paciente / familia en la importancia de la higiene, secado e hidratación de los pies.

1660.99 Instuir al paciente / familia en la importancia de la limpieza y corte de las uñas de los pies en línea recta.

1680 CUIDADO DE LAS UÑAS

Definición: fomentar el aspecto de las uñas y prevenir la aparición de lesiones en la piel relacionadas con un cuidado inadecuado de las uñas.

Actividades:

1680.01 Controlar o ayudar en la limpieza de las uñas, de acuerdo con la capacidad de autocuidado del paciente.

1680.02 Controlar o ayudar a cortar las uñas, de acuerdo con la capacidad de autocuidado del paciente.

1680.03 Mojar las uñas en agua caliente, jabonosa y empujar las cutículas hacia atrás con la ayuda de una herramienta para cutículas.

1680.04 Humedecer la zona alrededor de las uñas para evitar sequedad.

1680.05 Observar si se produce algún cambio en las uñas.

1710 MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL

Definición: Mantenimiento y fomento de la higiene bucal y la salud dental en pacientes de riesgo de desarrollar lesiones bucales.

Actividades:

1710.02 Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario.

1710.07 Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario.

1710.08 Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis.

1710.12 Establecer chequeos dentales, si es necesario.

1710.13 Ayudar con los cuidados de la dentadura postiza, si procede.

1710.99 Aconsejar el abandono del tabaco para mejorar la salud.

1720 FOMENTAR LA SALUD BUCAL

Definición: Fomentar la higiene bucal y el cuidado dental en un paciente con salud bucal y dental normal.

Actividades:

1720.01 Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como rutina.

1720.02 Inspeccionar la mucosa bucal regularmente.

1720.03 Aconsejar no fumar ni mascar tabaco.

1720.04 fomentar las revisiones dentales regulares.

1720.05 Enseñar y estimular el uso del hilo dental.

1720.08 Extraer, limpiar y volver a colocar la dentadura postiza, si es necesario.

1720.09 Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosidad bucal, si es necesario.

1720.97 Evitar las golosinas con azúcar.

1720.98 Evitar la administración con biberón de zumos o bebidas azucaradas.

1720.99 Enseñar el cepillado, uso del hilo dental y el enjuague de la boca, de acuerdo con la capacidad de autocuidados del paciente.

1730 RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD BUCAL

Definición: Fomento de la curación de un paciente que tiene una lesión dental o de la mucosa bucal.

Actividades:

1730.01 Extraer las dentaduras postizas en caso de estomatitis grave.

1730.02 Utilizar un cepillo de dientes suave para la extracción de restos alimenticios.

1730.03 Utilizar bastoncillos de limpieza dental o tapones de espuma desechables para estimular las encías y limpiar la cavidad bucal.

1730.05 Fomentar enjuagues frecuentes de la boca con cualquiera de las siguientes sustancias: solución de bicarbonato de sodio, solución salina normal o solución de peróxido de hidrógeno.

1730.06 Desalentar del consumo de tabaco y alcohol.

1730.11 Aconsejar al paciente que informe inmediatamente al médico sobre cualquier signo de infección.

1730.13 Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario.

1730.17 Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis.

1730.18 Consultar con el médico si los signos y síntomas de glositis y estomatitis persisten o empeoran.

1730.19 Planificar comidas de poca cantidad, frecuentes; seleccionar alimentos suaves, y servir los alimentos a temperatura ambiente o fríos.

1730.20 Evitar el uso de limón-glicerina para limpiar la lesión.

1750 CUIDADOS PERINEALES

Definición: Mantenimiento de la integridad de la piel perineal y alivio de las molestias perineales.

Actividades:

1750.01 Ayudar con la higiene perineal.

1750.02 Recomendar mantener el perineo seco.

1750.06 Instruir al paciente acerca de la razón y utilización de los baños de asiento.

1750.99 Enseñar a colocar compresas / dispositivos para proporcionar apoyo escrotal y prevenir el edema.

1780 CUIDADO DE UNA PROTESIS

Definición: cuidado de un dispositivo extraíble usado por un paciente y prevención de complicaciones asociadas con su utilización.

Actividades:

1780.01 Supervisar el uso inicial y los cuidados del dispositivo.

1780.02 Inspeccionar el tejido circundante por si hubiera signos y síntomas de complicaciones.

1780.03 Determinar el potencial de alteraciones en la imagen corporal.

1780.04 Determinar las molestias de la vestimenta requerida.

1780.06 Enseñar al paciente y a la familia a cuidar y colocar el dispositivo.

1780.07 Guardar y proteger el dispositivo de una manera segura cuando no se use.

1800 AYUDA AL AUTOCUIDADO

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

Actividades:

1800.01 Comprobar la capacidad para ejercer autocuidados independientes.

1800.04 Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

1800.05 Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.

1800.09 Enseñar a los padres/ familia a fomentar la independencia para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.

1800.10 Establecer una rutina de actividades de autocuidados.

1800.11 Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.

1801 AYUDA EN LOS AUTOCUIDADOS: BAÑO/HIGIENE

Definición: Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

Actividades:

1801.01 Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a pie de cama/en el baño.

1801.03 Facilitar que el paciente se cepille los dientes, si es el caso.

1801.04 Facilitar que el paciente se bañe el mismo, si procede.

1801.05 Comprobar la limpieza de uñas, según la capacidad de autocuidados del paciente.

1801.06 Facilitar el mantenimiento de las rutinas del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos familiares (para los niños su manta/juguete favorito, ser mercedos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro o disponer de una almohada de su casa), si procede.

1801.07 Fomentar la participación de los padres/familia en los rituales habituales a la hora de irse a la cama, si es el caso.

1801.08 Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

1804 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ASEO

Definición: Ayuda a otra personas en las eliminaciones.

Actividades (efectuarlas o enseñar a la familia):

1804.01 Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.

1804.02 Ayudar al paciente en el aseo /cuña/cuña de fractura/ orinal a intervalos especificados.

1804.03 Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad.

1804.04 Disponer intimidad durante la eliminación.

1804.05 Facilitar le higiene de aseo después de terminar con la eliminación.

1804.06 Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación.

1804.08 Instaurar un programa de aseo, si procede.

1805.09 Enseñar al paciente /otras personas significativas la rutina del aseo.

1804.10 Instaurar idas al baño, si procede y es necesario.

1850 FOMENTAR EL SUEÑO

Definición: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

Actividades:

1850.01 Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.

1850.04 Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema del sueño.

1850.08 Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.

1850.09 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.

1850.11 Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.

1850.12 Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.

1850.14 Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede.

1850.16 Disponer/llevar a cabo medidas agradables: masaje inductor del sueño, colocación y contacto afectuoso.

1850.24 Comentar con el paciente y la familia medidas de comodidad, técnicas para favorecer el sueño y cambios en el estilo de vida que contribuyan a un sueño óptimo.

1860 TERAPIA DE DEGLUCIÓN

Definición: Facilitar la deglución y prevenir complicaciones de una deglución defectuosa.

Actividades:

1860.02 Determinar la capacidad del paciente para centrar su atención en el aprendizaje/realización de las tareas de ingesta y deglución.

1860.06 Explicar el fundamento del régimen de deglución al paciente/familia.

1860.10 Ayudar al paciente a sentarse en una posición erecta (lo más posible de los 90°) para la alimentación/ejercicio.

1860.11 Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia delante, en preparación para la deglución (barbilla metida).

1860.13 Proporcionar un chupachús al paciente para que succione y así fomentar la fortaleza de la lengua, si no existe contraindicación.

1860.15 Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer.

1860.99 Utilizar espesantes en los líquidos.

1860.18 Ayudar al paciente a colocar la comida en la parte posterior de la boca y en el lado no afectado.

1860.27 Enseñar a la familia/cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.

1860.29 Enseñar a la familia/cuidador las medidas de emergencia para los ahogos.

1860.30 Enseñar a la familia/cuidador a comprobar si han quedado restos de comidas después de comer.

1860.38 Vigilar la hidratación corporal (ingesta, salida, turgencia de la piel y membranas mucosas).

1860.39 Proporcionar cuidados bucales, si es necesario.

1874 CUIDADOS DE LA SONDA NASOGÁSTRICA

Definición: Actuación ante un paciente con una sonda gastrointestinal.

Actividades:

1874.01 Observar la correcta colocación del tubo, siguiendo el protocolo del centro.

1874.04 Fijar el tubo a la parte corporal correspondiente teniendo en cuenta la comodidad e integridad de la piel del paciente.

1874.07 Auscultar periódicamente los sonidos intestinales.

1874.08 Observar si se produce diarrea.

1874.10 Observar periódicamente la cantidad, color y consistencia del contenido nasogástrico.

1874.12 Proporcionar cuidados de nariz y boca de tres a cuatro veces al día o cuando sea necesario.

- 1874.15** Enseñar al paciente y a la familia los cuidados del tubo, si procede.
- 1874.16** Proporcionar cuidados de la piel alrededor de la zona de inserción del tubo.

1876 CUIDADOS DE LA SONDA VESICAL

Definición: Actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario.

Actividades:

- 1876.01** Mantener un sistema de drenaje urinario:
- 1876.02** Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.
- 1876.04** Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- 1876.05** Cambiar el catéter urinario. a intervalos regulares.
- 1876.08** Anotar las características del líquido drenado.
- 1876.11** Vaciar el dispositivo de drenaje urinario en los intervalos especificados.
- 1876.14** Mantener un cuidados de piel meticuloso en pacientes con bolsa de pierna.

2080 MANEJO DE LIQUIDOS / ELECTROLITOS

Definición: regular y prevenir las complicaciones derivadas de niveles de líquidos y/o electrolitos alterados.

Actividades:

- 2080.05** Administrar líquidos, si esta indicado.
- 2080.06** Favorecer la ingesta oral (proporcionar líquidos según preferencias del paciente, colocarlos a su alcance, proporcionar paja para beber y agua fresca), si resulta oportuno.
- 2080.07** Reponer líquidos por vía nasogástrica, si esta prescrito, en función de la eliminación, si procede.
- 2080.08** Administrar fibra según prescripción, al paciente alimentado por sonda para reducir la pérdida de líquidos y electrolitos causada por la diarrea.

2080.11 Proporcionar agua libremente con la alimentación por sonda, si resulta oportuno.

2080.16 Llevar un registro preciso de ingesta y eliminación.

2080.17 Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos.

2080.19 Vigilar los signos vitales, si procede.

2080.26 Valorar las mucosas bucales del paciente, la esclerótica y la piel por si hubiera indicios de alteración de líquidos y del equilibrio de electrolitos / sequedad, cianosis e ictericia.

2080.33 Observar si existe pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos, diarrea, transpiración y paquiplea).

2120 MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA

Definición: Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.

Actividades:

2120.01 Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado.

2120.02 Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas.

2120.03 Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina, según indicación.

2120.06 Administrar insulina, según prescripción.

2120.07 Potenciar la ingesta oral de líquidos.

2120.12 Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia.

2120.15 Identificar las causas posibles de la hiperglucemia.

2120.18 Instruir al paciente y seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.

2120.19 Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre.

2120.20 Instruir sobre la prueba de cuerpos cetónicos en orina, si resulta oportuno.

2120.23 Instruir al paciente y seres queridos acerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad, incluyendo el uso de insulina y/o antidiabéticos orales, control de la ingesta de líquidos, reemplazo de los carbohidratos y cuándo debe solicitarse asistencia sanitaria profesional.

2120.25 Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios.

2130 MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA

Definición: Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre inferiores a lo normal.

Actividades:

2130.02 Determinar signos y síntomas de la hipoglucemia.

2130.03 Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado.

2130.04 Monitorizar si hay signos y síntomas de hipoglucemia (palidez, diaforesis, taquicardia, palpitaciones, hambre, parestesia, temblores, incapacidad de concentración, confusión, habla con mala articulación, conducta irracional o incontrolable, visión borrosa, somnolencia, incapacidad para despertarse del sueño o ataques convulsivos) (debilidad, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, impaciencia, escalofríos, frío, mareos, náuseas, cefaleas, cansancio, calor, pesadillas, gritos durante el sueño, mala coordinación, cambios de conducta, coma).

2130.05 Administrar carbohidratos simples, si está indicado.

2130.07 Administrar glucagón, si procede.

2130.08 Mantener una vía IV, si procede.

2130.09 Contactar con servicios médicos de urgencia, si es necesario.

2130.10 Administrar glucosa intravenosa, si está indicado.

2130.11 Mantener vías aéreas abiertas, si es el caso.

2130.13 Examinar sucesos anteriores a la hipoglucemia para determinar la posible causa.

2130.14 Proporcionar información sobre la conveniencia del autocontrol de la hipoglucemia.

2130.15 Enseñar al paciente y familia los signos y los síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia.

2130.16 Aconsejar al paciente que disponga de carbohidratos simples en todo momento.

2130.17 Indicar al paciente que debe obtener y llevar identificación médica de emergencia adecuada.

2130.18 Instruir a los seres queridos en la utilización y administración de glucagón, si resulta oportuno.

2130.19 Instruir de las interacciones de la dieta, insulina /agentes orales y ejercicio.

2130.20 Proporcionar ayuda al paciente en la toma de decisiones para evitar la hipoglucemia.

2130.21 Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre.

2130.25 Informar al paciente del aumento del riesgo y/ o normalización de los niveles de glucosa en sangre tras el ejercicio intensivo.

2300 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

Definición :Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

Actividades:

2300.04 Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.

2300.06 Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos.

2300.07 Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos, si procede.

2300.08 Asegurarse de que los hipnóticos, narcóticos y antibióticos son suspendidos u ordenados nuevamente a la fecha de renovación.

2300.14 Ayudar al paciente a tomar la medicación.

2300.15 Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas.

2300.16 Utilizar las órdenes, normas y procedimientos como guía del método adecuado de administración de medicamentos.

2300.17 Instruir al paciente y a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación.

2300.19 Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.

2300.20 Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.

2308 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: OTICA

Definición: Preparación e instilación de medicamentos óticos.

Actividades:

2308.03 Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación y la comprensión del paciente acerca del método de administración.

2308.04 Colocar al paciente en decúbito lateral.

2308.05 Poner recto el canal auditivo tirando del pabellón auricular hacia abajo y hacia atrás (niños) o hacia arriba y hacia atrás (adultos).

2308.06 Instilar la medicación sujetando el cuentagotas 1 cm por encima del canal auditivo.

2308.07 Enseñar al paciente que debe permanecer en la misma posición durante 2 o 3 minutos.

2308.09 Enseñar y controlar la técnica de auto-administración según sea conveniente.

2311 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INHALACIÓN

Definición: Preparación y administración de medicamentos por inhalación

Actividades:

2311.03 Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del paciente del método de administración.

2311.04 Determinar la habilidad del paciente para manipular y administrar la medicación.

2311.05 Ayudar al paciente a utilizar el inhalador según esté prescrito.

2311.06 Enseñar al paciente a utilizar la cámara de aire (espaciador) con el inhalador según sea conveniente.

2311.07 Sacar la tapa del inhalador sujetándolo hacia arriba.

2311.08 Agitar el inhalador.

2311.10 Ayudar al paciente a colocarse el inhalador en la boca o la nariz.

2311.11 Enseñar al paciente a apretar el inhalador para liberar la medicación mientras inhala lentamente.

- 2311.12** Hacer que el paciente aguante la respiración durante 10 segundos, según sea conveniente.
- 2311.13** Enseñar al paciente a repetir los lanzamientos según tenga prescrito, esperando 1 minuto entre uno y otro.
- 2311.14** Si se han prescrito dos inhaladores de dosis medidas, enseñar al cliente a esperar entre inhalaciones por protocolo de la institución.
- 2311.15** Enseñar al paciente a sacar el cartucho de la medicación y a limpiar el inhalador con agua caliente.
- 2311.18** Enseñar y controlar la técnica de autoadministración, según sea conveniente.
- 4490.02** Aconsejar al fumador de forma clara y consistente dejar de fumar.
- 2311.99** Enseñar al paciente a utilizar el polvo seco.
- 2311.98** Fomentar el autocontrol de la medicación mediante el uso del peak-flow.
- 2311.97** Enseñar al paciente la técnica y registro en las gráficas del FEM obtenido con el peak-flow.

2312 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRADÉRMICA (ID)

Definición: Preparación y administración de medicamentos por vía intradérmica.

Actividades:

- 2312.01** Seguir los cinco principios de administración de medicación.
- 2312.04** Elegir la aguja y la jeringa correctas según el tipo de inyección.
- 2312.07** Elegir el lugar de inyección adecuado y examinar si en la piel hay contusiones, inflamaciones o edemas, lesiones o decoloración.
- 2312.08** Utilizar técnicas asépticas.
- 2312.09** Introducir la aguja en un ángulo de entre 5 y 15 grados.
- 2312.10** Inyectar la medicación mientras se observa si hay pequeñas ampollas en la superficie de la piel.
- 2312.12** Marcar el lugar de inyección y examinarlo pasado un intervalo de tiempo adecuado después de la inyección (p. ej., 48-72 horas).

2313 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAMUSCULAR (IM)

Definición: Preparación y administración de medicamentos por vía intramuscular.

Actividades:

2313.01 Seguir los cinco principios de administración de medicación.

2313.05 Elegir la aguja y la jeringa correctas según la información del paciente y de la medicación.

2313.06 Comprobar posibles incompatibilidades entre fármacos.

2313.09 Elegir el lugar de inyección adecuado y palpar si en la piel hay edemas o masas o si está blanda; evitar zonas con cicatrices, contusiones, abrasiones o infecciones.

2313.11 Administrar la inyección utilizando técnicas asépticas y el protocolo adecuado.

2313.12 Introducir la aguja rápidamente en un ángulo de 90 grados.

2313.13 Aspirar antes de inyectar.

2316 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: TÓPICA

Definición: preparación y aplicación de medicamentos en la piel.

Actividades:

2316.02 Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.

2316.03 Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del paciente del método de administración.

2316.04 Determinar el estado de la piel del paciente en la zona donde se aplicará la medicación.

2316.05 Retirar los restos de medicación y limpiar la piel.

2316.07 Aplicar el fármaco tópico según este prescrito.

2316.08 Aplicar parches transdérmicos y medicaciones tópicas en zonas de la piel sin vello, según sea conveniente.

2316.09 Extender la medicación uniformemente sobre la piel.

2316.11 Controlar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación.

2316.12 Enseñar y controlar la técnica de autoadministración, según sea conveniente.

2317 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: SUBCUTÁNEA (SC)

Definición: Preparación y administración de medicaciones por vía subcutánea.

Actividades:

2317.01 Seguir los cinco principios de administración de medicación.

2317.06 Elegir la aguja y la jeringa correctas según la información del paciente y de la medicación.

2317.09 Alternar sistemáticamente los lugares de inyección de insulina dentro de una zona anatómica.

2317.10 Valorar si en el lugar de inyección hay edemas o masas o si está blanda; evitar zonas con cicatrices, contusiones, abrasiones o infecciones.

2317.11 Administrar la inyección utilizando técnicas asépticas.

2317.12 Introducir la aguja rápidamente en un ángulo de entre 45 y 90 grados en función del tamaño del paciente.

2317.14 Educar al paciente, a los miembros de la familiar y a otras personas relevantes en la técnica de la inyección.

2380 MANEJO DE LA MEDICACIÓN

Definición: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

Actividades:

2380.01 Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo.

2380.02 Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse, si procede.

2380.03 Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.

- 2380.04** Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- 2380.06** Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- 2380.09** Revisar periódicamente con el paciente y/ola familia los tipos y dosis de medicamentos tomados.
- 2380.12** Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.

2400 ASISTENCIA EN LA ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE (PCA)

Definición: Facilitar el control por parte del paciente de la administración y regulación de los analgésicos.

Actividades:

- 2400.04** Asegurarse de que el paciente no es alérgico al analgésico que ha de administrarse.
- 2400.05** Enseñar al paciente y a la familia a valorar la intensidad, calidad y duración del dolor.
- 2400.07** Establecer acceso nasogástrico, venoso, subcutáneo o vertebral, si procede.
- 2400.09** Colaborar con el paciente y a la familia para seleccionar el tipo de dispositivo de infusión controlado, adecuado para el paciente.
- 2400.10** Enseñar al paciente y a la familia la utilización del dispositivo PCA.
- 2400.12** Ayudar al paciente o a un miembro de la familia a administrar un bolo adecuado que lleve la dosis del analgésico.
- 2400.16** Consultar con el paciente, la familia y el médico para ajustar el intervalo de desactivación, la frecuencia basal y la dosis de demanda, de acuerdo con la capacidad de respuesta del paciente.
- 2400.18** Enseñar al paciente y a la familia la acción y los efectos secundarios de los analgésicos.
- 2400.20** Recomendar un régimen intestinal para evitar el estreñimiento.
- 2400.21** Consultar con los expertos de la unidad del dolor, si el paciente presenta dificultad para controlar el dolor.

2440 MANTENIMIENTO DE DISPOSITIVOS DE ACCESO VENOSO (DAV)

Definición: Manejo del paciente con acceso venoso prolongado mediante catéteres perforados o no perforados y los implantados.

Actividades:

2440.01 Determinar el tipo de catéter venoso a colocar.

2440.02 Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter venoso.

2440.03 Mantener las precauciones universales.

2440.04 Verificar las órdenes de las soluciones a perfundir, si procede.

2440.07 Cambiar los sistemas vendajes y tapones, de acuerdo con el protocolo del centro.

2440.10 Utilizar agentes fibrinolíticos para permeabilizar catéteres, si procede y de acuerdo con las normas del centro.

2440.13 Controlar periódicamente el estado de líquidos, si procede.

2440.14 Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica (rojez, tumefacción, sensibilidad, fiebre, malestar).

2440.15 Determinar si el paciente y/o familia entienden el propósito, cuidados y mantenimiento del DAV.

2440.16 Instruir al paciente y/o la familia en el mantenimiento del dispositivo.

2680 MANEJO DE LAS CONVULSIONES

Definición: cuidados del paciente durante un ataque convulsivo y durante el estado postictal.

Actividades:

2680.01 Guiar los movimientos para evitar lesiones.

2680.02 Vigilar la dirección de la cabeza y los ojos durante el ataque.

2680.03 Aflojar la ropa.

2680.04 Permanecer con el paciente durante el ataque.

2680.05 Mantener abierta una vía aérea.

2680.06 Canalizar una vía IV, según corresponda.

- 2680.07** Aplicar oxígeno, si procede.
- 2680.09** Vigilar los signos vitales.
- 2680.11** Registrar la duración del ataque.
- 2680.15** Administrar los anticonvulsivos prescritos.

