



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE JAÉN



Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN

Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN

Coordinadores

José Carlos Bellido Vallejo

Enfermero. Área Quirúrgica Complejo Hospitalario de Jaén

José Francisco Lendínez Cobo

Presidente del Ilustre Colegio de Enfermería de Jaén

PRIMERA EDICIÓN



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE JAÉN

**Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson
y los Lenguajes NNN**

Edita: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén

Sefarad, 42- 1º- D y bajo

23006 JAÉN

www.enfermeriajaen.com

comunicacion@enfermeriajaen.com

Coordinación:

José Carlos Bellido Vallejo y José Francisco Lendínez Cobo

Depósito legal: J 1574-2010

ISBN: 978-84-694-0295-5

Portada:

Rafael Pino

Compaginación y maquetación:

Rafael Pino

Impresión y encuadernación:

xxxxxxxxxxxxxxxx

Pritend in Spain. Impreso en España

Índice

Capítulo 1. Metodología.

José Carlos Bellido Vallejo

Capítulo 2. Modelo de cuidados de Virginia Henderson

José Carlos Bellido Vallejo, Ángeles Ríos Ángeles,

Serafín Fernández Salazar

Capítulo 3. Necesidad de respirar normalmente.

Verónica Cárdenas Casanova, José Ibáñez Muñoz,

Adoración Alba Rosales

Capítulo 4. Necesidad de comer y beber adecuadamente

José Ibáñez Muñoz, María Dolores García Márquez,

Serafín Fernández Salazar

Capítulo 5. Necesidad de eliminar por todas las vías corporales

Adoración Alba Rosales, Ángeles Ríos Ángeles,

Ana López Márquez

Capítulo 6. Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas

María Dolores García Márquez, Isabel Garrido de Toro,

José Carlos Bellido Vallejo

Capítulo 7. Necesidad de dormir y descansar

Serafín Fernández Salazar, Martín David Millán Cobo,

Antonio Jesús Ramos Morcillo

Capítulo 8. Necesidad de escoger la ropa adecuada: vestirse y desvestirse

Ángeles Ríos Ángeles, María del Carmen Rodríguez Torres,

Verónica Cárdenas Casanova

Capítulo 9. Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro

de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente

Ana López Márquez, Adoración Alba Rosales, José Ibáñez Muñoz

Capítulo 10. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Isabel Garrido de Toro, Serafín Fernández Salazar,

María Dolores García Márquez

Capítulo 11. Necesidad de evitar peligros ambientales y evitar lesionar

a otras personas

José Carlos Bellido Vallejo, Ana López Márquez

y Ángeles Ríos Ángeles

Capítulo 12. Necesidad de comunicarse con los demás, expresando

emociones, necesidades, temores u opiniones

Martín David Millán Cobo, José Carlos Bellido Vallejo,

Isabel Garrido de Toro

Capítulo 13. Necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias

*Antonio Jesús Ramos Morcillo, Verónica Cárdenas Casanova,
María del Carmen Rodríguez Torres*

Capítulo 14. Necesidad de ocuparse de algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal

*María del Carmen Rodríguez Torres, Antonio Jesús Ramos Morcillo,
Martín David Millán Cobo*

Capítulo 15. Necesidad de participar en actividades recreativas

*María Dolores García Márquez, Adoración Alba Rosales,
Verónica Cárdenas Casanova*

Capítulo 16. Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles

*Ana López Márquez, María del Carmen Rodríguez Torres,
Antonio Jesús Ramos Morcillo*

Capítulo 17. Patrones funcionales de Marjory Gordon

*José Ibáñez Muñoz, Isabel Garrido de Toro,
Martín David Millán Cobo*

Autores

María Adoración Alba Rosales.

Enfermera Gestora de Casos. Distrito Sanitario Jaén. Diplomada en Enfermería.

José Carlos Bellido Vallejo.

Enfermero. Área Quirúrgica del Complejo Hospitalario de Jaén. Máster en investigación, innovación en salud, cuidados y calidad de vida por la Universidad de Jaén.

Verónica Cárdenas Casanova.

Enfermera. Área Quirúrgica. Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda (Jaén). Máster en Gerontología Social, Longevidad y Salud por la Universidad de Jaén.