2690 PRECAUCIONES CONTRA CONVULSIONES

Definición: Prevenir o minimizar lesiones potenciales sufridas por un paciente con un trastorno de ataques convulsivos conocido.

Actividades:

- 2690.04** Comprobar el cumplimiento con la toma de medicamentos antiepilépticos.
- 2690.07** Explicar al paciente la medicación y sus efectos secundarios.
- 2690.08** Instruir a la familia/ser querido acerca de los primeros auxilios en caso de ataque convulsivo.
- 2690.10** Ordenar al paciente que lleve una tarjeta de alerta de medicamentos.
- 2690.11** Retirar los objetos potencialmente peligrosos del ambiente.
- 2690.17** Instruir al paciente acerca de los factores desencadenantes.
- 2690.98** Tener al alcance una cánula para mantener una vía aérea libre.
- 2690.99** Tener al alcance canuletas de medicación apropiada (diazepam) por si se precisa.

3140 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS

Definición: asegurar la permeabilidad de la vía aérea.

Actividades:

- 3140.05** Realizar fisioterapia torácica, si está indicado.
- 3140.06** Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión.
- 3140.07** Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.

3140.08 Utilizar técnicas divertidas para estimular la respiración profunda en los niños (hacer burbujas, soplar un silbato, armónica, globos; hacer un concurso soplando pelotas de pimpón, plumas, etc.)

3140.09 Enseñar a toser de manera eficaz.

3140.14 Enseñar al paciente a utilizar los inhaladores prescritos, si es el caso.

3140.15 Administrar tratamiento con aerosoles, si está indicado.

3140.16 Administrar tratamientos con nebulizador ultrasónico, si procede.

3140.17 Administrar aire u oxígeno humidificados, si procede.

3140.18 Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio de líquidos.

3140.19 Colocar al paciente en posición tal que se alivie la disnea.

3140.20 Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, si procede.

3160 ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS

Definición: extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral y/o la traquea del paciente.

Actividades:

3160.01 Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.

3160.02 Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.

3160.03 Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración.

3160.04 Aspirar la nasofaríngea con una jeringa de ampolla o tirador o dispositivo de aspiración, si procede.

3160.06 Disponer precauciones universales; guantes, gafas y máscara, si es el caso.

3160.11 Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.

3160.13 Enseñar al paciente a respirar lenta y profundamente durante la inserción del catéter de aspiración por ruta nasotraqueal.

3160.25 Enseñar al paciente y/o a la familia a succionar la vía aérea, si resulta adecuado.

4490.02 Aconsejar al fumador de forma clara y consistente dejar de fumar.

3250 MEJORANDO LA TOS

Definición: fomento de la inhalación profunda en el paciente con la consiguiente generación de altas presiones intratorácicas y comprensión del parénquima pulmonar subyacente para la expulsión forzada de aire.

Actividades:

3250.01 Vigilar los resultados de pruebas de función pulmonar, especialmente la capacidad vital, fuerza inspiratoria máxima, volumen respiratorio forzado en un segundo (FEV¹) y FEV¹ / FVC, si procede.

3250.02 Ayudar al paciente a sentarse con la cabeza ligeramente flexionada, los hombros relajados y las rodillas flexionadas.

3250.03 Animar al paciente a que realice varias respiraciones profundas.

3250.04 Animar al paciente a que realice una respiración profunda, la mantenga durante dos segundos y tosa dos o tres veces de forma sucesiva.

3250.05 Ordenar al paciente a que inspire profundamente, se incline ligeramente hacia delante y realice tres o cuatro soplos (contra la glotis abierta).

3250.06 Enseñar al paciente a que inspire profundamente varias veces, expire lentamente y a que tosa al final de la exhalación.

3250.99 Fomentar la hidratación a través de la administración de líquidos, si procede.

4490.02 Aconsejar al fumador de forma clara y consistente dejar de fumar.

3320 OXIGENOTERAPIA

Definición: administración de oxígeno y control de su eficacia.

Actividades:

3320.01 Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, si procede.

3320.02 Restringir el fumar.

3320.06 Vigilar el flujo de litro de oxígeno.

3320.08 Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido.

3320.10 Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial), si procede.

3320.17 Observar la ansiedad del paciente relacionadas con la necesidad de la terapia de oxígeno.

3320.18 Observar si se producen roturas de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno.

3320.22 Instruir al paciente y a la familia en el uso de oxígeno en casa.

3320.23 Disponer el uso de dispositivos de oxígeno que faciliten la movilidad y enseñar al paciente en consecuencia.

4490.02 Aconsejar al fumador de forma clara y consistente dejar de fumar.

3350 MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA, ESPIROMETRIA Y PULSIOXIMETRIA

Definición: Reunión y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gas adecuado.

Actividades:

3350.01 Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.

3350.03 Observar si se producen respiraciones ruidosas, como cacareos o ronquidos.

3350.05 Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual.

3350.08 Observar si hay fatiga muscular diafragmática(movimiento paradójico).

3350.12 Vigilar los valores PFT, sobre todo la capacidad vital, fuerza respiratoria máxima, volumen respiratorio forzado en un segundo (FEV¹) y FEV¹/ FVC,según disponibilidad.

3350.16 Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente.

3350.18 Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.

3350.19 Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran y empeoran.

3350.21 Observar si se producen crepitantes, si es el caso.

4490.02 Aconsejar al fumador de forma clara y consistente dejar de fumar.

3350.96 Comprobar indicación y posibles contraindicaciones de la espirometría.

3350.97 Proporcionar recomendaciones previas a la espirometría, por escrito: No fumar 3 o 4 horas antes, suprimir el café 1 hora antes, suspender medicación si procede y evitar el ejercicio vigoroso al menos en los 30 minutos anteriores.

3350.98 Explicar la espirometría al paciente para conseguir la máxima colaboración y comprensión del mismo.

3350.99 Realizar pulsioximetría si procede.

3440 CUIDADO DEL SITIO DE INCISIÓN

Definición: Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante sutura, clips o grapas.

Actividades:

3440.02 Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.

3440.99 Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución de polividona iodada.

3440.98 Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución jabonosa.

3440.97 Limpiar la zona que rodea la incisión con clorhexidina.

3440.96 Limpiar la zona afectada con una solución salina a presión.

3440.11 Aplicar bandas o tiras de cierre estériles.

3440.95 Aplicar puntos de sutura o grapas.

3440.06 Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia.

3440.07 Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.

3440.13 Retirar las suturas, grapas o clips, si está indicado.

3440.14 Cambiar el vendaje o apósito a intervalos adecuados.

3440.15 Aplicar un vendaje o apósito adecuado para proteger la incisión.

3440.16 Facilitar la visión de la incisión por parte del paciente.

3440.17 Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.

3440.19 Enseñar al paciente y/o a la familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección.

3500 MANEJO DE PRESIONES

Definición: Minimizar la presión sobre las partes corporales.

Actividades:

3500.04 Colocar al paciente sobre un colchón/cama terapéutica.

3500.11 Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel.

3500.12 Comprobar la movilidad y actividad del paciente.

3500.13 Realizar test de Norton.

3500.14 Utilizar dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libres de presiones continuas.

3500.17 Vigilar el estado nutricional del paciente

3500.18 Observar si hay fuentes de cizallamiento.

3500.97 Enseñar al cuidador a detectar el enrojecimiento de las zonas de presión.

3500.98 Enseñar a masajear los puntos de presión si no hay eritema mantenido.

3500.99 Enseñar al cuidador principal a realizar los cambios posturales, al menos cada dos horas según plan.

3520 CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Definición: Facilitar la curación de úlceras por presión.

Actividades:

3520.01 Medir y describir las características de la úlcera a intervalos regulares.

3520.02 Determinar el nivel de formación de úlcera: estadio I a IV.

3520.03 Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación.

3520.04 Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.

3520.99 Proteger de la humedad la piel circundante de la lesión con apósitos hidrocoloides adhesivos protectores.

3520.06 Limpiar la úlcera con la solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro.

- 3520.11** Mojar con solución salina, según corresponda.
- 3520.08** Anotar las características del drenaje.
- 3660.98** Desbridación quirúrgica de la herida.
- 3660.97** Desbridación enzimática de la herida:
- 3660.90** Desbridación autolítica de la herida:
- 3660.96** Aplicar apósito no adhesivo absorbente:.
- 3660.95** Aplicar apósito de poliuretano absorbente no adhesivo:
- 3660.94** Aplicar apósito adhesivo hidrocoloide:
- 3660.93** Aplicar apósito de gasas hidrófilas y banda adhesiva de esparadrapo.
- 3660.92** Aplicar pomada o sustancia cicatrizante:
- 3660.91** Obtener una muestra de exudado para análisis y cultivo bacteriano.
- 3520.13** Aplicar vendajes, si está indicado.
- 3520.14** Evitar la presión prolongada en otros sitios.
- 3520.15** Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida.
- 3520.16** Aumentar la ingesta de proteínas para ayudar a reconstruir el tejido epidérmico, si no existe contraindicación.
- 3660.22** Enseñar al paciente o miembro de la familia a realizar la cura de la herida.

3540 PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Definición: Prevención de la formación de úlceras por presión en un paciente con alto riesgo de desarrollo.

Actividades:

- 3540.03** Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- 3540.04** Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, drenaje de heridas y las incontinencias fecal o urinaria.
- 3540.05** Aplicar barreras de protección como cremas o compresas absorbentes para eliminar el exceso de humedad, si procede.
- 3540.06** Girar continuamente cada 1-2 horas, si procede.
- 3540.11** Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- 3540.12** Mantener la ropa de a cama limpia y seca, sin arrugas.

- 3540.14** Utilizar camas y colchones antiescaras.
- 3540.20** Aplicar protectores en los talones, si procede.
- 3540.24** Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si procede.
- 3540.25** Enseñar a los miembros de la familia/ cuidador a vigilar si hay signos de ruptura de la piel, si procede.

3590 VIGILANCIA DE LA PIEL

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

Actividades:

- 3590.01** Inspeccionar el estado del sitio de incisión, si procede.
- 3590.02** Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.
- 3590.03** Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y membranas mucosas.
- 3590.04** Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel.
- 3590.05** Observar si hay fuentes de presión y fricción.
- 3590.08** Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- 3590.10** Vigilar el color de la piel.
- 3590.11** Comprobar la temperatura de la piel.
- 3590.14** Instruir al miembro de la familia/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, si procede.

3620 SUTURA

Definición: Aproximación de los bordes de una herida mediante material de sutura estéril y una aguja.

Actividades:

3620.01 Identificar las alergias a anestésicos, esparadrapo, povidona yodada y/ u otras soluciones tópicas.

3620.03 Remitir las heridas profundas, faciales, articulares o potencialmente infectadas a un médico.

3620.04 Inmovilizar al niño asustado o al adulto confundido, según proceda.

3620.05 Afeitar el vello de las inmediaciones de la herida.

3620.06 Limpiar la piel circundante con jabón y agua u otra solución antiséptica suave.

3620.10 Seleccionar un material de sutura del calibre adecuado.

3620.11 Determinar el método de sutura (continuo o interrumpido) más adecuado para la herida.

3620.13 Colocar la aguja siguiendo la línea o curva de la misma aguja.

3620.14 Ajustar la sutura lo suficiente como para que no se doble la piel.

3620.16 Fijar la línea de sutura con nudos ajustados.

3620.17 Limpiar la zona antes de aplicar un antiséptico o vendaje.

3620.18 Aplicar el vendaje, si procede.

3620.19 Enseñar al paciente a cuidar la línea de sutura, incluyendo los signos y síntomas de infección.

3620.20 Explicar al paciente cuándo deben quitarse las suturas.

3620.21 Extraer las suturas, según se indique.

3620.22 Programar la visita posterior, si procede.

3660 CUIDADOS DE LAS HERIDAS

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

Actividades:

3660.01 Despegar los apósitos y limpiar los restos de la herida.

3660.03 Anotar las características de cualquier drenaje producido.

3660.04 Limpiar con jabón antibacteriano:

3660.05 Limpiar la zona afectada con una solución salina a presión.

3660.11 Masajear la zona alrededor de la herida para estimular la circulación.

- 3660.98** Desbridación quirúrgica de la herida.
- 3660.97** Desbridación enzimática de la herida:
- 3660.90** Desbridación autolítica de la herida:
- 3660.96** Aplicar apósito no adhesivo absorbente.:
- 3660.95** Aplicar apósito de poliuretano absorbente no adhesivo:
- 3660.94** Aplicar apósito adhesivo hidrocoloide:
- 3660.93** Aplicar apósito de gasas hidrófilas y banda adhesiva de esparadrapo.
- 3660.92** Aplicar pomada o sustancia cicatrizante:
- 3660.91** Obtener una muestra de exudado para análisis y cultivo bacteriano.
- 3660.15** Vendar de forma adecuada.
- 3660.16** Aplicar un vendaje oclusivo, si procede.
- 3660.22** Enseñar al paciente o miembro de la familia a realizar la cura de la herida.
- 3660.89** Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la herida durante el baño o la ducha.

3662 CUIDADOS DE LAS HERIDAS: DRENAJE CERRADO

Definición: Mantenimiento de un sistema de drenaje de presión negativa en una herida.

Actividades:

- 3662.01** Vaciar el sistema de drenaje de heridas cerradas, de acuerdo con el procedimiento.
- 3662.02** Registrar el volumen y las características del drenaje a intervalos adecuados.
- 3662.03** Obtener muestras, si es necesario.
- 3662.05** Comprobar la permeabilidad de la unidad.
- 3662.06** Evitar acodar los tubos.
- 3662.07** Inspeccionar las suturas, manteniendo el dispositivo de recogida en su sitio.
- 3662.09** Fijar el aparato de drenaje cerrado a las ropas del paciente o de la cama, si procede.
- 3662.10** Eliminar los vendajes sucios, los suministros y el drenaje de manera adecuada.

3740 TRATAMIENTO DE LA FIEBRE

Definición: Actuación ante un paciente con hipertermia causada por factores no ambientales.

Actividades:

3740.01 Tomar la temperatura lo más frecuentemente que sea oportuno.

3740.04 Observar el color de la piel y la temperatura.

3740.06 Vigilar los niveles por si hubiera descenso de los niveles de consciencia.

3740.13 Administrar medicación antipirética, si procede.

3740.16 Administrar un baño tibio con una esponja, si procede.

3740.17 Fomentar el aumento de la toma de líquidos orales, si procede.

3740.19 Aplicar bolsas de hielo cubiertas con una toalla en las ingles y las axilas.

3780 TRATAMIENTO DE LA EXPOSICIÓN AL CALOR

Definición: Manejo del paciente con golpe de calor debido a una exposición ambiental excesiva de calor.

Actividades:

3780.02 Aflojar o quitar la ropa, si procede.

3780.03 Mojar la superficie corporal y ventilar al paciente.

3780.04 Administrar líquidos orales fríos si el paciente puede tragar.

3780.05 Administrar líquidos IV, si procede.

3780.07 Trasladar a un ambiente fresco, si procede.

3780.08 Determinar la causa de la situación como resultante de ejercicios o no ejercicios.

3780.13 Vigilar el nivel de consciencia.

3780.16 Observar si hay hipotensión, disritmias cardíacas y signos de distrés respiratorios.

3780.19 Enseñar las medidas preventivas para evitar agotamientos por calor y golpes de calor.

3780.20 Instruir acerca de las señales precoces de agotamiento por calor y las acciones correspondientes que hay que tomar.

3900 REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA

Definición: Consecución y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen normal.

Actividades:

3900.01 Comprobar la temperatura al menos cada dos horas, si procede.

3900.04 Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede.

3900.05 Observar el color y la temperatura de la piel.

3900.06 Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipotermia.

3900.07 Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.

3900.14 Enseñar al paciente, especialmente a los pacientes ancianos, acciones encaminadas a evitar la hipotermia por exposición al frío.

3900.15 Explicar los indicios de agotamiento por calor y el tratamiento de urgencia adecuado, si es el caso.

3900.16 Explicar los indicios de hipotermia y el tratamiento de urgencia adecuado, si procede.

3900.18 Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.

3900.20 Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.

4020 DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA

Definición: Limitación del volumen de pérdida de sangre durante un episodio de hemorragia.

Actividades:

4020.01 Identificar la causa de la pérdida de sangre.

4020.03 Determinar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.

4020.05 Determinar la tendencia de la presión sanguínea y parámetros hemodinámicos, si se dispusiera de ellos (presión venosa central y presión pulmonar capilar/arterial de cuña).

4020.09 Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas (avisar al cuidador), si se produjeran más hemorragias.

4020.10 Instruir al paciente y a la familia sobre la gravedad de la pérdida de sangre y sobre las acciones adecuadas que han de tomarse.

4020.15 Aplicar presión directa o vendaje de presión, si procede.

4028 DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA: HERIDAS

Definición: Limitación de la pérdida de sangre de heridas ocasionadas por traumas, incisiones o la colocación de una sonda o catéter.

Actividades:

4028.01 Aplicar presión manual sobre la zona hemorrágica o potencialmente hemorrágica.

4028.02 Aplicar hielo en la zona afectada.

4028.03 Aplicar vendajes de presión en el sitio de la hemorragia.

4028.05 Cambiar o reforzar el vendaje de presión, si procede.

4028.06 Colocar la extremidad afectada en una posición elevada.

4028.07 Vigilar el tamaño y carácter del hematoma, si lo hubiera.

4028.09 Controlar al paciente para que aplique presión al sitio cuando estornude, tosa, etc.

4028.10 Instruir al paciente sobre las restricciones de actividad, si correspondiera.

4028.11 Instruir al paciente y/o a la familia sobre los signos de hemorragia y las acciones adecuadas a tomar (avisar al cuidador), si se produjeran más hemorragias.

4030 ADMINISTRACIÓN DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS

Definición : Administración de sangre y hemoderivados y monitorizar la respuesta del paciente.

Actividades:

4030.02 Obtener o comprobar el consentimiento informado del paciente.

4030.03 Verificar que el producto sanguíneo ha sido preparado, clasificado y se ha realizado concordancia de cruce (si correspondiera) para el receptor.

4030.04 Enseñar al paciente los signos y síntomas de las reacciones a una transfusión.

4030.05 Conjuntar el sistema de administración con el filtro adecuado al producto sanguíneo y el estado inmune del receptor.

4030.08 Realizar venopuntura, con la técnica adecuada.

4030.11 Controlar signos vitales (durante y después de la transfusión).

4030.13 Vigilar y regular el ritmo de flujo durante la transfusión

4030.18 Registrar la duración de tiempo de la transfusión .

4030.19 Registrar el volumen transfundido.

4030.21 Coordinar la devolución del contenedor de sangre al laboratorio después de una reacción sanguínea.

4030.22 En caso de reacción sanguínea notificarlo inmediatamente al laboratorio.

4039 ELECTROCARDIOGRAMA

Definición: Proporcionar información y ayuda al individuo antes y durante la realización del electrocardiograma.

Actividades:

5618.08 Explicar el procedimiento / tratamiento.

4039.99 Comprobar indicación y posibles contraindicaciones.

4039.98 Proporcionar recomendaciones previas a la prueba, por escrito:

Ducharse el día anterior a la prueba, no traer puestas joyas y venir con ropa cómoda.

4039.97 Colocar al paciente en decúbito supino con el tórax desnudo, los tobillos y muñecas descubiertos y taparlo.

4039.96 Disponer de una camilla deberá ser amplia para que pueda acomodar los brazos a lo largo del cuerpo.

4039.95 Acondicionar la habitación a una temperatura adecuada .

4039.93 Afeitar las zonas de colocación de los electrodos en el tórax, si procede.

4039.94 Preparar la piel con un gel conductor, agua jabonosa o suero fisiológico. y si el paciente tiene mucho vello en el tórax debe afeitarse.

4039.92 Colocar los cuatro electrodos en los brazos y piernas y los electrodos precordiales en el tórax.

4039.91 Recomendar al paciente que permanezca lo más quieto posible mientras se realiza el electrocardiograma .

4039.90 Anotar en el ECG el nombre del paciente, la fecha y número de historia clínica

4046 CUIDADOS CARDÍACOS: REHABILITACIÓN

Definición: Fomento de un máximo nivel de actividad funcional en un paciente que ha sufrido un episodio de deterioro de la función cardíaca derivada de un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno miocárdico.

Actividades:

4046.02 Mantener el programa de deambulación, según se tolere.

4046.04 Instruir al paciente y a la familia sobre los fármacos adecuados, tanto prescritos como de libre adquisición.

4046.05 Instruir al paciente y a la familia sobre la modificación de los factores de riesgo cardíacos (dejar de fumar, dieta y ejercicio), si procediera.

4046.06 Instruir al paciente sobre el cuidado propio del dolor torácico (tomar nitroglicerina sublingual cada 5 minutos tres veces; si el dolor no remite recurrir a cuidados médicos de urgencia).

4046.07 Instruir al paciente y a la familia sobre el régimen de ejercicios, incluyendo el precalentamiento, la resistencia y la relajación, si procede.

4046.08 Instruir al paciente y a la familia sobre las limitaciones para levantar/ empujar peso, si procede.

4046.09 Instruir al paciente y a la familia sobre todas las consideraciones especiales correspondientes a las actividades de la vida diaria (aislar las actividades y permitir períodos de reposo), si procede.

4046.10 Instruir al paciente y a la familia sobre el cuidado de las heridas y las debidas precauciones (sitio de incisión del esternón o cateterización), si procede.

4046.13 Instruir al paciente y a la familia acerca del acceso a los servicios de urgencia disponibles en la comunidad pertinente, cuando proceda.

4062 CUIDADOS CIRCULATORIOS: INSUFICIENCIA ARTERIAL

Definición: fomento de la circulación arterial.

Actividades:

4062.01 Realizar una valoración global de la circulación periférica (p. Ejem. Comprobar los pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura).

4062.02 Evaluar los edemas y los pulsos periféricos.

4062.03 Examinar si en la piel hay ulcera arteriales o solución de continuidad del tejido.

4062.07 Cambiar al paciente de posición como mínimo cada 2h., según sea conveniente.

4062.08 Animar al paciente a realizar ejercicio conforme a su tolerancia.

4062.09 Proteger la extremidad de lesiones (p. Ejem. Suapel debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas, estribo/soporte en los pies de la cama; zapatos a medida).

4062.11 Enseñar al paciente los factores que afectan a la circulación (p. Ejem. Fumar, utilizar ropas ceñidas, exposición a temperaturas frías y cruzar las piernas y los pies.

4062.12 Enseñar al paciente a cuidarse los pies adecuadamente.

4062.13 Evitar la aplicación directa de calor en la extremidad.

4062.14 Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.

4062.15 Controlar el estado de los líquidos, incluyendo la ingesta y la eliminación.

4062.16 Curar las heridas, según sea conveniente.

4066 CUIDADOS CIRCULATORIOS: INSUFICIENCIA VENOSA

Definición: fomento de la circulación venosa.

Actividades:

4066.01 Realizar una valoración global de la circulación periférica (p. Ejem. comprobar los pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura).

4066.08 Elevar la pierna afectada 20° o más por encima del nivel del corazón, según sea conveniente.

4066.09 Cambiar al paciente de posición como mínimo cada 2h., según necesidad.

4066.10 Animar al paciente a realizar ejercicios de series de movimientos pasivos o activos mientras este en cama, en especial de las extremidades inferiores.

4066.12 Proteger la extremidad de lesiones (p. Ejem. Suapel debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas, estribo/soporte en los pies de la cama; zapatos a medida.

4066.13 Enseñar al paciente a cuidarse los pies adecuadamente.

4066.14 Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.

4066.16 Curar las heridas, según sea conveniente.

4070 PRECAUCIONES CIRCULATORIAS

Definición: protección de una zona localizada con limitación de la perfusión.

Actividades:

4070.01 Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad).

4070.03 Abstenerse de sacar sangre en la extremidad afectada.

4070.04 Abstenerse de aplicar presión o realizar torniquetes en la extremidad afectada.

4070.05 Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.

4070.06 Evitar lesiones en la zona afectada.

4070.08 Instruir al paciente para que compruebe el agua de baño antes de introducirse en la misma para evitar quemarse la piel.

4070.09 Instruir al paciente acerca del cuidado de uñas y pies.

4070.10 Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada.

4070.11 Observar las extremidades para ver si hay color, rojeces, dolor o edema.

4120 MANEJO DE LÍQUIDOS

Definición: Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o deseados.

Actividades:

4120.01 Pesar a diario y controlar la evolución.

4120.03 Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.

4120.04 Realizar sondaje vesical, si es preciso.

4120.05 Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso.

4120.10 Evaluar la ubicación y extensión del edema, si lo hubiera.

4120.11 Controlar ingesta de alimentos/líquidos y calcular la ingesta calórica diaria, si procede.

4120.17 Favorecer la ingesta oral (proporcionar una pajita para beber, ofrecer líquidos entre las comidas, cambiar el agua con hielo de forma rutinaria, preparar polos con el zumo preferido del paciente, ofrecer gelatinas y utilizar recipientes pequeños de medicamentos), si procede.

4120.20 Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, si procede.

4120.21 Animar al ser querido a que ayude al paciente con las comidas, si procede.

4130 MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS

Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos.

Actividades:

4130.01 Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación.

4130.02 Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (p. ej., hipotermia, terapia diurética, patologías renales, insuficiencia cardíaca, diaforesis, disfunción hepática, ejercicio intenso, exposición al calor, infección, estado postoperatorio, poliuria, diarrea)

4130.03 Vigilar el peso.

4130.08 Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardíaca y estado de la respiración.

4130.12 Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed.

4130.16 Observar si hay signos y síntomas de ascitis.

4130.18 Administrar líquidos, si procede.

4145 HIDRATACIÓN SUBCUTÁNEA

Definición: Hidratar al paciente mediante la administración de líquidos por vía subcutánea

Actividades:

4145.99 Explicar al paciente y familia la técnica que vamos a realizar.

4145.98 Preparar la perfusión pautaada por el médico, adaptando el sistema y purgando toda la línea.

4145.97 Aplicar las medidas universales de asepsia.

4145.96 Desinfectar con antiséptico la piel de la zona de incisión, habitualmente en abdomen.

4145.95 Insertar palomita del 23G/25G en tejido celular subcutáneo y fijar con apósito transparente para mejor vigilancia del punto de incisión.

4145.94 Colgar el sistema de goteo a la altura suficiente como para que el líquido pueda entrar por gravedad.

4145.93 Adaptar el sistema, ya purgado, a la conexión de la palomita y regular el ritmo de goteo para que pasen unos 1000 ml en 10-12 horas.

4145.92 Instruir a la familia en la vigilancia de la perfusión, como regularla y desconectar, y cuando deben avisar: en caso de signos de infección/inflamación o edema localizado mantenido.

4145.91 Respetar el descanso nocturno, desconectando el sistema y colocando el tapón de la palomita que habremos guardado en sitio limpio.

4145.90 Cambiar la palomita cada 3-4 días o en caso de signos de inflamación o edema.

4145.89 Cambiar siempre la zona de punción, observando que no haya signos de inflamación o irritación.

4190 PUNCIÓN INTRAVENOSA (IV)

Definición: Inserción de una aguja en una vena periférica al efecto de administrar líquidos, sangre o fármacos.

Actividades:

4190.01 Verificar la orden de la terapia IV.

4190.02 Instruir al paciente acerca del procedimiento.

4190.03 Realizar una técnica aséptica estricta.

4190.04 Identificar si el paciente es alérgico a algún medicamento, el yodo o el esparadrapo.

- 4190.05** Identificar si el paciente tiene problemas de coagulación o está tomando algún fármaco que pudiera afectar a la coagulación.
- 4190.09** Seleccionar una vena apropiada para la venopunción.
- 4190.11** Elegir el tipo adecuado de aguja en función del propósito y la duración de uso.
- 4190.13** Aplicar el torniquete 10 o 12 cm por encima del sitio de punción, si procede.
- 4190.17** Limpiar la zona con una solución adecuada, según el protocolo del centro.
- 4190.19** Insertar la aguja de acuerdo con las construcciones del fabricante.
- 4190.20** Determinar la correcta colocación mediante la observación de la sangre en la cámara o en el sistema .
- 4190.21** Retirar el torniquete lo antes posible.
- 4190.22** Fijar la aguja con esparadrapo en el sitio firmemente.
- 4190.23** Conectar la aguja al sistema IV, si procede.
- 4190.24** Aplicar un apósito transparente pequeño en el sitio de inserción IV.
- 4190.25** Etiquetar el apósito del sitio IV.

4200 TERAPIA INTRAVENOSA (IV)

Definición: Administración y control de líquidos y fármacos por vía intravenosa.

Actividades:

- 4200.01** Verificar la orden de la terapia intravenosa.
- 4200.02** Instruir al paciente acerca del procedimiento.
- 4200.03** Realizar una técnica aséptica estricta.
- 4200.04** Examinar el tipo, cantidad,, fecha de caducidad y carácter de la solución y que no haya daños en el envase.
- 4200.07** Administrar los líquidos IV a temperatura ambiente.
- 4200.09** Administrar medicamentos IV, según prescripción, y observar los resultados.
- 4200.11** Observar si hay sobrecarga de líquidos y reacciones físicas.
- 4200.12** Observar la permeabilidad de la vía antes de la administración de la medicación IV.

4200.16 Realizar los cuidados del sitio IV de acuerdo con el protocolo del centro.

4200.17 Vigilar los signos vitales.

4200.20 Registrar los ingresos y egresos.

4200.21 Observar si se presentan signos y síntomas asociados a la flebitis por la infusión e infecciones locales.

4340 ENTRENAMIENTO DE LA ASERTIVIDAD

Definición: Ayuda en la expresión efectiva de sentimientos, necesidades e ideas a la vez que se respetan los derechos de los demás.

Actividades:

4340.01 Identificar las barreras a la afirmación (p. ej., estado de desarrollo, alguna condición médica o psiquiátrica crónica y socialización de la mujer).

4340.02 Ayudar al paciente a que reconozca y reduzca las distorsiones cognitivas que bloquean la afirmación.

4340.03 Diferenciar entre conductas afirmativas, agresivas y agresivas pasivas.

4340.06 Promover la expresión de pensamientos y sentimientos, tanto positivos como negativos.

4340.07 Ayudar a identificar los pensamientos autoderrotaistas.

4340.08 Ayudar al paciente a distinguir entre pensamiento y realidad.

4340.10 Instruir al paciente sobre estrategias para la práctica de una conducta afirmativa (p. ej., realizando solicitudes, respondiendo que no a solicitudes no razonables e iniciando y finalizando una conversación).

4340.13 Valorar los esfuerzos en la expresión de sentimientos e ideas.

4340.14 Monitorizar el nivel de ansiedad e incomodidad relacionados con el cambio.

4356 MANEJO DE LA CONDUCTA: SEXUAL

Definición: Limitación y prevención de conductas sexuales socialmente inaceptables.

Actividades:

- 4356.01** Identificar las conductas sexuales inaceptables, en función del ambiente particular y población de los pacientes.
- 4356.03** Discutir con el paciente las consecuencias de la conducta sexual socialmente inaceptable y de las manifestaciones verbales de la misma.
- 4356.04** Comentar el impacto negativo que puede tener sobre los demás la conducta sexual socialmente inaceptable.
- 4356.08** Comunicar el riesgo a los demás cuidadores.
- 4356.14** Enseñar/reforzar habilidades sociales apropiadas.
- 4356.15** Proporcionar educación sexual, correspondiente al nivel de desarrollo.
- 4356.19** Proporcionar asesoramiento, si en necesario, al paciente que haya sufrido abusos sexuales.
- 4356.20** Ayudar a la familia en la comprensión y manejo de las conductas sexuales inaceptables.

4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

Definición : Promoción de un cambio de conducta.

Actividades:

- 4360.02** Ayudar al paciente a identificar su fortaleza.
- 4360.03** Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables. independientemente.
- 4360.10** Animar al paciente a que examine su propia conducta.
- 4360.99** Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos.
- 4360.11** Ayudar al paciente a identificar los más pequeños éxitos producidos.
- 4360.13** Identificar la conducta que ha de cambiar(conducta objetivo) en términos específicos concretos.
- 4360.14** Desglosar la conducta que ha de cambiarse en unidades de conducta más pequeñas, mensurables (dejar de fumar ; número de cigarrillos fumados).
- 4360.15** Utilizar períodos de tiempo específicos al medir las unidades de conducta (número de cigarrillos fumados al día)

4360.18 Establecer objetivos de conducta de forma escrita.

4360.21 Desarrollar un método (un gráfico o diagrama) para registrar la conducta y sus cambios.

4380 ESTABLECER LÍMITES

Definición: Establecer los parámetros de una conducta deseable y aceptable del paciente.

Actividades:

4380.01 Discutir las preocupaciones con el paciente acerca de su conducta.

4380.02 Identificar (con la participación del paciente, cuando corresponda) la conducta indeseable del paciente.

4380.03 Discutir con el paciente, cuando proceda, cuál es la conducta deseable en cada situación.

4380.04 Establecer expectativas razonables de la conducta del paciente, en función de la situación y del paciente.

4380.05 Establecer las consecuencias (con la participación del paciente, cuando corresponda) de aparición/ausencia de conductas deseadas.

4380.09 Ayudar al paciente, cuando sea necesario y adecuado, a mostrar conductas deseadas.

4380.10 Observar si se producen o no las conductas deseadas del paciente.

4380.12 Poner en marcha las consecuencias establecidas para la aparición/ausencia de las conductas deseadas.

4400 TERAPIA MUSICAL

Definición: Utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimiento o fisiológico.

Actividades:

4400.01 Definir el cambio de conducta específico y /o fisiológico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor)

- 4400.02 Determinar el interés por la música.
- 4400.03 Identificar las preferencias musicales del paciente.
- 4400.11 Evitar música después de una lesión aguda en la cabeza.
- 4400.99 Recomendar la utilización de música a intervalos regulares

4410 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS COMUNES

Definición: Colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados, desarrollar luego un plan para alcanzar estos objetivos.

Actividades:

- 4410.03 Colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados, desarrollar luego un plan para alcanzar estos objetivos.
- 4410.06 Animar al paciente a identificar sus propias virtudes y habilidades.
- 4410.11 Ayudar al paciente a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables.
- 4410.23 Valorar el nivel de funcionamiento actual del paciente con respecto a cada objetivo.
- 4410.27 Ayudar al paciente a centrarse en los resultados esperados más que en los deseados.
- 4410.33 Coordinar con el paciente fechas de revisión periódicas para valorar el progreso hacia los objetivos.

4420 ACUERDO CON EL PACIENTE

Definición : Negocio (negociación) de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico.

Actividades:

- 4420.01 Animar al paciente a que determine sus virtudes y habilidades.
- 4420.02 Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar.

- 4420.05** Ayudar al paciente a identificar las metas, evitar centrarse en el diagnóstico o proceso de enfermedad únicamente.
- 4420.07** Ayudar al paciente a establecer los objetivos a corto y largo plazo.
- 4420.11** Ayudar al paciente a dividir las metas complejas en pasos pequeños, manejables.
- 4420.12** Clarificar con el paciente los papeles del cuidador y del paciente, respectivamente.
- 4420.15** Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos.
- 4420.17** Ayudar al paciente a identificar los métodos para superar las circunstancias ambientales que pueden interferir en la consecución de los objetivos.
- 4420.20** Facilitar la implicación de los seres queridos en el proceso del acuerdo, si así lo desea el paciente
- 4420.24** Identificar, junto con el paciente, una fecha objetivo para la conclusión del acuerdo.

4480 FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD

Definición: Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta

Actividades:

- 4480.01** Considerar responsable al paciente de sus propias conductas.
- 4480.02** Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual.
- 4480.03** Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud.
- 4480.04** Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.
- 4480.11** Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.
- 4480.12** Ayudar a los padres a identificar las tareas propias de la edad de las que debe responsabilizarse el niño, si procede.

4480.14 Animar a los padres a realizar un seguimiento de la conducta responsable del niño, si procede.

4480.15 Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría fácilmente asumir más responsabilidad.

4480.16 Facilitar el apoyo de la familia del nuevo nivel de responsabilidad buscado o conseguido por el paciente.

4480.17 Ayudar en la creación de un horario que guíe el aumento de responsabilidad en el futuro.

4490 AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR

Definición: Ayudar a un paciente para que deje de fumar

Actividades:

4490.01 Registrar el estado actual y el historial de la actividad de fumar.

4490.02 Aconsejar al fumador de forma clara y consistente dejar de fumar

4490.03 Ayudar al paciente a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras.

4490.04 Ayudar a elegir el mejor método para dejar de fumar, cuando el paciente esté decidido a dejarlo.

4490.05 Ayudar a los fumadores motivados a fijar una fecha para dejar de fumar.

4490.06 Remitir a programas de grupo o a terapeutas individuales, según resulte oportuno.

4490.11 Informar al paciente que la boca seca, la tos, la garganta irritada y la sensación de desastre pueden ser síntomas que pueden producirse después de dejar de fumar.

4490.16 Realizar el seguimiento del paciente durante dos años después de dejar de fumar, si fuera posible, para dar ánimos.

4500 PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS

Definición: Potenciar un estilo de vida que evite el uso de alcohol drogas.

Actividades:

4500.08 Dirigir programas en la escuela sobre la supresión alcohol y las drogas como actividades recreativas.

4500.09 Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del propio estilo de vida.

4500.10 Recomendar campañas en los medios de comunicación acerca del tema de las drogas en la comunidad.

4500.11 Educar a los padres acerca de la importancia del ejemplo en el uso de sustancias nocivas.

4500.12 Instruir a los padres y profesores en la identificación de signos y síntomas de adicción.

4500.13 Ayudar al paciente a identificar estrategias sustitutorias para reducir tensiones.

4500.15 Aconsejar a los padres el apoyo de las normas escolares que prohíben el consumo de alcohol y drogas en las actividades extraescolares.

4500.16 Ayudar en la organización de actividades después de las clases de los adolescentes, tales como paseos e irse a casa.

4500.18 Animar a los padres a participar en las actividades de sus hijos, desde la edad preescolar hasta la adolescencia.

4640 AYUDA PARA EL CONTROL DEL ENFADO.

Definición: Facilitación de la expresión del enfado de manera adecuada y no violenta.

Actividades:

4640.04 Limitar el acceso a situaciones estresantes hasta que el paciente sea capaz de expresar el enfado de una manera adaptada a las circunstancias.

4640.08 Proporcionar salidas físicas a la expresión de enfado o tensión (bolsas para golpear, deportes, arcilla y escritura de un diario).

4640.12 Ayudar al paciente a identificar la causa del enfado.

4640.16 Identificar con los pacientes los beneficios de la manifestación de enfado de una forma no violenta, que se adapte a las circunstancias.

4640.18 Instruir al paciente sobre las medidas que proporcionen calma (descansos y respiraciones profundas).

4640.22 Fortalecer al paciente para una expresión adecuada del enfado.

4720 ESTIMULACIÓN COGNOSCITIVA

Definición: Favorecer la conciencia y comprensión del entorno por medio de la utilización de estímulos planificados.

Actividades:

4720.01 Consulta con la familia para establecer las guías cognoscitivas anteriores a la lesión del paciente.

4720.04 Presentar los cambios de manera gradual.

4720.05 Proporcionar un calendario.

4720.06 Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente.

4720.07 Orientar con respecto al tiempo, lugar y personas.

4720.08 Hablar con el paciente.

4720.10 Utilizar la televisión, radio ó música como parte del programa de estímulos planificado.

4720.12 Colocar objetos familiares y fotografías en el ambiente del paciente.

4720.15 Utilizar ayudas de memoria: listas, programas y notas recordatorias.

4720.18 Solicitar al paciente que repita la información.

4720.20 Disponer instrucciones orales y escritas.

4760 ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA

Definición: Mejorar la memoria.

Actividades:

4760.02 Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente, si procede.

4760.03 Recordar experiencias pasadas con el paciente, si procede.

4760.04 Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, lemas mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores o utilización de etiquetas con nombres o practicar información.

4760.06 Proporcionar entrenamiento de orientación, como que el paciente practique información y fechas personales, si procede.

4760.08 Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes.

4760.10 Facilitar el uso de la memoria de reconocimiento de imágenes, si procede.

4760.11 Estructurar los métodos de enseñanza de acuerdo con la organización de la información por parte del paciente.

4760.12 Remitir a terapia ocupacional, si procede.

4760.13 Animar al paciente a que participe en grupos de programas de entrenamiento de la memoria, si procede.

4820 ORIENTACIÓN DE LA REALIDAD

Definición: fomento de la conciencia del paciente acerca de la identidad personal, tiempo y ambiente.

Actividades:

4820.01 Disponer un enfoque de la situación que sea consistente (firmeza amable, amistad activa, amistad pasiva, hechos concretos y nada de exigencias) al interactuar con el paciente y que refleje sus necesidades y capacidades particulares.

4820.08 Evitar las situaciones no familiares, cuando sea posible.

4820.09 Preparar al paciente para los cambios que se avecinen en la rutina y ambiente habitual antes de que se produzca.

4820.10 Asignar cuidadores que sean familiares para el paciente.

4820.11 Utilizar señales ambientales (signos, cuadros, relojes, calendarios y codificación en color del ambiente)

4820.15 Establecer un ambiente de baja estimulación para el paciente en el que la desorientación aumente debido a la sobrestimulación.

4820.22 Hablar al paciente de una manera suave y distinta, a un volumen adecuado.

4820.28 Hacer las preguntas de una en una.

4820.31 Dar ordenes de una en una.

4820.32 Utilizar señales con dibujos para favorecer el uso adecuado de los objetos.

4920 ESCUCHA ACTIVA

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

Actividades:

4920.02 Mostrar interés en el paciente.

4920.03 Favorecer la expresión de sentimientos.

4920.04 Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.

4920.06 Estar atento a la propia actitud física en la comunicación de mensajes no verbales.

4920.08 Estar atento a las palabras que se evitan, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras no expresadas.

4920.09 Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz.

4920.12 Calcular una respuesta de forma que refleje la comprensión del mensaje recibido.

4920.13 Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.

4920.14 Verificar la comprensión del mensaje.

4920.16 Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).

4974 FOMENTO DE LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT AUDITIVO

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

Actividades:

4974.01 Facilitar cita para el examen de la agudeza auditiva, si procede.

4974.03 Enseñar al paciente que los sonidos se experimentarán de forma diferente con un dispositivo de audición

4974.04 Mantener el dispositivo de audición limpio.

4974.07 Escuchar atentamente.

4974.08 Abstenerse de gritar al paciente con problemas de comunicación.

4974.10 Mirar directamente al paciente, hablar despacio, claro y conciso.

4974.13 No cubrirse la boca, fumar, hablar con la boca llena o masticar chicle al hablar.

4974.14 Llamar la atención del paciente mediante contacto físico.

4974.15 Comprobar la comprensión de los mensajes pidiendo al paciente que repita lo que se ha dicho.

4974.18 Facilitar la ubicación del teléfono para el disminuido auditivo, si resulta oportuno.

5100 POTENCIACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN

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

Actividades:

5100.01 Fomentar la implicación en relaciones potenciadas ya establecidas.

5100.03 Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.

5100.04 Fomentar las actividades sociales y comunitarias.

5100.07 Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos.

5100.11 Responder a la mejora del cuidado del aspecto personal y demás actividades.

5100.13 Utilizar el juego de roles para practicar las habilidades y técnicas de comunicación mejoradas.

5100.14 Proporcionar modelos de roles que expresen la ira de forma adecuada.

5100.18 Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine.

5100.19 Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.

5210 GUÍA DE ANTICIPACIÓN

Definición: Preparación del paciente en anticipación a una crisis en desarrollo y/o circunstancial.

Actividades:

5210.01 Ayudar al paciente a identificar la posible aparición de crisis en desarrollo y/o circunstancial y los efectos que tal crisis podría tener en la vida personal y familiar.

5210.02 Enseñar acerca del desarrollo y comportamiento normal, si procede.

5210.05 Ayudar al paciente a decidir la forma de solucionar el problema.

5210.08 Ayudar al paciente a identificar los recursos y opciones disponibles durante el curso de acción, si procede.

5210.09 Ensayar las técnicas necesarias para enfrentarse a la aparición de crisis de desarrollo o circunstancial con el paciente, si resulta adecuado.