José Ibáñez Muñoz. Enfermero.

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Complejo Hospitalario de Jaén. Licenciado en Psicología.

Ana López Márquez.

Enfermera. Urgencias Hospital de Andújar. Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Experto en Enfermería de Urgencias y Emergencias por la Universidad de Jaén.

Martín David Millán Cobo.

Enfermero Gestor de Casos. Unidad de Gestión Clínica de Bailén. Distrito. Máster en investigación, innovación en salud, cuidados y calidad de vida por la Universidad de Jaén.

Serafin Fernández Salazar.

Enfermero. Área Quirúrgica Hospital Sierra de Segura. Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir. Máster en investigación, innovación en salud, cuidados y calidad de vida por la Universidad de Jaén.

María Dolores García Márquez.

Enfermera. Atención Primaria. Distrito Sanitario de Jaén. Máster en Salud Pública y Alta Dirección por la Universidad Complutense de Madrid.

Isabel María Garrido de Toro.

Enfermera. Unidad de Cuidados Críticos, Hospital San Agustín de Linares (Jaén). Diplomada Universitaria en Enfermería.

Antonio Jesús Ramos Morcillo.

Enfermero. Profesor departamento Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén. Licenciado en Antropología Social y Cultural.

Ángeles Ríos Ángeles.

Enfermera. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias 061 (Jaén). Diplomada en Enfermería.

María del Carmen Rodríguez Torres.

Enfermera Gestora de Casos. Complejo Hospitalario de Jaén. Máster en Heridas Crónicas por la Universidad de Cantabria.

PRÓLOGO

Este libro sobre “Proceso Enfermero” supone un esfuerzo por intentar darle el valor que hoy en día tiene en el desarrollo profesional. El proceso de elaboración ha durado seis meses y ha requerido de un plan de trabajo ordenado y por fases, que poco a poco ha permitido ir configurando un documento con la suficiente calidad y contenido metodológico como para que su consulta aporte elementos de utilidad en la planificación de cuidado.

Hoy día sigue siendo un reto la implementación del proceso enfermeros en muchos entornos asistenciales, las múltiples circunstancias que concurren en el trabajo diario de las enfermeras hace que esto todavía sea difícil. Nuestro deseo es que este libro pueda ser un elemento de consulta y pueda servir de orientación para que el proceso enfermero logre ir implantándose en el quehacer de las enfermeras.

Se ha intentado hacer un libro que sea de utilidad a las enfermeras, especialmente en su práctica clínica, para ello no sólo se ha contado con la revisión bibliográfica, sino que el grupo de profesionales que ha participado en su elaboración ha intentado trasladar también su experiencia asistencial. Por lo tanto, no se trata sólo de una mera selección teórica de diagnósticos, resultados e intervenciones, sino que cada una de las interrelaciones creadas están sustentadas por el conocimiento y la experiencia de sus autores.

Es más, para plantear un manual sobre el proceso enfermero útil y con coherencia, se ha elegido el modelo de cuidados de Virginia Henderson para que dé soporte y orientación filosófica al desarrollo del libro y bajo ese prisma se han desarrollado las valoraciones e interrelaciones Nanda-Noc-Nic. No obstante, se han introducido otros elementos igualmente necesarios como son la valoración por Patrones Funcionales y un glosario de términos que amplían los puntos de referencia y consulta.

En el interés de que el libro pueda interesar al mayor número de enfermeras, el grupo de trabajo está formado por enfermeras de todos los ámbitos asistenciales, atención primaria y especializada, unidades de agudos, quirúrgicas, etc. Y para dar la mayor amplitud posible a su contenido, dentro de las limitaciones que supone tener que hacer una selección de diagnóstico-resultados-intervenciones, los capítulos han estado revisados y ajustados por varios profesionales para que la visión fuese lo menos reduccionista posible.

Igualmente, es de justicia citar el enorme esfuerzo que realiza el Colegio de Enfermería de Jaén para llevar hasta las manos de los colegiados esta publicación, al igual que otras muchas, de manera totalmente gratuita, como los numerosos cursos formativos que desarrolla a lo largo del año sin coste alguno para los profesionales colegiados. En concreto, esta publicación supone una herramienta complementaria tanto a los cursos sobre Prescripción y Metodología Enfermera que ya lo han realizado unos mil quinientos colegiados. Una publicación que complementa y amplía la visión ya dada por los profesores de esta actividad formativa y en la que el profesional encontrará un apoyo tangible para su proceso formativo.