5210.11 Proporcionar al paciente una referencia preparada (materiales/panfletos educativos), si en el caso.

5210.12 Sugerir libros/literatura para que el paciente los lea, si resulta oportuno.

5210.13 Remitir al paciente a centros comunitarios, si procede.

5210.17 Involucrar a la familia/seres queridos, si procede.

5220 POTENCIACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Definición: mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconsciente del paciente hacia su cuerpo.

Actividades:

5220.04 Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía, si procede.

5220.05 Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento.

5220.07 Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, si procede.

5220.09 Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la pubertad, si resulta oportuno.

5220.10 Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por un embarazo normal, si procede.

5220.12 Enseñar al paciente los cambios normales del cuerpo asociados a los diversos estadios del envejecimiento, si procede.

5220.16 Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio.

5220.25 Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social.

5220.28 Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.

5220.31 Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente.

5220.32 Ayudar al paciente con riesgo de padecer anorexia o bulimia a desarrollar unas expectativas de imagen corporal más realistas.

5230 AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO

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:

5230.01 Valorar la aceptación del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado.

5230.02 Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.

- 5230.03** Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.
- 5230.04** Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- 5230.08** Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- 5230.13** Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- 5230.15** Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés
- 5230.17** Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- 5230.22** Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado.
- 5230.35** Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- 5230.44** Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.
- 5230.48** Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario.

5240 ASESORAMIENTO

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:

- 5240.01** Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y en el respeto.
- 5240.04** Establecer metas.
- 5240.05** Disponer la intimidad para asegurar la confiabilidad.
- 5240.06** Proporcionar información objetiva, según sea necesario y si procede.
- 5240.07** Favorecer la expresión de sentimientos.
- 5240.08** Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.
- 5240.17** Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos.
- 5240.19** Fomentar la situación de hábitos indeseados por hábitos deseados.

5240.20 Reforzar nuevas habilidades.

5240.21 Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un estrés severo.

5244 ASESORAMIENTO DE LACTANCIA

Definición ; Utilización de un proceso interactivo de asistencia para ayudar en el mantenimiento de una alimentación de pecho satisfactoria.

Actividades:

5244.01 Determinar el conocimiento de la alimentación de pecho.

5244.02 Instruir a la madre/padre acerca de la alimentación del bebé para que pueda realizar una toma de decisión informada.

5244.03 Proporcionar información acerca de la ventajas y desventajas de la alimentación de pecho.

5244.04 Corregir conceptos equivocados mala información e imprecisiones acerca de la alimentación de pecho.

5244.05 Determinar el deseo de la madre para dar de mamar.

5244.06 Proporcionar apoyo a la decisión de la madre.

5244.08 Remitir a los padres acerca de clases o grupos adecuados de alimentación de pecho (Liga La Leche).

5244.09 Evaluar la comprensión de la madre de las pautas alimentarias del bebé (sujeción, succión, y estado de alerta).

5244.11 Monitorizar la habilidad materna al acercar al bebé al pezón.

5244.12 Evaluar la forma de succión/ deglución del recién nacido.

5244.13 Mostrar la forma de amamantar si procede.

5244.17 Enseñar los patrones de evacuación urinaria e intestinal en el niño, si procede.

5244.21 Fomentar a la madre que utilice los ambos pechos en cada toma .

5244.39 Enseñar a la madre a consultar a su cuidador antes de tomar cualquier medicamento, con receta o de venta libre durante el período de lactancia.

5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.

Actividades:

5246.01 Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

5246.03 Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.

5246.04 Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.

5246.05 Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.

5246.07 Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos, etc.

5246.10 Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta.

5246.19 Ayudar al paciente a expresar sentimientos e inquietudes acerca de la consecución de las metas.

5246.20 Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.

5248 ASESORAMIENTO SEXUAL

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:

5248.01 Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

5248.02 Establecer la duración de la relación de asesoramiento.

5248.03 Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad

5248.04 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.

5248.06 Proporcionar información acerca del funcionamiento sexual.

5248.12 Discutir el nivel de conocimiento del paciente acerca de la sexualidad en general.

5248.13 Animar al paciente a expresar los miedos y a hacer preguntas.

5248.25 Incluir al esposo/compañero sexual en el asesoramiento lo máximo posible, si es el caso.

5248.29 Derivar a otros miembros del equipo de cuidados, si procede.

5250 APOYO EN TOMA DE DECISIONES

Definición: Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.

Actividades:

5250.01 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.

5250.03 Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.

5250.05 Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.

5250.07 Facilitar la toma de decisiones en colaboración.

5250.09 Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.

5250.10 Proporcionar la información solicitada por el paciente.

5250.12 Servir de enlace entre paciente y familia.

5250.15 Remitir a grupos de apoyo, si procede.

5260 CUIDADOS EN LA AGONIA

Definición: Prestar comodidad física y paz psicológica en la fase final de la vida.

Actividades:

5260.01 Disminuir la demanda de funcionamiento cognitivo cuando el paciente esté enfermo o fatigado.

5260.02 Observar si el paciente padece ansiedad.

5260.03 Observar los cambios de humor.

5260.05 Animar al paciente y a la familia a compartir los sentimientos sobre la muerte.

5260.07 Observar si hay dolor.

5260.09 Administrar la medicación por vías alternativas cuando se desarrollen problemas con la deglución.

5260.10 Posponer la alimentación cuando el paciente se encuentre fatigado.

5260.11 Ofrecer líquidos y comidas blandas frecuentemente.

5260.13 Vigilar el deterioro de la capacidad física y/o mental.

5260.16 Quedarse físicamente cerca del paciente atemorizado.

5260.23 Incluir a la familia en las decisiones y actividades de cuidados, según se desee.

5270 APOYO EMOCIONAL

Definición: Proporcionar seguridad aceptación y animo en momentos de tensión.

Actividades:

5270.01 Comentar la experiencia emocional con el paciente.

5270.03 Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.

5270.04 Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

5270.06 Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

5270.07 Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos.

5270.08 Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.

5270.10 Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

5270.11 Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de mas ansiedad.

5270.12 Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

5270.14 Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

5280 FACILITAR EL PERDÓN

Definición: Ayudar a un individuo a olvidar y / o perdonar en sus relaciones con él mismo, con los otros y con los superiores.

Actividades:

5280.01 Identificar las opiniones del pacientes que pueden dificultar/ ayudar a «salir» de un problema.

5280.04 Investigar el perdón como un proceso.

5280.05 Ayudar al paciente a explorar sus sentimientos de ira, odio y resentimiento.

5280.07 Explorar las posibilidades de enmienda y reconciliación con uno mismo, con los otros y/ o con los superiores.

5280.08 Ayudar al paciente a examinar la dimensión saludable y curativa del perdón.

5280.10 Enseñar el arte de la liberación y de la relajación emocional.

5290 FACILITAR EL DUELO

Definición: Ayuda a la resolución de una perdida importante.

Actividades:

5290.02 Ayuda al paciente a identificar la naturaleza de la unión al objeto o persona perdida.

5290.06 Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la perdida.

5290.07 Fomentar la identificación de los miedos más profundos respecto de la pérdida.

5290.10 Incluir a los seres queridos en las discusiones y decisiones. Si procede.

5290.14 Responder a las preguntas de los niños relacionadas con las pérdidas.

5290.15 Utilizar palabras claras, como muerte o muerto, en lugar de eufemismos.

5290.17 Fomentar la expresión de sentimientos de una forma cómoda para el niño, escribiendo, dibujando o jugando.

5290.18 Ayudar al niño a clarificar los conceptos erróneos.

5290.19 Identificar fuentes de apoyo comunitario.

5290.22 Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.

5300 FACILITAR LA EXPRESIÓN DEL SENTIMIENTO DE CULPA

Definición: Ayuda a una persona a enfrentarse con sentimientos dolorosos de responsabilidad, real o percibida.

Actividades:

5300.01 Guiar al paciente/familia en la identificación de sentimientos dolorosos de culpa.

5300.02 Ayudar al paciente/familia a identificar y examinar las situaciones en las que se experimentan o generan estos sentimientos.

5300.03 Ayudar al paciente/ miembros de la familia a identificar su comportamiento en la situación de culpa.

5300.05 Utilizar una prueba de realidad para ayudar al paciente/familia a identificar posibles creencias irracionales.

5300.07 Facilitar la discusión del impacto de la situación sobre las relaciones familiares.

5300.09 Facilitar el apoyo espiritual, si procede.

5310 DAR ESPERANZA

Definición: Facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva en una situación dada.

Actividades:

5310.01 Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.

5310.03 Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo la enfermedad del paciente solo como una faceta de la persona.

5310.05 Enseñar a reconocer la realidad estudiando la situación y haciendo planes para casos de emergencias.

5310.08 Evitar disfrazar la verdad.

5310.10 Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias y experiencias pasadas del paciente/familia.

5310.13 Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.

5310.14 Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas.

5310.15 Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos.

5310.16 Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad del paciente).

5310.17 Proporcionar al paciente/familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo.

5340 PRESENCIA

Definición: Permanecer con otra persona durante los momentos de necesidad, tanto física como psicológica

Actividades:

5340.01 Mostrar una actitud de aceptación.

5340.03 Ser sensible con las tradiciones y creencias del paciente.

5340.05 Escuchar las preocupaciones del paciente.

5340.06 Permanecer en silencio, si procede.

5340.07 Establecer contacto físico con el paciente para expresar la consideración, si resulta oportuno.

5340.12 Ayudar al paciente a darse cuenta de que se esta disponible, pero sin reforzar conductas dependientes.

5340.13 Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos.

5340.14 Reafirmar y ayudar a los padres en su papel de apoyo de un niño.

5340.15 Permanecer con el paciente y transmitirles sentimientos de seguridad y confianza durante los periodos de ansiedad.

5340.16 Ofrecerse a entrar en contacto con otras personas de apoyo (cura), si procede.

5360 TERAPIA DE ENTRETENIMIENTO

Definición: Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales.

Actividades:

5360.03 Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas.

5360.05 Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.

5360.07 Ayudar al paciente a identificar las actividades recreativas que tengan sentido,

5360.16 Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional.

5370 POTENCIACIÓN DE ROLES

Definición: Ayudar a un paciente, a un ser querido y/o a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de papeles específicos.

Actividades:

- 5370.01** Ayudar al paciente a identificar los diversos papeles en la vida.
- 5370.02** Ayudar al paciente a identificar los roles habituales en la familia.
- 5370.05** Ayudarle a identificar las conductas necesarias para el cambio de roles o a roles nuevos.
- 5370.06** Ayudar al paciente a identificar los cambios de roles específicos necesarios debido a enfermedades o discapacitados.
- 5370.10** Facilitar la discusión sobre la adaptación de los roles de la familia para compensar los cambios de rol del miembro enfermo.
- 5370.12** Facilitar el ensayo de roles consiguiendo que el paciente se anticipe a las reacciones de los demás a la representación.
- 5370.13** Facilitar la discusión del cambio de roles de los hermanos con la llegada del bebé.
- 5370.15** Facilitar la discusión de las adaptaciones de roles relacionadas con los hijos que se marchan de casa (síndrome del nido vacío), si resulta oportuno.
- 5370.19** Enseñar las nuevas conductas que necesita el padre / madre para cumplir con un rol.
- 5370.20** Facilitar las interacciones grupales de referencia como parte del aprendizaje de los nuevos roles.

5380 POTENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD

Definición: Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente.

Actividades:

- 5380.01** Disponer un ambiente no amenazador.
- 5380.03** Pasar tiempo con el paciente.
- 5380.12** Facilitar el mantenimiento de los rituales habituales del paciente a la hora de irse a la cama.
- 5380.14** Escuchar los miedos del paciente / familia.
- 5380.16** Dejar la luz encendida durante la noche, si es necesario.
- 5380.18** Explicar al paciente / familia todas las pruebas y procedimientos.

5380.19 Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera.

5380.20 Ayudar al paciente / familia a identificar los factores que aumenten el sentido de seguridad.

5380.22 Ayudar al paciente a utilizar las respuestas de capacidad de resolución de problemas que han resultado con éxito en el pasado.

5400 POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA

Definición: Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia vida.

Actividades:

5400.01 Observar las frases del paciente sobre su propia valía.

5400.06 Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente.

5400.09 Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse.

5400.11 Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.

5400.12 Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.

5400.17 Explorar las consecuencias con éxitos anteriores.

5400.19 Animar al paciente a evaluar su propia conducta.

5400.21 Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.

5400.25 Enseñar a los padres a establecer expectativas claras y a definir límites con sus hijos.

5400.26 Enseñar a los padres a reconocer las conquistas de sus hijos.

5420 APOYO ESPIRITUAL

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

Actividades:

- 5420.01** Estar abierto a las expresiones del paciente de soledad e impotencia.
- 5420.02** Alentar la asistencia a servicios religiosos, si se desea.
- 5420.03** Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea.
- 5420.04** Proporcionar los objetos espirituales deseados, de acuerdo con las preferencias del paciente.
- 5420.05** Remitir al asesor espiritual de la elección del paciente.
- 5420.07** Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del paciente.
- 5420.09** Facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del paciente.
- 5420.11** Asegurar al paciente que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.
- 5420.12** Estar abierto a los sentimientos del paciente acerca de la enfermedad y la muerte.
- 5420.13** Ayudar al paciente a expresar y liberar la ira de forma adecuada.

5426 FACILITACIÓN DEL CRECIMIENTO ESPIRITUAL

Definición: Facilitar el crecimiento de la capacidad del paciente para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida.

Actividades:

- 5426.04** Ayudar al paciente a identificar barreras y actitudes que dificultan el crecimiento y el autodescubrimiento.
- 5426.08** Fomentar el uso de celebraciones y rituales espirituales.
- 5426.11** Ayudar al paciente a explorar las creencias en relación a la curación del cuerpo, la mente y el espíritu.
- 5426.12** Remitir a grupos de apoyo, de autoayuda mutua o a programas que se basen en la espiritualidad, según sea conveniente.
- 5426.13** Remitir a la atención pastoral o a cuidadores espirituales como garantía de resultados.

5430-GRUPO DE APOYO

Definición: uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.

Actividades:

5430.02 Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas transicionales para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida.

5430.03 Determinar el objeto del grupo y la naturaleza del proceso grupal.

5430.04 Crear una atmósfera relajada y de aceptación.

5430.05 Clarificar desde el principio las metas del grupo y las responsabilidades de sus miembros y de su líder.

5430.06 Utilizar un acuerdo por escrito, se se considera adecuado.

5430.07 Elegir los miembros que puedan contribuir y beneficiarse de la interacción del grupo.

5430.08 Formar un grupo de tamaño óptimo: de 5 a 12 miembros.

5430.09 Tratar la cuestión de asistencia obligatoria.

5430.10 Establecer una hora y lugar para las reuniones grupales.

5430.11 Reunirse en sesiones de una a dos horas, si procede.

5430.12 Comenzar y terminar a la hora, y esperar que los participantes permanezcan hasta la conclusión de la reunión.

5430.13 Disponer sillas en un círculo cerca unas de las otras.

5430.14 Programar un número limitado de sesiones (normalmente de 6 a 12) en las que se cumplirá el trabajo del grupo.

5430.15 Hacer públicas las normas de admisión para evitar problemas que puedan aparecer a medida que el grupo consigue los progresos.

5430.18 Fomentar la expresión de ayudas mutuas.

5430.22 Enfatizar la importancia de la capacidad activa de enfrentarse a los problemas.

5430.25 Ayudar al grupo a progresar en las etapas del desarrollo grupal: desde la orientación, pasando por la cohesión hasta la conclusión.

5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO.

Definición: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

Actividades:

5440.02 Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.

5440.03 Determinar el grado de apoyo familiar.

5440.05 Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.

5440.08 Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.

5440.10 Remitir a un grupo de autoayuda , si se considera oportuno.

5440.14 Implicar a la familia/seres queridos/amigos en los cuidados y la planificación.

5450 TERAPIA GRUPO

Definición: Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo, incluyendo la utilización de interacciones entre los miembros del grupo.

Actividades:

5450.01 Determinar el propósito del grupo (mantenimiento de pruebas de la realidad, facilitar la comunicación, examen de las habilidades personales y apoyo) y la naturaleza del proceso grupal.

5450.02 Formar un grupo de tamaño óptimo: de cinco a doce miembros.

5450.03 Elegir los miembros del grupo que estén dispuestos a participar activamente y hacerse responsables de sus propios problemas.

5450.06 Tratar la cuestión de la asistencia obligatoria.

5450.07 Tratar la cuestión de si se admitirán nuevos miembros en cualquier momento.

5450.08 establecer la hora y lugar de las reuniones de grupo.

5450.09 Reunirse en sesiones de 1 a 2 horas, si resulta óptimo.

5450.13 Ayudar al grupo a establecer normas terapéuticas.

- 5450.14** Ayudar al grupo a trabajar en la resistencia a los cambios.
- 5450.19** Animar a los miembros a compartir cosas que tengan en común unos con otros.
- 5450.23** Proporcionar refuerzo social (verbales y no verbales) para conseguir las conductas / respuestas deseadas.
- 5450.25** Ayudar a los miembros a darse afirmación unos a otros de forma que puedan desarrollar conciencia de sus propias conductas.
- 5450.33** Disponer una sesión de orientación individualizada para cada nuevo miembro del grupo antes de la primera sesión grupal.

5470 DECLARAR LA VERDAD AL PACIENTE.

Definición: Uso de toda la verdad, verdad parcial o el retardo de decisiones para fomentar la autodeterminación y el bienestar del paciente.

Actividades:

- 5470.01** Clarificar los propios valores de la situación particular.
- 5470.03** Clarificar la base de conocimientos y habilidades de comunicación propios acerca de la situación.
- 5470.04** Determinar el deseo del paciente de sinceridad en la situación.
- 5470.09** Establecer una relación de confianza.
- 5470.10** Decir la verdad con sensibilidad, calidez y franqueza.
- 5470.12** Remitir a otro cuidador si la persona tiene mejor relación, mas conocimientos y habilidades para decir la verdad o más tiempo y capacidad para tratar con las consecuencias de decir la verdad.
- 5470.13** Permanecer con el paciente al que se le haya dicho la verdad y estar preparado para clarificar, dar apoyo y recibir las desaprobaciones.
- 5470.14** Estar físicamente presente para comunicar aprecio y apoyo, si se ha tomado la decisión de retener la información.
- 5470.15** Elegir el retardo de la decisión cuando haya falta de información, falta de conocimientos y falta de relación.
- 5470.16** Atender a las señales verbales y no verbales durante el proceso de comunicación.

5480 CLARIFICACIÓN DE VALORES

Definición: Ayuda a una persona a clarificar sus valores con el objeto de facilitar la toma de decisiones efectivas.

Actividades:

5480.02 Crear una atmósfera de aceptación, sin juicios.

5480.06 Animar al paciente a hacer una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y tipos de situaciones.

5480.08 Ayudar al paciente a definir alternativas y sus ventajas y desventajas.

5480.10 Ayudar al paciente a evaluar si los valores están de acuerdo o en conflicto con los miembros de la familia / seres queridos.

5480.11 Apoyar la decisión del paciente, si procede.

5480.14 Evitar el uso de interrogatorios de corroboración.

5510 REALIZAR UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA

Definición: Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.

Actividades:

5510.01 Determinar grupos de riesgo y márgenes de edad que se beneficien más de la educación sanitaria.

5510.03 Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación en conductas sanitarias.

5510.04 Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo objetivo

5510.05 Ayudar a las personas, familia y comunidades para clarificar las creencias y valores sanitarios.

5510.06 Identificar las características de la población objetivo que afectan la selección de las estrategias de enseñanza.

5510.08 Formular los objetivos del programa de educación sanitaria.

5510.13 Centrarse en beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de beneficios a largo plazo o efectos negativos derivados de incumplimientos.

5510.15 Desarrollar materiales educativos escritos en un nivel de lectura adecuado a la audiencia objetivo.

5510.16 Enseñar estrategias que puedan utilizarse para resistir conductas insalubres o que entrañen riesgos, en vez de dar consejos para evitar o cambiar la conducta.

5510.21 Utilizar debates de grupo y juego de roles para influir en las creencias, actitudes y valores que existen sobre la salud.

5510.23 Utilizar instrucción apoyada por ordenador, televisión, videos interactivos y demás tecnologías para proporcionar la información.

5510.26 Determinar el apoyo de la familia, semejantes y comunidad a conductas que induzcan la salud.

5510.27 Destacar la importancia de formas saludables de comer, dormir, hacer ejercicios, etc., a las familias personas y grupos que servirán de modelo de estos valores y conductas para otros, sobre todo para los niños.

5510.29 Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.

5510.30 Determinar e implementar estrategias para medir los resultados en los pacientes a intervalos regulares durante y después de terminar el programa.

5562 EDUCACIÓN PATERNA: ADOLESCENTE

Definición: Asistencia a los padres para que comprendan y ayuden a sus hijos adolescentes.

Actividades:

5562.01 Solicitar a los padres que describan las características de su hijo adolescente.

5562.04 Enseñar las características fisiológicas, emocionales y cognoscitivas normales de los adolescentes.

5562.06 Identificar los mecanismos de defensa más comúnmente utilizados por los adolescentes, como negación e intelectualización.

5562.11 Enseñar a los padres técnicas de comunicación esenciales que aumenten su capacidad de simpatizar con sus hijos adolescentes y ayudar a sus hijos a solucionar problemas.

5562.13 Explorar los paralelismos entre la dependencia del niño en edad escolar de los padres y la dependencia que tiene el adolescente del grupo de compañeros.

5562.14 Reforzar la normalidad de la vacilación del adolescente entre el deseo de independencia y la regresión a la dependencia.

5562.20 Enseñar a los padres a utilizar los conflictos para una mutua comprensión y el crecimiento familiar.

5562.23 Discutir la necesidad y legitimidad de establecer límites a los adolescentes.

5566 EDUCACIÓN PATERNA: CRIANZA FAMILIAR DE LOS NIÑOS

Definición : Ayuda a los padres a comprender y fomentar el crecimiento y desarrollo físico, psicológico y social de su bebé, niño/s en edad preescolar o escolar.

Actividades:

6530.01 Explicar a los padres el programa de inmunización recomendado necesario para los niños, su vía de administración, razones y beneficios de su uso, reacciones adversas y efectos secundarios.

5566.95 Monitorizar el peso y la altura del preescolar y escolar.

5566.07 Enseñar la importancia de una dieta equilibrada, tres comidas al día y tentempiés nutritivos.

5566.96 Proporcionar consejos acerca de los cambios en los patrones de control de esfínteres.

5566.09 Revisar el tema de la higiene dental con los padres.

5566.10 Revisar el tema del aseo personal con los padres

5566.97 Proporcionar consejos acerca de los cambios en los patrones del sueño.

5566.98 Animar a establecer hábitos horarios estables.

5566.99 Lavar las manos antes de las comidas.

- 5566.02** Discutir la relación padre / hijo.
- 5566.03** Enseñar las características fisiológicas, emocionales y la conducta del niño.
- 5560.04** Identificar las tareas u objetivos de desarrollo adecuados para el niño.
- 5566.20** Remitir a los padres a grupos de apoyo o clases de paternidad, si procede.
- 5566.21** Proporcionar a los padres lecturas/ otros materiales que sean útiles en la realización del papel de padre.
- 5566.99** Proporcionar a los padres habilidades para manejar diferentes situaciones o conductas como rabietas, negativas, querer ser el centro...

5568 EDUCACIÓN PATERNA: NIÑO (primeros años de vida)

Definición: Enseñanza de los cuidados de nutrición y físicos durante los primeros años de vida.

Actividades:

- 5568.01** Determinar los conocimientos y la buena disposición y la habilidad de los padres para aprender los cuidados del bebé.
- 5568.03** Proporcionar consejos acerca de los cambios en el desarrollo durante los primeros años de vida: Test de Denver
- 5568.04** Ayudar a los padres a encontrar maneras de integrar al bebé en el sistema familiar.
- 5568.07** Dar información a los padres sobre los chupetes.
- 5568.12** Proporcionar consejos acerca de los cambios en los patrones de control de esfínteres durante el primer año.
- 5568.90** Enseñar a los padres el baño y cuidado de la piel.
- 5568.91** Asesorar sobre la higiene del cordón umbilical.
- 5568.13** Enseñar a los padres cómo tratar y evitar la erupción de los pañales.
- 5568.14** Proporcionar consejos acerca de los cambios en los patrones del sueño durante el primer año.
- 5568.15** Mostrar como los padres pueden estimular el desarrollo del bebé
- 5568.16** Alentar a los padres a coger, abrazar, dar masajes y tocar al bebé
- 5568.17** Animar a los padres a hablar y a leer al bebé.

5568.27 Proporcionar información acerca de las características conductuales del recién nacido.

6530.01 Explicar a los padres el programa de inmunización recomendado necesario para los niños, su vía de administración, razones y beneficios de su uso, reacciones adversas y efectos secundarios.

5568.92 Realizar el seguimiento del resultado de la prueba de detección precoz de metabopatías.

5568.93 Fomentar paseos.

5568.94 A partir de los dos meses iniciar hábitos horarios estables.

5568.95 Asesorar sobre las próximas etapas de locomoción del niño y calzado adecuado a ellas, a partir de los 8 meses.

7104.47 Proporcionar información a la familia sobre las medidas que ayuden a los hermanitos a sentirse importantes para la familia, si resulta oportuno.

7104.48 Animar a los padres a que observen las reacciones de los hermanitos hacia el recién nacido, si es el caso.

5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD

Definición: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

Actividades:

5602.01 Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionados con el proceso de enfermedad específico.

5602.03 Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede.

5602.04 Describir el proceso de la enfermedad.

5602.10 Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.

5602.14 Describir las posibles complicaciones crónicas, si procede.

5602.15 Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, si procede.
oportuno.

5602.18 Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador, si procede.

5602.19 Proporcionar el número de teléfono al que llamar si surgen complicaciones.

5604 ENSEÑANZA: GRUPO

Definición: Desarrollo, puesta en práctica y evaluación de un programa de educación para un grupo de personas que experimentan el mismo estado de salud.

Actividades:

5604.95 Incluir al paciente en el programa de formación: (especificar)

5604.19 Proporcionar un programa escrito – que incluya fechas, horas y lugares de las sesiones / clases de enseñanza - para el persona y / o el paciente, si procede.

5604.23 Orientar al paciente / ser querido al programa educativo y a los objetivos diseñados que hay que conseguir.

5604.27 Evaluar el progreso del paciente en el programa y el dominio del contenido.

5604.28 Registrar el progreso del paciente en el registro médico permanente.

5604.94 Incluir en el registro del paciente la evaluación pretest y/o pos-test del programa de formación.

5604.98 Diseñar un programa de formación (teórico – práctico) que contenga temas referentes a la patología crónicas (diabetes, hipertensión, EPOC, Asma, Obesidad, cardiopatías, dislipemias...), el tratamiento, conductas de estilo de vida positivas que mejoran el control de su enfermedad.

5604.97 Diseñar un programa de formación (teórico – práctico) que contenga temas referentes a hábitos saludables en la infancia, pubertad, adolescencia y juventud, para los niños, padres o profesores. Incluir temas referentes a alimentación equilibrada, higiene, higiene bucal, ejercicio saludable, sexualidad, prevención de accidentes en el colegio y en el ámbito doméstico, prevención de accidentes de tráfico, prevención de toxicomanías y ludopatías...

5604.96 Diseñar un programa de formación (teórico – práctico) para cuidadores que contenga temas referentes a la patología del paciente a su cargo, el

tratamiento, conductas de estilo de vida positivas que mejoran su calidad de vida.

5604.08 Definir la población diana potencial: (escolares, pacientes con patologías crónicas, cuidadores, ...).

5604.09 Escribir los objetivos del programa.

5604.10 Definir las áreas de contenido importante.

5604.14 Prever los materiales educativos disponibles.

5604.20 Determinar los días / horas adecuados para conseguir el máximo número de pacientes.

5604.21 Preparar anuncios / notas para hacer públicos los resultados, si procede.

5604.22 Controlar el tamaño y las competencias del grupo, si procede.

5604.25 Adaptar los métodos / materiales educativos a las necesidades / características del grupo si procede.

5604.31 Disponer una instrucción individual adicional, si procede.

5604.32 Evaluar el grado de consecución de objetivos del programa.

5604.99 Dentro de cada sesión establecer un tiempo para que cada uno exprese sus sentimientos, pensamientos y conocimientos a cerca del tema.

5606 ENSEÑANZA: INDIVIDUAL

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

Actividades:

5606.03 Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.

5606.04 Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.

5606.06 Valorar las capacidades/incapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas.

5606.08 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).

5606.10 Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente.

5606.15 Seleccionar los materiales educativos adecuados.

5606.16 Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades/incapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas del paciente.

5606.20 Evaluar la consecución de los objetivos establecidos por parte del paciente.

5606.21 Reforzar la conducta, si se considera oportuno.

5606.22 Corregir las malas interpretaciones de la información, si procede.

5606.23 Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.

5606.27 Incluir a la familia/ser querido, si es posible.

5612 ENSEÑANZA: ACTIVIDAD/ EJERCICIO PRESCRITO

Definición: Preparar a un paciente para que consiga y /o mantenga el nivel de actividad prescrito.

Actividades:

5612.01 Evaluar el nivel actual del paciente de ejercicio y conocimiento de la actividad/ejercicio prescrito del paciente.

5612.02 Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescrito.

5612.03 Enseñar al paciente a realizar la actividad/ejercicio prescrito.

5612.04 Enseñar al paciente a llevar un diario de ejercicios, si resulta posible.

5612.15 Ayudar al paciente a incorporar la actividad/ejercicio en la rutina/estilo de vida.

5612.17 Remitir el paciente al fisioterapeuta/terapeuta ocupacional/fisiólogo de ejercicios, si procede.

5612.19 Incluir a la familia/ser querido, si resulta apropiado.

5614 ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA

Definición: Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.

Actividades:

- 5614.01** Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita.
- 5614.02** Conocer los sentimientos/actitud del paciente/ser queridos acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado.
- 5614.04** Explicar el propósito de la dieta.
- 5614.05** Informar al paciente del tiempo durante el que debe seguirse la dieta.
- 5614.06** Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si resulta posible.
- 5614.07** Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.
- 5614.10** Ayudar al paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta prescrita.
- 5614.13** Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas.
- 5614.14** Proporcionar un plan escrito de comidas, si procede.
- 5614.18** Incluir a la familia/ser querido, según el caso.

5616 ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Definición: Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

Actividades:

- 5616.01** Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas del (de los) medicamento(s).
- 5616.02** Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- 5616.04** Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.
- 5616.06** Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.
- 5616.10** Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- 5616.12** Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento.

5616.15 Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de sobredosis y subdosis.

5616.19 Instruir al paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde deshacerse de los recipientes de objetos afilados en la comunidad.

5616.21 Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

5616.28 Incluir a la familia/ser querido, si procede.

5618 ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO / TRATAMIENTO

Definición: Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.

Actividades:

5618.01 Informar al paciente / ser querido acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento / tratamiento.

5618.02 Informar al paciente / ser querido acerca de la duración esperada del procedimiento / tratamiento.

5618.03 Informar al paciente / ser querido sobre la persona que realizará el procedimiento / tratamiento.

5618.06 Explicar el propósito del procedimiento / tratamiento.

5618.07 Describir las actividades del procedimiento / tratamiento.

5618.08 Explicar el procedimiento / tratamiento.

5618.10 Enseñar al paciente como cooperar / participar durante el procedimiento / tratamiento, si procede.

5618.17 Describir las valoraciones / actividades posteriores al procedimiento / tratamiento y el fundamento de las mismas.

5618.18 Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.

5618.22 Proporcionar distracción al niño para que desvíe su atención del procedimiento.

5618.23 Proporcionar información sobre cuándo y donde estarán disponibles los resultados y la persona que los explicará.

5622 ENSEÑANZA: SEXO SEGURO

Definición: Proporcionar instrucciones acerca de medidas de protección durante la relación sexual.

Actividades:

5622.01 Discutir las actitudes del paciente acerca de los diversos métodos de control de la natalidad.

5622.02 Instruir al paciente sobre el uso de métodos de control de la natalidad efectivos, según cada caso.

5622.07 Instruir al paciente en las prácticas sexuales de bajo riesgo, como las que evitan la penetración corporal o el intercambio de fluidos corporales.

5622.08 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.

5622.09 Fomentar el uso de preservativos.

5622.10 Enseñar al paciente a elegir preservativos y mantenerlos intactos, si procede.

5622.11 Instruir al paciente sobre la colocación y extracción correcta de los preservativos.

5622.12 Discutir con el paciente las formas de convencer al compañero para que use preservativos.

5622.15 Animar al paciente con alto riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual a pasar exámenes regulares. Remitir al paciente con problemas o preguntas sexuales al cuidador sanitario correspondiente, si procede.

5622.16 Planificar clases de educación sexual para grupos de pacientes.

5624 ENSEÑANZA: SEXUALIDAD

Definición: Ayudar a las personas a comprender las dimensiones físicas y psicosociales del crecimiento y desarrollo sexual.

Actividades:

- 5624.02** Explicar la anatomía y fisiología humanas del cuerpo masculino y femenino.
- 5624.03** Explicar la anatomía y fisiología de la reproducción humana.
- 5624.04** Discutir los signos de fertilidad (relacionados con la ovulación y el ciclo menstrual).
- 5624.07** Apoyar el papel de los padres como principales educadores sexuales de sus hijos.
- 5624.08** Educar a los padres sobre el crecimiento y desarrollo sexual a lo largo de la vida.
- 5624.09** Proporcionar a los padres bibliografía de material de educación sexual.
- 5624.13** Discutir las presiones sociales y de los iguales en la actividad sexual.
- 5624.17** Educar a los niños y adolescentes en las consecuencias negativas del embarazo precoz (pobreza y pérdida de la educación y de oportunidades de hacer carrera).
- 5624.18** Enseñar a los niños y adolescentes las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.
- 5624.21** Informar a los niños y adolescentes acerca de medios anticonceptivos eficaces.
- 5624.22** Explicar la accesibilidad a los anticonceptivos y la forma de obtenerlos.
- 5624.23** Ayudar a los adolescentes a elegir un anticonceptivo adecuado, si procede.
- 5624.24** Facilitar el juego de roles en los que se puedan practicar la toma de decisiones y las habilidades de comunicación para resistir las presiones sociales y de sus iguales sobre la actividad sexual.

5626 ENSEÑANZA: NUTRICIÓN INFANTIL(0-12 meses)

Definición: Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentación durante el primer año de vida.

Actividades:

- 6820.01** Monitorizar el peso y la altura del bebé.

5626.02 Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 0-3 meses a alimentar sólo con leche materna o de formula el primer año (no dar alimentos sólidos antes de los 4 meses).

5626.04 Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 0-3 meses a evitar introducir cereales en el biberón (sólo leche de formula o materna), si no procede.

5626.05 Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 0-3 meses a evitar el uso de miel o de jarabe de cereales.

5626.06 Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 0-3 meses a desechar las sobras de leche de formula y limpiar el biberón después de cada toma.

5626.07 Advertir a los padres/cuidador del bebé de 0-3 meses sobre las características deposiciones.

5626.08 Informar a los padres/cuidador del bebé de 0-3 meses sobre la pérdida de peso fisiológica.

5626.09 Asesorar a los padres/cuidador del bebé de 0-3 sobre suplementos de vitaminas y minerales.

5626.10 Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 4-6 meses a introducir alimentos sólidos (en forma de purés) sin añadir sal o azúcar y un nuevo alimento cada vez.

5626.11 Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 4-6 meses a evitar dar zumos o bebidas azucaradas.

5626.12 Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 4-6 meses a iniciar la alimentación con la cuchara .

5626.13 Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 7-9 meses a introducir alimentos con la cuchara y a beber en taza cuando el bebé pueda sentarse.

5626.14 Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 7-9 meses a tener al bebé junto a la familia durante las comidas.

5626.15 Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 7-9 meses a dejar que él bebé empiece a comer sólo y vigilar para evitar que se atragante.

5626.16 Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 7-9 meses a que después de los alimentos sólidos hay que ofrecer líquidos.

5626.17 Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 7-9 meses a evitar los postres dulces y las bebidas carbónicas.

5626.18 Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 7-9 meses a ofrecer una variedad de alimentos de acuerdo con la pirámide de alimentos.

- 5626.19** Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 7-9 meses a lavarle las manos antes de las comidas.
- 5626.20** Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 10-12 meses a ofrecer tres comidas principales y tentempiés saludables.
- 5626.21** Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 10-12 meses a empezar el destete del biberón.
- 5626.22** Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 10-12 meses a evitar bebidas de frutas y leche con gustos.
- 5626.23** Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 10-12 meses a empezar a comer a la mesa.
- 5626.24** Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 10-12 meses a permitirle que coma sólo con la cuchara.

5628 ENSEÑAR: SEGURIDAD INFANTIL(0-12 meses)

Definición: Enseñanza de la seguridad durante el primer año de vida.

Actividades:

- 5628.01** Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimientos identificados.
- 5628.02** Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 0-3 meses a instalar y utilizar la silla para el coche de acuerdo con las instrucciones del fabricante.
- 5628.05** Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 0-3 meses a evitar el uso de joyas o cadenas en él bebé.
- 5628.06** Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 0-3 meses a utilizar y mantener correctamente todo el equipo (hamaca, cochecito, parque, cuna portátil).
- 5628.07** Evitar cogerle mientras se fuma o se toman bebidas calientes.
- 5628.08** Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 0-3 meses a evitar caídas.
- 5628.09** Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 0-3 meses a comprobar la temperatura del agua del baño.
- 5628.10** Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 0-3 meses a mantener los animales de compañía a una distancia prudencial del bebé.

- 5628.11** Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 0-3 meses a no agitar, sacudir o balancearlo en el aire.
- 5628.12** Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 0-3 meses a evitar exposición al humo de tabaco.
- 5628.13** Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 0-3 meses a evitar exposición solar excesiva
- 5628.14** Enseñar a los padres/cuidador del bebé de 0-3 meses a ofrecer juguetes seguros
- 5628.15** Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 4-6 meses a evitar el uso de andadores o de saltadores debido al peligro de lesiones y de los efectos perjudiciales sobre el desarrollo muscular.
- 5628.16** Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 4-6 meses a no dejarlo nunca desatendido en el baño, en el carro del supermercado, en la silla alta, sobre el sofá, etcétera.
- 5628.17** Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 4-6 meses a evaluar los juguetes que cuelguen de la cuna.
- 5628.18** Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 4-6 meses a utilizar la silla alta cuando sea capaz de sentarse.
- 5628.19** Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 4-6 meses a alimentarlo únicamente con alimentos blandos o hechos puré.
- 5628.20** Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 4-6 meses a quitar todos los objetos pequeños al alcance del bebé.
- 5628.21** Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 4-6 meses a establecer medidas de seguridad en el hogar: Líquidos calientes, bolsas de plástico, enchufes, alargaderas, tóxicos, medicamentos.
- 5628.22** Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 7-9 meses a mantener los objetos peligrosos fuera de su alcance. Proveer de barreras las zonas peligrosas y supervisar su actividad continuamente.
- 5628.23** Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 10-12 meses a proteger los muebles de cristal, los bordes afilados, los muebles inestables y los aparatos.
- 5628.24** Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 10-12 meses a almacenar los productos de limpieza, los medicamentos y los productos de aseo personal fuera del alcance del bebé.

5628.25 Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 10-12 meses a utilizar pestillos a prueba de niños en los armarios y evitar el acceso del bebé a ventanas, balcones o escaleras.

5628.26 Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 10-12 meses a mantenerlos lejos de estanques, piscinas, váter y cualquier recipiente con líquido para evitar que se ahogue. Asegurar las zonas de la piscina / bañeras calientes con múltiples barreras

5628.27 Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 10-12 meses a elegir los juguetes de acuerdo con las recomendaciones del fabricante respecto a la edad.

5632 ENSEÑANZA: SEGURIDAD NIÑO PEQUEÑO Y ESCOLAR

Definición: Enseñanza de la seguridad entre los 2 y 11 años.

Actividades:

5632.01 Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificados.

5632.02 Enseñar a los padres / cuidador del bebé de 13-18 meses a:

5632.03 Enseñar a los padres / cuidador del bebé de 13-18 meses a supervisar al niño cuando este al aire libre y enseñarle los peligros de lanzar objetos y dar golpes.

5632.04 Enseñar a los padres / cuidador del bebé de 13-18 meses a Evitar el acceso a enchufes, cables y equipos / herramientas eléctricas.

5632.06 Enseñar a los padres / cuidador del bebé de 13-18 meses a enseñar a los niños maneras seguras de tratar a los animales domésticos.

5632.07 Enseñar a los padres / cuidador del bebé de 13-18 meses a asegurar puertas / rejas para evitar el acceso del niño a zonas peligrosas(calle, calzada, piscina).

5632.09 Enseñar a los padres / cuidador del bebé de 13-18 meses a utilizar quemadores de la cocina, instalar protecciones en los botones y / o restringir el acceso del niño a la cocina.

5632.14 Enseñar a los padres / cuidador del bebé de 19-24 meses a instalar sillas y utilizarlas siguiendo las instrucciones del fabricante.

- 5632.15** Enseñar a los padres / cuidador del bebé de 19-24 meses a Guardar los objetos afilados y de cocina fuera del alcance del niño.
- 5632.16** Enseñar a los padres / cuidador del bebé de 19-24 meses a Enseñar al niño los peligros de la calle.
- 5632.17** Enseñar a los padres / cuidador del bebé de 19-24 meses a Guardar todos los productos de limpieza, medicamentos y productos de aseo personal fuera del alcance del niño.
- 5632.18** Enseñar a los padres / cuidador del bebé de 19-24 meses a Asegurar con múltiples barreras las zonas de la piscina / baños calientes.
- 5632.19** Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 25-36 meses a Enseñar al niño los peligros de las armas.
- 5632.20** Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 25-36 meses a Elegir los juguetes de acuerdo con las instrucciones del fabricante respecto a la edad.
- 5632.21** Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 25-36 meses a Supervisar y enseñar la utilización segura de toboganes altos y juguetes para montar.
- 5632.22** Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 25-36 meses a Guardar cerillas / encendedores fuera del alcance del niño y enseñarle los peligros del fuego y de los encendedores.
- 5632.23** Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 25-36 meses a Supervisar siempre al niño cuando este cerca de piscinas, estanques y baños calientes.
- 5632.24** Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 25-36 meses a Enseñar al niño los peligros de los desconocidos y a distinguir entre el contacto bueno y el malo.
- 5632.25** Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 25-36 meses a Proporcionar un casco homologado para montar en bicicleta y enseñar al niño a ponérselo siempre.
- 5632.26** Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 25-36 meses a Evitar el acceso del niño a ventanas, balcones y escaleras.
- 5632.27** Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 25-36 meses a Supervisar de cerca al niño cuando este al aire libre.
- 5632.28** Enseñar a los padres / cuidadores del bebé de 25-36 meses a Enseñar al niño como pedir ayuda a un adulto cuando este asustado o en peligro.

5632.29 Enseñar a los padres / cuidadores del bebé del niño a partir de 36 meses elegir los juguetes de acuerdo con las instrucciones del fabricante respecto a la edad.

5632.30 Enseñar a los padres / cuidadores del bebé del niño a partir de 36 meses supervisar y enseñar la utilización segura de toboganes altos y juguetes para montar.

5632.31 Enseñar a los padres / cuidadores del bebé del niño a partir de 36 meses guardar cerillas / encendedores fuera del alcance del niño y enseñarle los peligros del fuego y de los encendedores.

5632.32 Enseñar a los padres / cuidadores del bebé del niño a partir de 36 meses supervisar siempre al niño cuando este cerca de piscinas, estanques y baños calientes.

5632.33 Enseñar a los padres / cuidadores del bebé del niño a partir de 36 meses Enseñar al niño los peligros de los desconocidos y a distinguir entre el contacto bueno y el malo.

5632.34 Enseñar a los padres / cuidadores del bebé del niño a partir de 36 meses proporcionar un casco homologado para montar en bicicleta y enseñar al niño a ponérselo siempre.

5632.35 Enseñar a los padres / cuidadores del bebé del niño a partir de 36 meses evitar el acceso del niño a ventanas, balcones y escaleras.

5632.36 Enseñar a los padres / cuidadores del bebé del niño a partir de 36 meses Supervisar de cerca al niño cuando este al aire libre.

5632.37 Enseñar a los padres / cuidadores del bebé del niño a partir de 36 meses enseñar al niño como pedir ayuda a un adulto cuando este asustado o en peligro.

5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

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

Actividades:

5820.01 Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.

- 5820.04** Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- 5820.05** Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico
- 5820.06** Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo..
- 5820.09** Administrar masajes en la espalda/ cuello, si procede.
- 5820.12** Escuchar con atención.
- 5820.14** Crear un ambiente que facilite la confianza.
- 5820.15** Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- 5820.18** Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- 5820.23** Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

5880 TÉCNICA PARA TRANQUILIZAR

Definición: Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta distrés agudo.