Y es que formarse, aprender de manera continuada y conocer los avances y las mejoras que se producen en la Enfermería es fundamental para el buen desarrollo de nuestra profesión y su día a día. No en vano, los enfermeros y enfermeras vamos copando metas insospechadas hace unos años.

La prescripción enfermera es hoy en día una realidad, la mayoría de los colegiados jiennenses ya lo saben y han participado en cursos específicos sobre este avance; el Grado se imparte ya en nuestras universidades, de los tres años de diplomatura hemos pasado a cuatro, más otros dos de especialidad. O el desarrollo de las Especialidades: con Enfermería Familiar y Comunitaria, Enfermería Geriátrica y Enfermería Pediátrica, se completan seis de las siete Especialidades enfermeras. En septiembre el Ministerio de Sanidad y Política Social

se convocaron las pruebas para acceder a las plazas de formación (EIR) de las especialidades y con ello la vinculación de cada especialidad con su puesto de trabajo. Este hecho va unido a la petición, por parte del Colegio de Enfermería, de la creación y puesta en marcha de Unidades Docentes en los Centros Sanitarios.

Nuestra profesión avanza a pasos agigantados y nosotros, como no puede ser de otra manera, con ella.

José Francisco Lendínez Cobo
Presidente del Colegio de Enfermería de Jaén

CAPÍTULO I

METODOLOGÍA

José Carlos Bellido Vallejo

Generalidades

Este manual sobre el Proceso Enfermero (PE) tiene como objetivo ofrecer una obra útil a las enfermeras, por su enfoque metodológico y validez para la práctica asistencial. El esfuerzo realizado por el grupo de trabajo se centra en dar respuesta a estos dos aspectos y el desarrollo del manual busca conjugar criterios de calidad metodológica con aplicabilidad clínica.

El PE apoyado por algunos elementos que hoy día resultan esenciales en su implementación clínica, es sin duda el eje central. El modelo de cuidados de Virginia Henderson se plantea como marco conceptual que dirige y orienta el desarrollo de la obra, de manera particular su marco de valoración de 14 Necesidades Básicas (NB), utilizado para enfocar el PE y desarrollar los capítulos. Los lenguajes enfermeros NANDA-NOC-NIC (NNN), como herramientas estandarizadas ampliamente aceptadas, dan consistencia y apoyo a las etapas del PE: Diagnóstico-Planificación-Ejecución-Evaluación y permiten a las enfermeras comunicar sus cuidados en un lenguaje común. También la valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon (PF), como alternativa a la valoración por NB, para quienes se sientan más cercanos o cómodos en este marco de valoración.

La obra sigue un desarrollo por capítulos, una vez explicada la metodo-

logía que ha orientado su elaboración y presentado el marco conceptual de Henderson, los siguientes capítulos toman como punto de partida las 14 NB. Cada uno de ellos desarrolla una necesidad con una o varias interrelaciones NNN.

Los capítulos sobre NB presentan una definición de la NB, una selección de los datos más relevantes que deberían tenerse en cuenta al realizar la valoración de la persona y una mención a aquellos instrumentos que pueden ser de ayuda en la valoración. Además, asociados se encuentran uno o varios diagnósticos NANDA (DN), entendidos como aquellos problemas más prevalentes con los que puede encontrarse la enfermera en su práctica clínica, que están identificados por su etiqueta, código, definición, se acompañan de una selección de características definitorias, factores relacionados o de riesgo, según corresponda, de los incluidos en la edición 2009-2011 de la NANDA, y las posibles fuentes de dificultad identificadas como las más comunes para este tipo de problemas.

Tomando las fuentes de dificultad como áreas de mejora y desarrollo para la persona, se establece la planificación de cuidados con la especificación de resultados NOC y de intervenciones NIC. Cada NOC presenta su etiqueta, código, definición, una selección de indicadores considerados más útiles para la medición de la consecución del resultado y sus escalas de medición asociadas. Cada NIC presenta su etiqueta, código, definición y una selección de actividades más relevantes, que no dejan de ser una mera representación de las múltiples posibilidades de actuación e interacción con el paciente.

Los capítulos finales buscan ampliar las vías de información, presentando la valoración por PF como otro marco para la valoración muy reconocido y utilizado por muchas enfermeras, un glosario de términos que permite ampliar los conceptos empleados y un listado de referencias bibliográficas que el grupo de trabajo ha utilizado en la elaboración del manual. En el caso de los PF se busca mantener la consonancia y estructura con los datos utilizados en las NB, así cada patrón presenta una definición, una selección de datos que deberían tenerse en cuenta al realizar la valoración de la persona y los instrumentos que pueden ser de ayuda a esa valoración. Para hacer posible la consulta de la planificación de cuidados desde los PF se presenta un mapa con los DN que se consideran asociados a cada PF, de tal manera que consultando el diagnóstico se puede consultar la interrelación NNN.

Grupo de trabajo

El primer paso fue configurar un grupo de trabajo formado por enfermeras, que pudiera dotar al manual de la calidad metodológica y aplicabilidad clínica que se buscaba, para ello todos sus componentes son asistenciales, cuentan con experiencia y formación como para que sus aportaciones sean sustanciales.

En la composición del grupo estén representados los niveles asistenciales de Atención Primaria, Especializada, Urgencias y Emergencias. El grupo de trabajo quedó configurado con 12 enfermeras que pertenecen a los siguientes entornos asistenciales: Medicina Interna, Gestores de Casos en Atención Primaria y Especializada, Unidad de Cuidados Intensivos, Emergencias o6I, Atención Primaria, Bloque Quirúrgico y Urgencias hospitalarias.

Líneas generales

En su primera reunión el grupo estableció y consensuó las líneas generales: El PE como eje metodológico, el modelo de cuidados de Virginia Henderson como modelo conceptual, los marcos de valoración (NB y PF) y los lenguajes enfermeros NNN.

Selección de Diagnósticos

Establecidas las líneas generales se vio la necesidad de centrar los esfuerzos en aquellos problemas que a las enfermeras les pudieran ser de mayor utilidad, por su presencia en todos los niveles asistenciales, por su interés para ciertos grupos de pacientes o por su utilidad en la práctica clínica.

Para identificar los diagnósticos NANDA que había que desarrollar, se planteó un documento de trabajo que contenía todos diagnósticos de la última edición de la NANDA (2009-2011) y una escala de Likert cuatro puntos (1 Absolutamente innecesario, 2 Algo innecesario, 3 Algo necesario, 4 Totalmente necesario). El grupo puntúa cada uno de los diagnósticos en base a su utilización y vigencia en la práctica clínica.

Se realizaron cinco rondas de consenso, tras las cuales quedaron seleccionados 48 diagnósticos. En las tres primeras rondas la selección/eliminación de diagnósticos estuvo guiada por criterios cuantitativos, se eliminaban aquellos diagnósticos que presentaban porcentajes de consenso elevados en las puntuaciones 1 y 2 de la escala de Likert, es decir el grupo los consideraba innecesarios, al tiempo que se seleccionaban aquellos que presentaban porcentajes elevados

en las puntuaciones 4 y 3, el grupo los consideraba necesarios. En la cuarta y quinta ronda, además se introdujeron criterios cualitativos, para afinar en la selección y evitar que quedaran fuera diagnósticos que en determinadas parcelas enfermeras pudieran ser de valor y para evitar que alguna necesidad / patrón quedara sin diagnósticos asociados.

La selección de 48 diagnósticos se organiza asociándolos a las 14 NB y también a los 11 PF, de tal manera que se genera un árbol donde cada necesidad o patrón cuenta con uno o varios diagnósticos asociados.

Interrelación NNN

En cada uno de los capítulos relacionados con las NB, los autores se plantean que la planificación de cuidados tenga en cuenta la fuente de dificultad identificada para cada DN (fuerza, conocimiento o voluntad). En este sentido los Resultados NOC y sus indicadores (cuarta edición) que se eligen van en la dirección de plantear resultados que ayuden a la persona a mejorar su situación de salud, superar sus limitaciones, obtener mayor conocimiento, disponer de mejores y más eficaces recursos, potenciar sus capacidades, etc. Del mismo modo las Intervenciones NIC y actividades seleccionadas (quinta edición), quieren ser una representación de las posibilidades de actuación de la enfermera para ayudar e influenciar los resultados.