Actividades:

- 5880.01** Coger y calmar al bebé o niño.
- 5880.04** Ofrecer tranquilidad al bebé, si procede.
- 5880.05** Mantener contacto visual con el paciente.
- 5880.07** Mantener la calma de un manera deliberada.
- 5880.08** Sentarse y hablar con el paciente.
- 5880.09** Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionalmente.
- 5880.11** Acariciar la frente, si procede.
- 5880.12** Disminuir los estímulos que crean miedo o ansiedad.
- 5880.13** Identificar seres queridos cuya presencia pueda ayudar al paciente.
- 5880.18** Frotar la espalda , si procede.
- 5880.21** Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.

5880.22 Instruir al paciente sobre técnicas que han de utilizarse para calmar al bebé que llora (hablar al bebé, ponerle la mano en la tripita, liberar los brazos, levantarlo, sostenerlo y mecerlo).

5900 DISTRACCIÓN

Definición: Enfoque intencionado de la atención para alejarla de sensaciones indeseables.

Actividades:

5900.01 Describir el motivo y los beneficios, límites y tipos de las técnicas de distracción disponibles.

5900.02 Describir los beneficios de estimular una variedad de modalidades sensoriales(música, contar, televisión y lectura).

5900.03 Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cuento, imaginación dirigida o el humor.

5900.05 Sugerir técnicas coherentes con el nivel de energía y la capacidad.

5900.06 Individualizar el contenido de la técnica de distracción en función de las técnicas utilizadas con éxito anteriormente y de la edad o el nivel de desarrollo.

5900.11 Fomentar la participación de la familia y los seres queridos y enseñarles, si resulta oportuno.

5900.12 Dar instrucciones escritas sobre el modo y el momento de utilizar la estrategia dada, si procede.

5900.14 Evaluar y registrar la respuesta a la distracción.

6040 TERAPIA DE RELAJACIÓN SIMPLE

Definición: Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular simple o ansiedad.

Actividades:

- 6040.01** Explicar el fundamento y beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (terapia musical, meditación y relajación muscular progresiva).
- 6040.03** Considerar la voluntad y la capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.
- 6040.05** Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.
- 6040.06** Enseñar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.
- 6040.11** Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.
- 6040.15** Fomentar la repetición o práctica frecuente de la(s) técnica(s) seleccionada(s).
- 6040.16** Dejarle un tiempo sin molestar ya que el paciente puede quedarse dormido.
- 6040.19** Grabar una cinta sobre la técnica de relajación para uso de la persona, según proceda.

6160 INTERVENCIÓN EN CASO DE CRISIS

Definición: Utilización de asesoramiento de corto plazo para ayudar al paciente a enfrentarse a las crisis y retomar un estado de funcionamiento mejor o igual al estado previo a la crisis.

Actividades:

- 6160.02** Determinar si el paciente presenta riesgo de seguridad por sí mismo o para otros.
- 6160.04** Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y dinámica de la crisis.
- 6160.05** Ayudar en la identificación de habilidades pasadas/presentes para enfrentarse a la crisis y su eficacia.
- 6160.06** Ayudar en la identificación de valores y habilidades personales que puedan utilizarse en la resolución de la crisis.
- 6160.07** Ayudar en el desarrollo de nuevas habilidades para solucionar problemas, si resulta necesario.

- 6160.08** Ayudar en la identificación de sistemas de apoyo disponibles.
- 6160.11** Ayudar en la identificación de actuaciones alternativas para resolver la crisis.
- 6160.14** Evaluar con el paciente si se ha resuelto la crisis con el curso de acción elegido.
- 6160.15** Planificar con el paciente la forma en que pueden utilizarse las habilidades de adaptación para tratar la crisis en el futuro.

6200 CUIDADOS EN LA EMERGENCIA

Definición: Puesta en práctica de las medidas de salvamento en aquellas situaciones que resulten amenazadoras para la vida.

Actividades:

- 6200.02** Activar el sistema de urgencia médica.
- 6200.04** Mantener la vía aérea abierta.
- 6200.05** Realizar resucitación cardiopulmonar, si procede.
- 6200.06** Realizar maniobra de Heimlich, si es el caso.
- 6200.09** Aplicar presión manual sobre el sitio de hemorragia, cuando corresponda.
- 6200.12** Comprobar si hay signos y síntomas de neumotórax o tórax granado.
- 6200.15** Vigilar los signos vitales.
- 6200.21** Vigilar el nivel de conciencia.
- 6200.22** Inmovilizar las fracturas, heridas grandes y cualquier parte lesionada.
- 6200.23** Controlar el estado neurológico por si hubiera posibles lesiones en la cabeza o columna.
- 6200.24** Aplicar un collar cervical, si procede.
- 6200.25** Mantener la alineación del cuerpo si se sospechan lesiones medulares.

6400 APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS

Definición :Identificación de las relaciones y acciones dependientes de alto riesgo para evitar que aumenten los daños físicos o emocionales.

Actividades:

6400.01 Identificar al adulto con un historial de infancia infeliz asociada con abusos, rechazo, exceso de crítica, o sentimientos de inutilidad y falta de amor cuando fue niño.

6400.02 Identificar al adulto que tenga dificultad para confiar en los demás o que sienta que no es apreciado por los demás.

6400.08 Determinar si los adultos son capaces de hacerse cargo el uno del otro cuando uno de ellos se encuentra demasiado tenso, cansado o irascible para tratar con el miembro de la familia dependiente.

6400.10 Identificar las situaciones de crisis que pueden desencadenar los abusos, tales como pobreza, desempleo, divorcio o muerte de un ser querido.

6400.12 Observar si el niño/adulto dependiente enfermo o lesionado presenta signos de abuso.

6400.22 Escuchar los sentimientos de la embarazada sobre el embarazo y sobre las expectativas del niño no nacido aún.

6400.26 Observar si hay un deterioro progresivo del cuidado físico y emocional del niño/adulto dependiente en el seno familiar.

6400.32 Instruir a los miembros adultos de la familia sobre los signos de abusos.

6400.35 Informar de cualquier situación en la que se sospeche de abusos a las autoridades correspondientes.

6400.36 Remitir al adulto(s) a casas de acogida en el caso de esposas maltratadas, si procede.

6402 APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS: NIÑOS

Definición : Identificación de las relaciones y acciones del niño dependiente de alto riesgo para evitar la posibilidad de que se inflijan daños físicos, sexuales o emocionales, o se abandonen las necesidades vitales básicas.

Actividades:

6402.01 Identificar a las madres con un historial de cuidados prenatales tardíos (cuatro meses o más) o ningún cuidado prenatal.

6402.02 Identificar a los padres a quienes hayan retirado la custodia de otro niño o que hayan dejado a niños con parientes durante prolongados periodos de tiempo.

6402.03 Identificar a los padres con un historial de abusos, depresión o enfermedad psiquiátrica importante

6402.05 Identificar a los padres con un historial de violencia doméstica o una madre con historial de numerosas lesiones “accidentales”.

6402.08 Determinar si la familia dispone de una red de apoyo social intacta que ayude con los problemas familiares con la falta de cuidados al niño y los cuidados del niño en crisis.

6402.11 Determinar si el niño muestra señales de abuso físico, incluyendo numerosas lesiones en distintas etapas de curación, hematoma y señales de azotes sin explicación ; comportamiento sin explicación, inmersión y quemaduras por fricción, fracturas faciales, espirales, de caña o múltiples, laceraciones, y abrasiones faciales sin explicación marcas de mordedura humana ; hemorragia intracraneal, subdural, intraventricular, e intraocular : síndrome del niño sacudido por latigazos y enfermedades que sean resistentes al tratamiento y /o tengan signos y síntomas cambiantes.

6402.16 Determinar si el niño muestra signos de abuso emocional, incluyendo retrasos en el desarrollo físico, trastornos de hábitos, trastornos de aprendizaje de conducta, reacciones de características neuróticas/psiconeuróticas, comportamientos extremos, retraso del desarrollo cognitivo, e intentos de suicidio.

6402.25 Observar si se repiten las visitas a la clínica, urgencias, o consultas del médico por problemas menores.

6402.32 Proporcionar a los padres método de castigo (limites o corrección) no corporal para disciplinar al niño.

6402.37 Proporcionar a los niños afirmaciones positivas de su valía, cuidado de nutrición comunicación y estimulación del desarrollo.

6402.38 Proporcionar a los niños que hayan sufrido abuso sexual la afirmación de que el abuso no ha sido por su culpa y permitirles expresar sus preocupaciones a través de la terapia adecuada a su edad.

6403 APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS: CÓNYUGE

Definición : Identificar las relaciones y acciones domésticas dependientes de alto riesgo para prevenir que se inflija posterior daño físico, sexual o emocional, o la explotación de uno de los cónyuges.

Actividades:

6403.01 Investigar si existen factores de riesgo asociados con el abuso doméstico (p ej. historial de violencia doméstica, abusos, rechazo, exceso de crítica o sentimientos de inutilidad y falta de amor ; dificultad para confiar en los demás o sentimientos de falta de aprecio de los demás : sensación de que la solicitud de ayuda constituye un indicio de incompetencia personal ; necesidad de cuidado físico : muchas responsabilidades de cuidado familiar, abuso de sustancias ; depresión ; enfermedades psiquiátricas importantes ; aislamiento social ; mala relación entre los cónyuges ; muchos matrimonios ; embarazo, pobreza desempleo, dependencia financiera, falta de hogar, infidelidad, divorcio, o muerte de un ser querido).

6400.03 Observar si hay signos y síntomas de abusos físicos (p. j. numerosas lesiones en distinta etapa de curación ; laceraciones, hematomas o contusiones en cara (especialmente periorbitarios), boca, torso, espalda, nalgas o extremidades superiores sin explicación ; fracturas inexplicables de cráneo, nariz, costillas o cadera ; partes sin cabellos en la cabeza o un cuero cabelludo dolorido ; magulladuras o excoriaciones en las muñecas o en los tobillos u otras marcas de ataduras, contusiones “defensivas “ en los antebrazos, y marcas de mordeduras humanas.

6403.05 Observar si hay signos y síntomas de abuso emocional (p. ej. baja autoestima, depresión, humillación, y sentimientos de derrota ; comportamiento muy precavido respecto al cónyuge ; agresión contra si mismo o actitudes suicidas).

6403.06 Observar si hay signos y síntomas de explotación (p. ej. provisión inadecuada de las necesidades básicas cuando se dispone de recursos adecuados ; privación de posesiones personales : pérdida inexplicable de los cheques de apoyo social ; evidencia de que los activos personales son cogidos sin consentimiento o aprobación o por medio de utilización de una influencia indebida, o falta de conocimiento de las finanzas personales o asuntos legales).

6403.09 Identificar incongruencias en la explicación de la causa de las lesiones.

6403.11 Entrevistar al paciente en ausencia del cónyuge, y /o a alguna otra persona que conozca la situación acerca del presunto abuso en ausencia del cónyuge.

6403.16 Observar si se repiten las visitas a clínicas, urgencias o consultas al médico por problemas de los individuos.

6403.19 Animar la expresión de y sentimientos, incluyendo miedo culpabilidad, desconcierto y autculpabilidad.

6403.25 Proporcionar información confidencial respecto a los albergues para personas que sufren violencia doméstica, según corresponda.

6403.27 Informar de cualquier situación donde se sospeche de abuso de acuerdo con las leyes de información obligatoria.

6404 APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS: ANCIANOS

Definición : Identificación de las relaciones y acciones de alto riesgo de del anciano dependiente para evitar posibles daños físicos, sexuales o emocionales ; abandono de las necesidades vitales básicas, o la explotación.

Actividades:

6404.03 Identificar las situaciones de crisis en la familia que puedan desencadenar el abuso, como la pobreza, el desempleo, el divorcio, la falta de hogar, ola muerte de un ser querido.

6404.04 Determinar si el paciente mayor y el cuidador disponen de una red de apoyo social funcional para asistir al paciente, realizar las actividades de la vida diaria y obtener cuidados sanitarios, transporte, terapia, medicinas, información de recursos, asesoramiento financiero, y ayuda con los problemas personales.

6404.05 Identificar a los pacientes ancianos que dependen de un solo cuidador o unidad familiar para disponer de asistencia y control de cuidados físicos amplios.

6404.06 Identificar a los cuidadores que muestren una salud física o mental disminuida, abusos de sustancias. depresión, fatiga, problemas o dependencia económica, lesiones que hayan sido infligidas por el paciente, falta de comprensión de las necesidades o estado del paciente, intolerancia o

actitudes muy críticas hacia el paciente, agotamiento del cuidador, lesiones de espalda ocasionadas por levantar objetos sin ayuda, abandono del paciente, o que lo amenacen con la hospitalización o con procedimientos dolorosos.

6404.10 Observar las interacciones paciente - cuidador y registrarlas.

6404.11 Determinar si el paciente mayor muestra signos de abandono, incluyendo problemas de higiene, vestimenta inadecuada (rota, sucia) o privación de ropa o calzado abrigados ; lesiones de la piel sin tratar, contracturas, integridad de la piel disminuida ; problemas por posición decúbito, malnutrición o falta de adhesión a la dieta prescrita, falta de ayuda o inadecuada, en la movilidad y percepción (bastones, vasos, asistencia con la audición) falta de dentadura postiza o dientes fracturados o cariados ; excoriaciones perianales o raspones en la piel ; problemas de salud sin tratar o ingresos repetidos debido a inadecuada vigilancia de cuidados sanitarios ; infestación con bichos ; falta de medicación o administración de sedante en exceso, y falta de contacto social.

6410 MANEJO DE LA ALERGIA

Definición: Identificación, tratamiento y prevención de las respuestas alérgicas a alimentos, medicamentos, picaduras de insectos, material de contraste, sangre u otras sustancias.

Actividades:

6410.03 Registrar todas las alergias en registros clínicos, de acuerdo con el protocolo.

6410.05 Observar si el paciente presenta reacciones alérgicas a nuevos medicamentos, fórmulas, alimentos y/ tinturas de tests.

6410.98 Identificar si han existido agudizaciones del proceso alérgico.

6410.15 Administrar inyecciones para alergias, si es necesario.

6410.07 Mantener al paciente en observación durante 30 minutos después de la administración de un agente conocido capaz de inducir una respuesta alérgica.

6410.16 Observar si hay respuestas alérgicas durante las inmunizaciones.

6410.99 Recomendar que se evite la realización de ejercicio en las seis horas siguientes a la administración de la vacuna antialérgica.

6412 MANEJO DE LA ANAFILAXIA

Definición: Fomento de la ventilación y de la perfusión de los tejidos adecuadas para un paciente con una reacción alérgica (antígeno – anticuerpo) grave.

Actividades:

6412.01 Colocar al paciente en posición de Fowler o de Fowler alta.

6412.02 Aplicar un torniquete inmediatamente junto al punto alérgico de entrada (p. ej., sitio de inyección, sitio IV, picadura de insecto, etc.), cuando sea posible.

6412.03 Administrar epinefrina acuosa subcutánea al 1:1.000 (0,3-0,5 ml) en el sitio de contacto, si es aplicable, y junto al torniquete y repetir cada 3 minutos, según sea necesario y por prescripción médica.

6412.04 Establecer y mantener la vía aérea despejada.

6412.05 Administrar oxígeno mediante mascarilla.

6412.06 Iniciar una infusión IV de solución salina normal, de Ringer lactato o de un dilatador del volumen plasmático, según corresponda.

6412.07 Tranquilizar al paciente y a los miembros de su familia.

6412.08 Observar si hay señales de shock, obstrucción de las vías aéreas, arritmias cardíacas, aspiración del contenido gástrico y convulsiones.

6412.11 Administrar espasmolíticos, antihistamínicos o corticosteroides, según prescripción médica, y documentar si existe urticaria, angiedema o broncospasmo.

6412.12 Consultar con otros y remitir, según sea necesario.

6450 MANEJO DE IDEAS ILUSORIAS

Definición: Fomento de la comodidad, seguridad y orientación de la realidad de un paciente que experimenta creencias falsas, fijas, que tienen poca o ninguna base real.

Actividades:

6450.02 Dar al paciente oportunidades de discutir las ilusiones con el cuidador.

- 6450.04** Centrar la discusión en sentimientos subyacentes, en vez de en el contenido de la ilusión (“parece como si usted sintiera miedo”).
- 6450.06** Animar al paciente a que fundamente las creencias ilusorias con las personas en quienes confía (prueba de realidad).
- 6450.07** Animar al paciente a que cuente las ilusiones a los cuidadores, antes de actuar sobre ellas.
- 6450.09** Establecer actividades recreativas y de diversión que requieran atención o habilidad.
- 6450.10** Comprobar la capacidad de cuidados de sí mismo.
- 6450.12** Vigilar el estado psíquico del paciente.
- 6450.14** Realizar el seguimiento de las ilusiones por si hubiera presencia de contenidos que resulten dañinos o violentos para el paciente mismo.
- 6450.17** Proporcionar un nivel adecuado de vigilancia / supervisión para controlar al paciente.
- 6450.22** Mantener una rutina diaria coherente.
- 6450.28** Informar sobre la enfermedad al paciente / seres queridos, si las ilusiones están fundadas en una enfermedad (delirio, esquizofrenia o depresión).

6460 MANEJO DE LA DEMENCIA

Definición: Proveer un ambiente modificado para el paciente que experimenta un estado de confusión crónico.

Actividades:

- 6460.01** Incluir a los miembros de la familia en la planificación, provisión y evaluación de cuidados, en el grado deseado.
- 6460.02** Establecer los esquemas usuales de comportamiento para actividades como dormir, utilización de medicamentos, eliminación, ingesta de alimentos y cuidados propios.
- 6460.03** Determinar el historial físico, social y psicológico del paciente, hábitos corrientes y rutinas.
- 6460.04** Identificar el tipo y grado de déficit cognitivo, mediante herramientas de evaluación normalizadas.

- 6460.11** Disponer un ambiente físico estable y una rutina diaria.
- 6460.14** Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción y hablar despacio.
- 6460.15** Dar una orden simple por vez.
- 6460.16** Hablar con un tono de voz claro, bajo y respetuoso.
- 6460.22** Establecer periodos de reposo para evitar la fatiga y reducir el estrés.
- 6460.25** Evitar frustra al paciente interrogándolo con preguntas de orientación que no pueden ser respondidas.
- 6460.36** Solicitar a los miembros de la familia y amigos que vean al paciente de uno a dos por vez, si fuera necesario, para disminuir la estimulación.
- 6460.42** Utilizar símbolos, que no sean los escritos, para ayudar al paciente a localizar la habitación, el baño u otros equipos.

6482 MANEJO AMBIENTAL: COMODIDAD

Definición: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.

Actividades:

- 6482.03** Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
- 6482.05** Proporcionar una cama limpia, cómoda.
- 6482.06** Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.
- 6482.07** Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso.
- 6482.08** Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- 6482.09** Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las necesidades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.
- 6482.10** Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, en lo posible.
- 6482.11** Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona.
- 6482.12** Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las

articulaciones durante el movimiento, tablillas inmovilizadoras para la parte dolorosa del cuerpo).

6486 MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD

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

Actividades:

6486.01 Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta del paciente.

6486.03 Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.

6486.04 Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.

6486.05 Disponer dispositivos de adaptación (barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente.

6486.06 Utilizar dispositivos de protección para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas.

6486.08 Proporcionar al paciente números telefónicos de urgencias (policía, toxicología, etc.).

6480.03 Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas flojas, y muebles pequeños, móviles).

6480.11 Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente.

6490 PREVENCIÓN DE CAÍDAS

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

Actividades:

6490.01 Identificar déficits cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.

6490.02 Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).

- 6490.05** Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulaci3n estable.
- 6490.09** Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.
- 6490.10** Enseñar al paciente c3mo caer para minimizar el riesgo de lesiones.
- 6490.17** Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.
- 6490.31** Disponer luz nocturna en la mesilla de noche.
- 6490.32** Disponer barandillas y apoya manos visibles.
- 6490.33** Colocar puertas en los accesos que conduzcan a escaleras.
- 6490.34** Disponer superficies de suelo antideslizantes, anti-caídas.
- 6490.41** Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.
- 6490.45** Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos.

6530 MANEJO DE LA INMUNIZACI3N / VACUNACI3N

Definici3n: Control del estado de inmunizaci3n, facilitando el acceso a la inmunizaciones y suministro de vacunas para evitar enfermedades contagiosas.

Actividades:

- 6530.01** Explicar a los padres el programa de inmunizaci3n recomendado necesario para los ni1os, su vıa de administraci3n, razones y beneficios de su uso, reacciones adversas y efectos secundarios.
- 6530.04** Proporcionar una cartilla de vacunaci3n para registrar fecha y tipo de las inmunizaciones administradas.
- 6530.07** Administrar inyectables a los bebes en la parte anterolateral del muslo, cuando proceda.
- 6530.14** Conocer las contraindicaciones de la inmunizaci3n (reacci3n anafil3ctica a vacunas anteriores y enfermedades moderadas o graves con o sin fiebre).
- 6530.19** Informar al paciente acerca de las medidas de alivio 3tiles despu3s de la administraci3n de f3rmacos en un ni1o.
- 6530.22** Programar las inmunizaciones a intervalos adecuados.
- 6530.99** Programar la vacunaci3n acelerada.

6550 PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES

Definición: Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo.

Actividades:

- 6550.01 Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- 6550.07 Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.
- 6550.08 Realizar técnicas de aislamiento, si es preciso.
- 6550.10 Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.
- 6550.11 Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario.
- 6550.17 Fomentar la respiración y tos profunda, si está indicado.
- 6550.18 Administrar un agente de inmunización, si resulta oportuno.
- 6550.19 Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito.
- 6550.20 Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al cuidador.
- 6550.21 Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

6680 MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

Definición: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

Actividades:

- 6680.01 Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede.
- 6680.03 Controlar la presión sanguínea mientras el paciente esta acostado, sentado y de pie, si procede.
- 6680.04 Auscultar las presiones sanguíneas en ambos brazos y comparar, si procede.
- 6680.05 Controlar la presión sanguínea, pulso, y respiraciones antes, durante y después de la actividad, si procede.

- 6680.07 Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- 6680.08 Observar la presencia y calidad de los pulsos.
- 6680.19 Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- 6680.23 Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.
- 6680.24 Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.
- 6680.98 Realizar oscilometría . según protocolo.
- 6680.99 Realizar la toma de la presión arterial, según protocolo.

6820 CUIDADOS DE BEBES

Definición: Fomento de cuidados adecuados al nivel de desarrollo y centrados en la familia para el bebe de menos de un año de edad.

Actividades:

- 6820.01 Monitorizar el peso y la altura del bebé.
- 6820.02 Monitorizar la ingesta y eliminación, si procede.
- 6820.07 Monitorizar la seguridad del ambiente del bebé.
- 6820.09 Proporcionar información a los padres acerca del desarrollo y crianza de niños.
- 6820.10 Disponer actividades adecuadas al nivel de desarrollo para estimular el desarrollo cognoscitivo.
- 6820.15 Animar a los padres a que realicen los cuidados diarios del bebe, si procede.
- 6820.18 Informar a los padres acerca de los progresos del bebé.
- 6820.22 Explicar a los padres que la regresión es normal en momentos de estrés, como enfermedad u hospitalización.
- 6820.26 Disponer un ambiente tranquilo, sin interrupciones, durante los periodos de sueño y por la noche, si procede.

6870 SUPRESIÓN DE LA LACTANCIA

Definición: Facilitar el cese de producción de leche y minimizar la congestión de los pechos después de dar a luz.

Actividades:

6870.01 Administrar por prescripción médica el fármaco para el cese de la lactación, si corresponde.

6870.04 Aplicar paquetes de hielo a la zona axilar de los pechos durante 20 minutos, cuatro veces al día y en casa, si es necesario.

6870.07 Animar a la paciente a que lleve sujetador de soporte, de buena sujeción, hasta que se suprima la lactancia.

6870.08 Aplicar vendajes compresivos en los pechos, si procede.

6870.98 Aconsejar a la paciente la sustitución alterna de las tomas entre lactancia materna y lactancia artificial, incrementando progresivamente las tomas con biberón.

6870.99 Aconsejar espaciar las tomas de forma progresiva sustituyendo las tetadas por el biberón.

6900 SUCCIÓN NO NUTRITIVA

Definición: Disponer oportunidades de succión al bebé.

Actividades:

6900.05 Colocar el dedo pulgar y el índice en la mandíbula del bebé para apoyar el reflejo de succión, si fuera necesario.

6900.06 Mover la lengua del bebé rítmicamente con el chupete, si fuera necesario, para fomentar la succión.

6900.07 Acariciar suavemente la mejilla del bebé para estimular el reflejo de succión.

6900.13 Informar a los padres de la importancia de satisfacer las necesidades de succión.

6900.14 Animar a la madre que dé el pecho a permitir la succión no nutritiva del pecho después de finalizar la toma.

6900.99 Evitar el uso del chupete en caso de lactancia materna.

7040 APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL

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:

7040.01 Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.

7040.02 Determinar la aceptación del cuidador de su papel.

7040.03 Aceptar las expresiones de emoción negativa.

7040.04 Estudiar junto al cuidador los puntos fuertes y débiles.

7040.05 Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, si procede.

7040.11 Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono y /o cuidados de enfermería comunitarios.

7040.12 Observar si hay indicios de estrés.

7040.13 Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.

7040.16 Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.

7040.17 Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.

7040.20 Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.

7050 FOMENTO DEL DESARROLLO: NIÑOS

Definición: Facilitar o enseñar a los padres / cuidadores a conseguir un crecimiento lingüístico, cognitivo, social, emocional y motor total de los niños en edad preescolar y escolar.

Actividades:

7050.01 Desarrollar una relación de confianza con el niño.

- 7050.11** Asegurarse de que el lenguaje corporal concuerda con la comunicación oral.
- 7050.14** Ayudar al niño a compartir y establecer turnos.
- 7050.16** Abrazar o mecer y consolar al niño, especialmente cuando esté angustiado.
- 7050.19** Enseñar al niño a solicitar ayuda de los demás, cuando sea necesario.
- 7050.21** Ofrecer juguetes o materiales apropiados a la edad.
- 7050.22** Ayudar al niño a que aprenda habilidades de autoayuda (alimentarse, arreglarse, cepillarse los dientes, lavarse las manos y vestirse).
- 7050.26** Enseñar al niño a que obedezca instrucciones.
- 7050.28** Ser coherente y estructurado con las estrategias de manejo / modificación de la conducta.
- 7050.31** Proporcionar oportunidades y materiales para construir, dibujar, modelar con arcilla, pintar y colorear.
- 7050.33** Proporcionar la oportunidad de armar puzzles y laberintos.
- 7050.37** Contar o leer cuentos al niño.
- 7050.38** Trabajar en el orden y secuencia de las letras, números y objetos.
- 7050.41** Proporcionar oportunidades y animar al ejercicio y actividades motoras de los músculos mayores.
- 7050.97** Comprobar el desarrollo psicomotor: Test Denver
- 7050.98** No abusar de tiempo de televisión y seleccionar los programas que se van a ver.
- 7050.99** Tomar la presión arterial a los 6 años

7052 FOMENTO DEL DESARROLLO: ADOLESCENTES

Definición: Facilitar el crecimiento físico, cognitivo, social y emocional óptimo de los individuos durante la transición de la infancia a la edad adulta.

Actividades:

- 7052.97** Monitorización de peso, estatura y presión arterial.
- 7052.02** Animar al adolescente para que se implique activamente en las decisiones respecto a su propio cuidado de la salud.
- 7052.09** Fomentar una dieta saludable.

- 7052.07** Fomentar la higiene personal.
- 1720.01** Explicar la necesidad del cuidado dental diario como rutina
- 1720.04** Fomentar las revisiones dentales regulares.
- 7052.08** Favorecer la participación en ejercicios seguros sobre una base regular.
- 7052.98** Fomentar la lectura.
- 7052.99** No abusar de ver la televisión y videojuegos.
- 7052.16** Promover las habilidades comunicativas.
- 7052.17** Fomentar las habilidades de asertividad
- 7052.19** Promover las respuestas no violentas para la resolución de conflictos.
- 5624.07** Apoyar el papel de los padres como principales educadores sexuales de sus hijos.
- 7052.10** Facilitar el desarrollo de la identidad sexual.
- 7052.11** Favorecer la conducta sexual responsable.
- 5624.17** Educar a los niños y adolescentes en las consecuencias negativas del embarazo precoz (pobreza y pérdida de la educación y de oportunidades de hacer carrera).
- 5624.18** Enseñar a los niños y adolescentes las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.
- 5624.21** Informar a los niños y adolescentes acerca de medios anticonceptivos eficaces.
- 7052.21** Promover el desarrollo y el mantenimiento de las relaciones sociales.
- 7052.22** Favorecer la participación en las actividades escolares, extraescolares y de la comunidad.
- 7052.13** Fomentar la evitación del alcohol, el tabaco y las drogas.
- 4490.02** Ayudar al fumador de forma clara y consistente dejar de fumar.
- 7052.14** Impulsar la seguridad en la conducción.
- 7052.05** Proporcionar inmunización adecuada.
- 7052.24** Remitir a servicios de asesoramiento, según sea necesario.
- 7052.01** Crear una relación de confianza con el adolescente y sus tutores.

7100 ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR

Definición: Favorecer la cohesión y unidad familiar.

Actividades:

- 7100.01** Escuchar a los miembros de la familia.
- 7100.02** Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.
- 7100.03** Determinar la comprensión familiar sobre las causas de la enfermedad.
- 7100.05** Ayudar a la familia a resolver los sentimientos de culpa.
- 7100.07** Comprobar las relaciones familiares actuales.
- 7100.08** Identificar los mecanismos típicos de la familia para enfrentarse a situaciones problemáticas.
- 7100.09** Identificar las prioridades opuestas entre los miembros de la familia.
- 7100.10** Ayudar a la familia en la resolución de conflictos.
- 7100.17** Colaborar con la familia en la solución de problemas.
- 7100.22** Remitir a la familia a grupos de apoyo de otras familias que experimenten problemas similares.

7110 FOMENTO DE LA IMPLICACIÓN FAMILIAR

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

Actividades:

- 7110.01** Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
- 7110.02** Apreciar los recursos, físicos, emocionales y educativos del cuidador principal.
- 7110.03** Identificar los déficit de cuidados propios del paciente.
- 7110.09** Facilitar la comprensión por parte de la familia de los aspectos médicos de la enfermedad.
- 7110.12** Apreciar otros factores de estrés sobre la situación para la familia.
- 7110.13** Reconocer los síntomas físicos de estrés de los miembros de la familia (llanto, náuseas, vómitos y estado de distracción).
- 7110.18** Ayudar al cuidador principal a conseguir el material para proporcionar los cuidados necesarios.
- 7110.19** Reconocer la necesidad del cuidador principal de ser relevado de las responsabilidades de cuidados continuos.

7110.20 Apoyar al cuidador principal en el aprovechamiento de oportunidades de servicios de relevo.

7140 APOYO A LA FAMILIA

Definición: Estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares

Actividades:

7140.01 Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.

7140.02 Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.

7140.04 Ofrecer una esperanza realista.

7140.05 Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.

7140.07 Favorecer una relación de confianza con la familia.

7140.08 Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.

7140.14 Reducir las discrepancias entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales de cuidados.

7140.20 Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados.

7140.24 Animar la toma de decisiones familiares en la planificación de los cuidados del paciente a largo plazo que afecten a la estructura y a la economía familiar.

7140.26 Ayudar a la familia a adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados del paciente.

7140.36 Ayudar a los miembros de la familia durante los procesos de muerte

7150 TERAPIA FAMILIAR

Definición: Ayudar a los miembros de la familia a conseguir un modo de vida más positivo para vivir mejor.

Actividades:

7150.02 Determinar los roles habituales del paciente dentro del sistema familiar.

7150.04 Determinar los conflictos y ver si los miembros de la familia quieren resolverlos.

7150.05 Utilizar la realización del historial familiar para fomentar el debate familiar.

7150.12 Solicitar a los miembros de la familia su participación en la puesta en práctica de actividades de experiencia hogareña, como hacer alguna de las comidas juntos.

7150.13 Facilitar el debate familiar a medida que los miembros den prioridad a los datos y seleccionen la cuestión familiar más inmediata que ha de tratarse.

7150.14 Ayudar a los miembros de la familia a clarificar qué necesitan y esperan unos de otros.

7150.16 Permitir a los miembros de la familia reconocer y recompensar aspectos positivos.

7150.17 Disponer retos dentro del debate familiar para romper o ampliar contextos y para estimular la aparición de nuevas posibilidades.

7150.20 Ayudar a los miembros de la familia a cambiar, mediante el cambio de sí mismos, en su relación con otros miembros de la familia.

7180 ASISTENCIA EN EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR

Definición: Ayudar al paciente o familia a mantener el hogar como un sitio limpio, seguro y placentero.

Actividades:

7180.01 Determinar las necesidades de mantenimiento en casa del paciente.

7180.02 Implicar al paciente/familiar en la decisión de las necesidades de mantenimiento de la casa.

7180.03 Aconsejar las alteraciones estructurales necesarias para que el hogar sea accesible.

7180.04 Proporcionar información sobre la manera de convertir el hogar en un sitio seguro y limpio.

7180.05 Ayudar a los miembros de la familia a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en la realización de sus papeles.

7180.12 Solicitar servicios asistenta/e, si procede.

7180.13 Ayudar a la familia a utilizar la red de apoyo social

7180.14 Proporcionar información sobre cuidados intermitentes, si es necesario.

7200 FOMENTO DE LA NORMALIZACIÓN FAMILIAR

Definición: Ayudar a los padres y demás miembros de la familia con niños con enfermedad crónica o discapacidades a tener experiencias vitales normales para sus niños y familias.

Actividades:

7200.01 Fomentar el desarrollo de la integración del niño en el sistema familiar sin que el niño se convierta en el centro de la familia.

7200.04 Fomentar la interacción con otros niños normales.

7200.11 Comunicar la información acerca del estado del niño a aquellos que la precisan para realizar una supervisión de seguridad u oportunidades educativas adecuadas al niño.

7200.13 Ayudar a la familia a solicitar un sistema escolar que asegure el acceso a programas educativos adecuados.

7200.19 Establecer los recursos de cuidados intermitentes comunitarios.

7200.20 Animar a los padres a que dispongan de tiempo para el cuidado de sus necesidades personales.

7200.21 Proporcionar información a la familia acerca del estado del niño, tratamiento y grupos de apoyo asociados para la familia.

7260 CUIDADOS INTERMITENTES

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

Actividades:

7260.02 Controlar la capacidad de resistencia del cuidador.

7260.04 Coordinar el voluntariado para los servicios en casa, si procede.

7260.06 Seguir la rutina habitual de cuidados.

7260.07 Proporcionar cuidados, como ejercicios, deambulacion e higiene, si se requiere.

7260.08 Conseguir los números de teléfonos de urgencias.

7280 APOYO DE HERMANOS

Definición : Ayudar al hermano del paciente con una enfermedad /estado crónico/discapacidad a enfrentarse a ello.

Actividades:

7280.01 Explorar los conocimientos del hermano acerca de la enfermedad del paciente.

7280.02 Estimar el estrés del hermano relacionado con el estado de la enfermedad del paciente

7280.03 Estimar la capacidad de hacer frente a la enfermedad / discapacidad del paciente.

7280.05 Proporcionar información acerca de las respuestas del hermano y de lo que los demás miembros de la familia pueden hacer para ayudar.

7280.08 Animar a los padres u otros miembros de la familia a proporcionar información sincera la hermano.

7280.11 Fomentar la comunicación entre el hermano y enfermo.

7280.14 Animar al hermano a visitar al hermano o hermana enferma.

7280.26 Enseñar la patología de la enfermedad al hermano, según la etapa de desarrollo y el estilo de aprendizaje.

7400 GUÍAS DEL SISTEMA SANITARIO

Definición: Facilitar al paciente la localización y la utilización adecuada de los servicios sanitarios

Actividades:

7400.01 Explicar el sistema de cuidados sanitarios inmediato, su funcionamiento y lo que puede esperar el paciente / familia.

7400.02 Instruir al paciente sobre el tipo de servicio que se puede esperar de cada clase de cuidador sanitario.

7400.05 Informar sobre los recursos comunitarios adecuados y las personas de contacto

7400.08 Proporcionar al paciente un copia de la carta de derechos del paciente.

7400.10 Determinar y facilitar la comunicación entre los proveedores de cuidados y el paciente, familia, si procede.

7400.17 Disponer un sistema de seguimiento con el paciente, si procede.

7400.19 Animar al paciente / familia a que haga preguntas sobre los servicios y costes.

7400.21 Ayudar a los pacientes a rellenar los formularios de asistencia, tales como alojamiento y ayuda económica, si lo precisan.

7440 FACILITACIÓN DE PERMISOS

Definición: Organizar una salida de la institución sanitaria para un paciente.

Actividades:

7440.03 Proporcionar información acerca de las restricciones y duración del permiso.

7440.04 Proporcionar la información necesaria para el uso de permisos en caso de emergencias.

7440.05 Establecer la persona responsable del paciente, si procede.

7440.06 Discutir el permiso con la persona responsable describiendo los cuidados/autocuidados, si es necesario.

7440.07 Preparar la medicación que debe llevarse con el permiso y avisar a la persona responsable.

7440.08 Proporcionar los dispositivos/equipos de asistencia, si se precisan.

7440.13 Explicar a la persona correspondiente que será necesario disponer de información acerca de la medicación, comidas e ingesta de alcohol mientras esté de permiso.

7440.14 Evaluar al regreso si se han cumplido los objetivos del permiso.

7460 PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

Definición: Protección de los derechos a cuidados sanitarios de un paciente incapaz de tomar decisiones, especialmente si el paciente es menor, está incapacitado o es incompetente.

Actividades:

7460.01 Proporcionar al paciente la "Carta de derechos del paciente".

7460.03 Proteger la intimidad del paciente durante las actividades de higiene, eliminación y aseo personal.

7460.04 Determinar si los deseos del paciente acerca de los cuidados son conocidos.

7460.06 Trabajar con el médico y la administración hospitalaria para cumplir con los deseos del paciente y de la familia.

7460.07 Abstenerse de forzar el tratamiento.

7460.08 Tomar nota de la preferencia religiosa.

7460.09 Conocer la situación legal de las últimas voluntades en vida.

7460.10 Cumplir con los deseos del paciente expresados en un testamento en vida o en un poder en vigor de un abogado referente a los cuidados sanitarios, si procede.

7460.11 Cumplir con las órdenes de «no resucitar».

7460.12 Ayudar a la persona agonizante con los asuntos sin acabar.

7560 FACILITAR LAS VISITAS

Definición: Estimulación beneficiosa de las visitas por parte de la familia y amigos.

Actividades:

7560.01 Determinar las preferencias del paciente en cuanto a visitas e informar de ellas.

7560.03 Determinar la necesidad de la limitación de las visitas, como, por ejemplo, demasiados visitantes, que el paciente está impaciente o cansado o su estado físico no lo permite.

7560.04 Determinar la necesidad de favorecer las visitas de familiares y amigos.

7560.11 Establecer las responsabilidades y actividades de la familia/seres queridos para ayudar al paciente como, por ejemplo, alimentar al paciente.

7560.32 Responder a las preguntas y dar explicaciones de los cuidados en términos que los visitantes puedan entender.

7680 AYUDA EN LA EXPLORACIÓN

Definición: Proporcionar ayuda al paciente y al cuidador durante un procedimiento o examen.

Actividades:

7680.01 Asegurarse de que se ha obtenido el consentimiento si procede.

7680.02 Explicar el motivo del procedimiento.

7680.04 Utilizar un lenguaje adecuado al explicar los procedimientos a los niños.

7680.06 Reunir el equipo correspondiente.

7680.08 Crear un ambiente de intimidad.

7680.09 Dejar permanecer junto al paciente la padre / ser querido, si procede.

7680.10 Colocar en la posición adecuada y tapar al paciente, si es el caso.

7680.14 Explicar al paciente cada paso del procedimiento.

7680.16 Proporcionar apoyo emocional al paciente, si está indicado.

7680.19 Reforzar la conducta esperada durante el examen de un niño.

7680.20 Facilita la utilización del equipo, si procede.

7680.25 Instruir al paciente sobre los cuidados posteriores al procedimiento.

7960 INTERMEDIACIÓN CULTURAL

Definición: Utilizar a propósito estrategias culturalmente adecuadas para establece un puente o mediar entre la cultura del paciente y el sistema sanitario biomédico.

Actividades:

7960.01 Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tienen el paciente el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o plan de tratamiento.

7960.03 Identificar con el paciente, las prácticas culturales que pueden afectar negativamente a la salud, de manera que el paciente pueda elegir de manera informada.

7960.05 Conseguir, cuando no se puedan resolver los conflictos, un compromiso de tratamiento aceptable e función del conocimiento biomédico, del conocimiento del punto de vista del paciente y de las normas éticas.

7960.10 Incluir a la familia, cuando corresponda, en el plan para su adhesión al régimen prescrito.

7960.14 Proporcionar información al paciente sobre el sistema de cuidados sanitarios.

8100 DERIVACIÓN

Definición: Disponer los arreglos para el suministro de servicios por parte de otros cuidadores o institución.

Actividades:

8100.04 Establecer los cuidados necesarios.

8100.05 Determinar si se dispone de cuidados de apoyo en el hogar/comunidad.

8100.12 Ponerse en contacto con el centro/cuidador correspondiente.

8100.13 Cumplimentar el informe de derivación correspondiente.

8100.15 Comentar el plan de cuidados del paciente con el siguiente proveedor de cuidados.

8190 SEGUIMIENTO TELEFÓNICO

Definición: Dar los resultados de una prueba o evaluar la respuesta del paciente y determinar posibles problemas por teléfono.

Actividades:

8190.01 Determinar que realmente se está hablando con el paciente, si hay alguien más, que tiene permiso para darle la información.

8190.02 Identificarse con nombre, credenciales, organización; hacer saber al oyente que se está grabando la conversación (mediante receptor de calidad).

8190.04 Notificar al paciente los resultados de las pruebas, según esté indicado (resultados positivos con implicaciones importantes para la salud, como por ejemplo, resultados de biopsias, no debería darlos la enfermera por teléfono)

8190.06 Ayudar con cambios de prescripciones, de acuerdo con las normas establecidas.

8190.07 Hacer preguntas.

8190.08 Proporcionar información acerca de los recursos de la comunidad, programas educativos, grupos de apoyo y de autoayuda, según esté indicado.

8190.09 Establecer un fecha y una hora para el seguimiento o una cita.

8190.10 Proporcionar información acerca del régimen de tratamiento y de las responsabilidades resultantes de los autocuidados, según sea necesario de acuerdo con la aplicación práctica y las normas establecidas.

8190.11 Mantener la confidencialidad.

8190.14 Determinar cómo puede localizarse al paciente o a algún miembro de la familia para devolver la llamada programada según convenga.

8190.99 Proporcionar información a las preguntas requeridas.

8300 FOMENTO DE LA PATERNIDAD EN FAMILIAS DE ALTO RIESGO

Definición: Proporcionar información sobre la paternidad, apoyo y coordinación de servicios globales en familias de alto riesgo.

Actividades:

8300.04 Realizar visitas a domicilio, según esté indicado por el nivel de riesgo.

8300.05 Ayudar a los padres a tener esperanzas realistas adecuadas al nivel de desarrollo y de las capacidades del niño.

8300.07 Debatir las estrategias de control de conducta adecuadas a cada edad.

8300.09 Enseñar a los padres a responder a las conductas mostradas por el niño.

8300.12 Escuchar los problemas y las preocupaciones de los padres sin juzgarlos.

8300.18 Controlar el estado de salud el niño, si los reconocimientos son correctos y el estado de inmunizaciones es el adecuado.

8300.21 Remitir a los recursos de la comunidad , si procede.

8300.24 Informar a los padres sobre dónde encontrar servicios de planificación familiar.

8300.26 Ayudar a organizar el cuidado diario, según sea necesario.

8300.28 Remitir a un centro de atención de la violencia doméstica, según sea necesario.

8300.29 Remitir a un centro para el tratamiento de abuso de sustancias, según sea necesario.

8990 CONCERTAR CITA

Definición: Establecer contacto con el paciente para concertar una cita y responder a las demandas de información requerida hasta el próximo contacto asistencial.

Actividades:

8990.01 Dar cita para una próxima consulta.

8990.02 Informar de las condiciones en que ha de acudir a la próxima visita (ayunas, sin tomar medicación...).

8990.03 Informar de los cuidados mínimos necesarios hasta la próxima visita.

8990.04 Resolver las dudas que plantea el paciente.

ÍNDICE de intervenciones por CÓDIGOS

Código	Intervención (NIC)	Página
0200	Fomento del ejercicio	169
0201	Fomentar el ejercicio: entrenamiento de extensión	169
0221	Terapia de ejercicios: deambulaci3n	170
0222	Terapia de ejercicios: Equilibrio	171
0224	Terapia de ejercicios: movilidad articular	172
0410	Cuidados de incontinencia intestinal	172
0412	Cuidados en la incontinencia intestinal: encopresis	173
0420	Irrigaci3n intestinal	174
0430	Manejo intestinal.	174
0440	Entrenamiento del h3bito intestinal	175
0450	Manejo del estreñimiento / impactaci3n	175
0460	Manejo de la diarrea	176
0470	Disminuci3n de la flatulencia	176
0480	Cuidados de la ostomía	177
0560	Ejercicio del suelo p3lvico	178
0580	Sondaje vesical	179
0582	Sondaje vesical: intermitente	179
0590	Manejo de la eliminaci3n urinaria	180
0600	Entrenamiento del h3bito urinario	181
0610	Cuidados de la incontinencia urinaria	181
0612	Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis	182
0620	Cuidados de la retenci3n urinaria	182
0740	Cuidados del paciente: encamado	183
0762	Cuidados del paciente escayolado: mantenimiento	184
0846	Cambio de posici3n: paciente en silla de ruedas	185
0840	Cambio de posici3n	184
0910	Inmovilizaci3n	185
0960	Transporte	186
1030	Manejo de los trastornos de la alimentaci3n	187
1050	Alimentaci3n	187
1052	Alimentaci3n por biber3n.	188

1056	Alimentación enteral por sonda	189
1080	Sondaje nasogástrico	189
1100	Manejo de la nutrición	190
1120	Terapia nutricional	191
1200	Administración de nutrición parenteral total (NPT)	191
1240	Ayuda para ganar peso	192
1260	Manejo del peso	192
1280	Ayuda para disminuir de peso	193
1380	Aplicación de calor y/o frío	194
1400	Manejo del dolor	195
1450	Manejo de las náuseas	196
1480	Masaje simple	197
1570	Manejo del vómito	197
1610	Baño	198
1641	Cuidados de los oídos:niño	199
1642	Cuidados de los oídos: audición	199
1643	Cuidados de los oídos:lavado ótico	200
1660	Cuidados de los pies	200
1680	Cuidados de las uñas	201
1710	Mantenimiento de la salud bucal	201
1720	Fomentar la salud bucal	202
1730	Restablecimiento de la salud bucal	202
1750	Cuidados perineales	203
1780	Cuidados de una prótesis	204
1800	Ayuda al auto cuidado	204
1801	Ayuda en los autocuidados:baño/higiene	204
1804	Ayuda con los auto cuidados: aseo	205
1850	Fomentar el sueño	206
1860	Terapia de la deglución	206
1874	Cuidados de la sonda nasogástrica	207
1876	Cuidados de la sonda vesical	208
2080	Manejo de líquidos/electrólitos	208
2120	Manejo de la hiperglucemia	209
2130	Manejo de la hipoglucemia	210
2300	Administración de medicación	211

2308	Administración de medicación: ótica	212
2311	Administración de medicación: inhalación	212
2312	Administración de medicación: intradérmica (ID)	213
2313	Administración de medicación: intramuscular (IM)	214
2316	Administración de medicación: tópica	214
2317	Administración de medicación: subcutánea (SC)	215
2380	Manejo de la medicación	215
2400	Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (PCA)	216
2440	Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)	217
2680	Manejo de las convulsiones	217
2690	Precauciones contra las convulsiones	218
3140	Manejo de las vías aéreas	219
3160	Aspiración de las vías aéreas	219
3250	Mejorando la tos	220
3320	Oxigenoterapia	220
3350	Monitorización respiratoria, espirometría y pulsioximetría	221
3440	Cuidados del sitio de incisión	222
3500	Manejo de presiones	223
3520	Cuidados de las úlceras por presión	223
3540	Prevención de las úlceras por presión	224
3590	Vigilancia de la piel	225
3620	Sutura	225
3660	Cuidados de las heridas	226
3662	Cuidados de las heridas: drenaje cerrado	227
3740	Tratamiento de la fiebre	228
3780	Tratamiento de la exposición al calor	228
3900	Regulación de la temperatura	229
4020	Disminución de la hemorragia	229
4028	Disminución de la hemorragia: heridas	230
4030	Administración de productos sanguíneos	231
4039	Electrocardiograma	231
4046	Cuidados cardíacos: rehabilitación	232
4062	Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial	233
4066	Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa	234
4070	Precauciones circulatorias	235

4120	Manejo de líquidos	235
4130	Monitorización de líquidos	236
4145	Hidratación subcutánea	236
4190	Punción intravenosa (IV)	237
4200	Terapia intravenosa (IV)	238
4340	Entrenamiento de la asertividad	239
4356	Manejo de la conducta: sexual	239
4360	Modificación de la conducta	240
4380	Establecer límites	241
4400	Terapia musical	241
4410	Establecimiento de objetivos comunes	242
4420	Acuerdo con el paciente	242
4480	Facilitar la autorresponsabilidad	243
4490	Ayuda para dejar de fumar	244
4500	Prevención del consumo de sustancias nocivas	244
4640	Ayuda para el control del enfado	245
4720	Estimulación cognoscitiva	246
4760	Entrenamiento de la memoria	246
4820	Orientación de la realidad	247
4920	Escucha activa	248
4974	Fomento de la comunicación: Déficit auditivo	249
5100	Potenciación de la socialización	249
5210	Guía de anticipación	250
5220	Potenciación de la imagen corporal	250
5230	Aumentar el afrontamiento	251
5240	Asesoramiento	252
5244	Asesoramiento de lactancia	253
5246	Asesoramiento nutricional	254
5248	Asesoramiento sexual	254
5250	Apoyo en toma de decisiones	255
5260	Cuidados en la agonía	255
5270	Apoyo emocional	256
5280	Facilitar el perdón	257
5290	Facilitar el duelo	257
5300	Facilitar la expresión del sentimiento de culpa	258

5310	Dar esperanza.	259
5340	Presencia	259
5360	Terapia de entretenimiento	260
5370	Potenciación de roles	260
5380	Potenciación de la seguridad	261
5400	Potenciación de la autoestima	262
5420	Apoyo espiritual	262
5426	Facilitación del crecimiento espiritual	263
5430	Grupo de apoyo	264
5440	Aumentar los sistemas de apoyo.	265
5450	Terapia de grupo	265
5470	Declarar la verdad al paciente	266
5480	Clarificación de valores	267
5510	Realización de un programa de educación sanitaria	268
5562	Educación paterna: adolescentes	268
5566	Educación paterna: crianza familiar de los niños	269
5568	Educación paterna: niño (primeros años de vida)	270
5602	Enseñanza: proceso de enfermedad	271
5604	Enseñanza: grupo	272
5606	Enseñanza: individual	273
5612	Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito	274
5614	Enseñanza: dieta prescrita	275
5616	Enseñanza: medicamentos prescritos	275
5618	Enseñanza: procedimiento tratamiento	276
5622	Enseñanza: sexo seguro	277
5624	Enseñanza: sexualidad	277
5626	Enseñanza: nutrición infantil (0-12 meses).	278
5628	Enseñanza: seguridad infantil(0-12 meses)	280
5632	Enseñanza: Seguridad niño pequeño y escolar	282
5820	Disminución de la ansiedad	284
5880	TÉCNICA para tranquilizar	285
5900	Distracción	286
6040	Terapia de relajación simple	286
6160	Intervención en caso de crisis	287
6200	Cuidados en la emergencia	288

6400	Apoyo en la protección contra abusos	288
6402	Apoyo en la protección contra abusos: niños	289
6403	Apoyo en la protección contra abusos: cónyuge	291
6404	Apoyo en la protección contra abusos: ancianos	292
6410	Manejo de la alergia	293
6412	Manejo de la anafilaxia	294
6450	Manejo de ideas ilusorias	294
6460	Manejo de la demencia	295
6482	Manejo ambiental: comodidad	296
6486	Manejo ambiental: seguridad	297
6490	Prevención de caídas	297
6530	Manejo de la inmunización / vacunación	298
6550	Protección contra las infecciones	299
6680	Monitorización de los signos vitales	299
6820	Cuidados de bebés	300
6870	Supresión de la lactancia	301
6900	Succión no nutritiva	301
7040	Apoyo al cuidador principal	302
7050	Fomento del desarrollo: niños	302
7052	Fomento del desarrollo: adolescentes	303
7100	Estimulación de la integridad familiar	304
7110	Fomento implicación familiar	305
7140	Apoyo a la familia	306
7150	Terapia familiar	306
7180	Asistencia en el mantenimiento del hogar	307
7200	Fomento de la normalización familiar	308
7260	Cuidados intermitentes	308
7280	Apoyo de hermanos	309
7400	Guías del sistema sanitario	309
7440	Facilitación de permisos	310
7460	Protección de los derechos del paciente	311
7560	Facilitar las visitas	311
7680	Ayuda en la exploración	312
7960	Intermediación cultural	312
8100	Derivación	313

8190	Seguimiento telefónico	313
8300	Fomento de la paternidad en familias de alto riesgo	314
8990	Concertar cita	315

Índice alfabético

Código	Intervención	pg
4420	Acuerdo con el paciente	242
2300	Administración de medicación	211
2311	Administración de medicación: inhalación	212
2312	Administración de medicación: intradérmica (ID)	213
2313	Administración de medicación: intramuscular (IM)	214
2308	Administración de medicación: ótica	212
2317	Administración de medicación: subcutánea (SC)	215
2316	Administración de medicación: tópica	214
1200	Administración de nutrición parenteral total (NPT)	191
4030	Administración de productos sanguíneos	231
1050	Alimentación	187
1056	Alimentación enteral por sonda	189
1052	Alimentación por biberón.	188
1380	Aplicación de calor y/o frío	194
7140	Apoyo a la familia	306
7040	Apoyo al cuidador principal	302
7280	Apoyo de hermanos	309
5270	Apoyo emocional	256
6400	Apoyo en la protección contra abusos	288
6404	Apoyo en la protección contra abusos: ancianos	292
6403	Apoyo en la protección contra abusos: cónyuge	291
6402	Apoyo en la protección contra abusos: niños	289
5250	Apoyo en toma de decisiones	255
5420	Apoyo espiritual	262
5240	Asesoramiento	252
5244	Asesoramiento de lactancia	253
5246	Asesoramiento nutricional	254
5248	Asesoramiento sexual	254
7180	Asistencia en el mantenimiento del hogar	307
2400	Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (PCA)	216
3160	Aspiración de las vías aéreas	219

5230	Aumentar el afrontamiento	251
5440	Aumentar los sistemas de apoyo.	265
1800	Ayuda al auto cuidado	204
1804	Ayuda con los auto cuidados: aseo	205
7680	Ayuda en la exploración	312
1801	Ayuda en los autocuidados:baño/higiene	204
4490	Ayuda para dejar de fumar	244
1280	Ayuda para disminuir de peso	193
4640	Ayuda para el control del enfado	245
1240	Ayuda para ganar peso	192
1610	Baño	198
0840	Cambio de posición	184
0846	Cambio de posición: paciente en silla de ruedas	185
5480	Clarificación de valores	267
8990	Concertar cita	315
4046	Cuidados cardíacos: rehabilitación	232
4062	Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial	233
4066	Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa	234
6820	Cuidados de bebés	300
0410	Cuidados de incontinencia intestinal	172
0610	Cuidados de la incontinencia urinaria	181
0612	Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis	182
0480	Cuidados de la ostomía	177
0620	Cuidados de la retención urinaria	182
1874	Cuidados de la sonda nasogástrica	207
1876	Cuidados de la sonda vesical	208
3660	Cuidados de las heridas	226
3662	Cuidados de las heridas: drenaje cerrado	227
3520	Cuidados de las úlceras por presión	223
1680	Cuidados de las uñas	201
1643	Cuidados de los oídos:lavado ótico	200
1641	Cuidados de los oídos:niño	199
1660	Cuidados de los pies	200
1780	Cuidados de una prótesis	204
0762	Cuidados del paciente escayolado: mantenimiento	184

0740	Cuidados del paciente: encamado	183
3440	Cuidados del sitio de incisión	222
5260	Cuidados en la agonía	255
6200	Cuidados en la emergencia	288
0412	Cuidados en la incontinencia intestinal: encopresis	173
7260	Cuidados intermitentes	308
1750	Cuidados perineales	203
1642	Cuidados de los oídos: audición	199
5310	Dar esperanza.	259
5470	Declarar la verdad al paciente	266
8100	Derivación	313
5820	Disminución de la ansiedad	284
0470	Disminución de la flatulencia	176
4020	Disminución de la hemorragia	229
4028	Disminución de la hemorragia: heridas	230
5900	Distracción	286
5562	Educación paterna: adolescentes	268
5566	Educación paterna: crianza familiar de los niños	269
5568	Educación paterna: niño (primeros años de vida)	270
0560	Ejercicio del suelo pélvico	178
4039	Electrocardiograma	231
5622	Enseñanza: sexo seguro	277
5612	Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito	274
5614	Enseñanza: dieta prescrita	275
5604	Enseñanza: grupo	272
5606	Enseñanza: individual	273
5616	Enseñanza: medicamentos prescritos	275
5626	Enseñanza: nutrición infantil (0-12 meses).	278
5618	Enseñanza: procedimiento tratamiento	276
5602	Enseñanza: proceso de enfermedad	271
5628	Enseñanza: seguridad infantil(0-12 meses)	280
5632	Enseñanza: Seguridad niño pequeño y escolar	282
5624	Enseñanza: sexualidad	277
4340	Entrenamiento de la asertividad	239
4760	Entrenamiento de la memoria	246

0440	Entrenamiento del hábito intestinal	175
0600	Entrenamiento del hábito urinario	181
4920	Escucha activa	248
4380	Establecer límites	241
4410	Establecimiento de objetivos comunes	242
4720	Estimulación cognoscitiva	246
7100	Estimulación de la integridad familiar	304
7440	Facilitación de permisos	310
5426	Facilitación del crecimiento espiritual	263
5290	Facilitar el duelo	257
5280	Facilitar el perdón	257
4480	Facilitar la autor responsabilidad	243
5300	Facilitar la expresión del sentimiento de culpa	258
7560	Facilitar las visitas	311
0201	Fomentar el ejercicio: entrenamiento de extensión	169
1850	Fomentar el sueño	206
1720	Fomentar la salud bucal	202
4974	Fomento de la comunicación: Déficit auditivo	249
7200	Fomento de la normalización familiar	308
8300	Fomento de la paternidad en familias de alto riesgo	314
7052	Fomento del desarrollo: adolescentes	303
7050	Fomento del desarrollo: niños	302
0200	Fomento del ejercicio	169
7110	Fomento implicación familiar	305
5430	Grupo de apoyo	264
5210	Guía de anticipación	250
7400	Guías del sistema santario	309
4145	Hidratación subcutánea	236
0910	Inmovilización	185
7960	Intermediación cultural	312
6160	Intervención en caso de crisis	287
0420	Irrigación intestinal	174
6482	Manejo ambiental: comodidad	296
6486	Manejo ambiental: seguridad	297
6450	Manejo de ideas ilusorias	294

6410	Manejo de la alergia	293
6412	Manejo de la anafilaxia	294
4356	Manejo de la conducta: sexual	239
6460	Manejo de la demencia	295
0460	Manejo de la diarrea	176
0590	Manejo de la eliminación urinaria	180
2120	Manejo de la hiperglucemia	209
2130	Manejo de la hipoglucemia	210
6530	Manejo de la inmunización / vacunación	298
2380	Manejo de la medicación	215
1100	Manejo de la nutrición	190
2680	Manejo de las convulsiones	217
1450	Manejo de las náuseas	196
3140	Manejo de las vías aéreas	219
4120	Manejo de líquidos	235
2080	Manejo de líquidos/electrólitos	208
1030	Manejo de los trastornos de la alimentación	187
3500	Manejo de presiones	223
1400	Manejo del dolor	195
0450	Manejo del estreñimiento / impactación	175
1260	Manejo del peso	192
1570	Manejo del vómito	197
0430	Manejo intestinal.	174
2440	Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)	217
1710	Mantenimiento de la salud bucal	201
1480	Masaje simple	197
3250	Mejorando la tos	220
4360	Modificación de la conducta	240
4130	Monitorización de líquidos	236
6680	Monitorización de los signos vitales	299
3350	Monitorización respiratoria, espirometría y pulsioximetría	221
4820	Orientación de la realidad	247
3320	Oxigenoterapia	220
5400	Potenciación de la autoestima	262
5220	Potenciación de la imagen corporal	250

5380	Potenciación de la seguridad	261
5100	Potenciación de la socialización	249
5370	Potenciación de roles	260
4070	Precauciones circulatorias	235
2690	Precauciones contra las convulsiones	218
5340	Presencia	259
6490	Prevención de caídas	297
3540	Prevención de las úlceras por presión	224
4500	Prevención del consumo de sustancias nocivas	244
6550	Protección contra las infecciones	299
7460	Protección de los derechos del paciente	311
4190	Punción intravenosa (IV)	237
5510	Realización de un programa de educación sanitaria	268
3900	Regulación de la temperatura	229
1730	Restablecimiento de la salud bucal	202
8190	Seguimiento telefónico	313
1080	Sondaje nasogástrico	189
0580	Sondaje vesical	179
0582	Sondaje vesical: intermitente	179
6900	Succión no nutritiva	301
6870	Supresión de la lactancia	301
3620	Sutura	225
5880	TÉCNICA para tranquilizar	285
0221	Terapia de ejercicios: deambulación	170
0222	Terapia de ejercicios: Equilibrio	171
0224	Terapia de ejercicios: movilidad articular	172
5360	Terapia de entretenimiento	260
5450	Terapia de grupo	265
1860	Terapia de la deglución	206
6040	Terapia de relajación simple	286
7150	Terapia familiar	306
4200	Terapia intravenosa (IV)	238
4400	Terapia musical	241
1120	Terapia nutricional	191
0960	Transporte	186

3780	Tratamiento de la exposición al calor	228
3740	Tratamiento de la fiebre	228
3590	Vigilancia de la piel	225

BIBLIOGRAFÍA

1. Carpenito, L.J. Manual de diagnóstico de enfermería. 5 Ed. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid. 1995.
2. Clements, M. Cuidados geriátricos en enfermería. Barcelona: Doyma, 1986
3. Del Pino Casado, R. Cantón Ponce, D. Alarcón Juárez, A. Fuentes Martínez, A Navas Anguis, V. Rincón Montilla, M.C. Ruiz Cejudo, R. Poder de explicación del diagnóstico enfermero en la actividad desarrollada en consulta de enfermería de pacientes crónicos en atención primaria. Enfermería Clínica, 2001 ; 11: 3-8
4. Ferrer Ferrandis, E. Taxonomía NIC: implicaciones en el proceso de cuidados. El Correo AENTDE [En prensa]
5. G. Bustos Lozano Protocolo de actividades preventivas en la infancia y la adolescencia. Grupo de Expertos de Actividades Preventivas de 0 a 14 años del PAPPS.
6. GedapS. Guía para el tratamiento de la Diabetes tipo 2 en atención primaria. 3ª ed. Madrid: Harcourt; 2000.
7. Gordon, M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Ed. Mosby, Madrid, 1996.
8. Guía para ayudar a promover una Alimentación Saludable. SEMFYC.1999
9. ILLINWORTH.El niño normal. 1993
10. J.J. Rodríguez Alonso, S. Holgado Catalán, F. León Vázquez, J. Cabello Suárez-Guanes, Protocolo de vendajes funcionales (I).
11. Johnson M, Bulechek g, McCloskey S, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelación NANDA, NIC y NOC. Barcelona: Harcourt, 2002.
12. L. Busquet Duran, K. Naberán Toña, E. Hernández Huet, Protocolos de asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en atención primaria. Barcelona: Ediciones Doyma, 1994; 1: s4.
13. Loveman E, Royle P, Waugh N. Specialist nurses in diabetes mellitus (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2 2003. Oxford: Update Software.
14. M. de la Figuera Von Wichman Hipertensión arterial en atención primaria Grupo de trabajo en Hipertensión Arterial.Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
15. M. Mata Cases, M. de la Torre Castañeda , A. Espluga Capdevila, X. Mundet Tuduri, P. Roura Olmeda. María Trilla Soler Protocolo de diabetes mellitus en atención primaria. Grupo de Trabajo de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Barcelona.
16. Manual de Exámenes de Salud escolar. Conselleria de Sanitat y Consum.2002
17. Manual del niño sano. Conselleria de Sanitat.1998

18. McCloskey, J.C; Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC) 3ª ed. Harcourt, Madrid, 2001.
19. Monografías de Educación para la salud en la escuela. Conselleria de Sanitat
20. Ramon Ciurana Misol, Dolores Forés García, Amando Martín Zurro, Jorge Luis Tizón García , Protocolo de actividades preventivas para la población adulta.
21. Recomendaciones para la atención del paciente con ASMA. SEMFYC.1998
22. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JThM van, Assendelft WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2 2003. Oxford: Update Software.
23. Rodrigo Córdoba, M.a Teresa Delgado, Manuel Botaya, Carmen Barberá, Pilar Lacarta, Concepción Sanz. Protocolo de tabaco en atención primaria.
24. Smith B, Appleton S, Adams R, Southcott A, Ruffin R. Atención domiciliaria por medio de enfermería a distancia para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane). In: La Cochrane Library Plus, Número 2, 2002. Oxford: Update Software.
25. Strauch, P. Atención Primaria Cuidados de Enfermería. Barcelona: Doymqa, 1986
26. V. Lisa Catón, P. Marco Aguilar, E. Millán Revuelta, J. Ochoa Prieto Protocolo de emergencias médicas (I).
27. Y Lacasse, L Brosseau, S Milne, S Martin, E Wong, GH Guyatt, RS Goldstein, White J. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2 2003. Oxford: Update Software.