Se establecen criterios de uniformidad estableciendo un máximo de tres NOC y no más de nueve indicadores para cada diagnóstico y para las intervenciones un máximo de cinco NIC y no más de quince actividades asociadas a cada DN.

Revisión

Todos los capítulos han seguido un proceso de revisión por pares. Cada capítulo ha sido revisado y evaluado por dos miembros del grupo de trabajo que no habían participado en su elaboración.

La evaluación de los revisores ha presentado en todos los capítulos consideraciones, ajustes y sugerencias a los autores. Una vez consideradas, éstos presentaron un segundo documento con la incorporación de los cambios sugeridos o la justificación de porqué se mantenía el planteamiento inicial.

Los revisores en su segunda ronda analizaron los cambios y justificaciones y plantearon sus conclusiones finales. Cuando el documento se consideró que

cumplía con todos los requisitos de uniformidad y contenido recibió el visto bueno. Cuando apareció alguna discrepancia y/o existían aspectos de uniformidad que debían ser revisados, se les trasladó de nuevo esta información a los autores. Se convocó una reunión para afinar y ajustar los aspectos que no habían podido ser consensuados mediante el proceso de revisión.

Limitaciones

El desarrollo de cada uno de los capítulos, sí bien se corresponde con la estrategia y planteamiento general del manual, refleja la visión de sus autores, el enfoque realizado en cada capítulo tiene mucho del propio conocimiento, realidad y experiencia clínica de los autores que han participado en su elaboración.

Se realiza un esfuerzo por concentrarse en aquellos diagnósticos, resultados e intervenciones considerados más adecuados o relevantes, esto sin duda genera que algunas áreas del cuidado enfermero, como por ejemplo la materno-infantil, hayan podido quedar menos representadas. Además se establecen criterios de uniformidad que limitan número de resultados e intervenciones, por lo que la interrelación NNN establecida en cada uno de los diagnósticos puede considerarse limitada o reduccionista.

Cada una de las interrelaciones planteadas debe entenderse como una de las posibles vías clínicas que la enfermera tiene a su disposición, pero no por ello la única. Por tanto en aquellos casos o situaciones en los que la enfermera considere que el planteamiento presentado no cubre todas sus expectativas, o no refleja fielmente la situación de sus pacientes, deben considerarse otros desarrollos y consultar otros manuales, para ello existen un listado de referencias bibliográficas que pueden ayudar en la búsqueda.

El manual se centra en aquellas situaciones en las que la enfermera puede trabajar desde una perspectiva independiente. No se consideran en este manual ni los problemas de colaboración con otros miembros del equipo multidisciplinar, ni los problemas de autonomía en los que la persona pueda necesitar una suplencia total.

CAPÍTULO II

MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON

*José Carlos Bellido Vallejo,
Ángeles Ríos Ángeles, Serafín Fernández Salazar*

FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON

La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el proceso enfermero (PE), el método científico aplicado a los cuidados.

Además de aplicar un método de trabajo sistemático, las enfermeras necesitan delimitar su campo de actuación. El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería, definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde una determinada visión o marco conceptual.

Disponer y aplicar un modelo de cuidados aporta importantes beneficios a las enfermeras, ya que muestra de forma más clara la filosofía e ideología; ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión; contribuye en el debate teoría/práctica, propiciando un mayor acercamiento entre ambas partes a través de la investigación y se fomenta el debate teórico, llena de contenido el trabajo asistencial.

Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson. Son varias las razones que han propiciado su adopción y vigencia en nuestros días y que resultan de peso de manera particular a las enfermeras clínicas. El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el PE, cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica.

Además es posible integrar, junto con el modelo de cuidados y el PE, los lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC (NNN), cada vez más incorporados en el quehacer de las enfermeras y en los sistemas de información. Permite a las enfermeras trabajar desde un plano propio y también en colaboración con otros profesionales, hecho de gran valor en muchos entornos de cuidados y en nuestra realidad asistencial. Tiene en cuenta las ventajas de fomentar estilos de vida sanos y conductas saludables, consideración coherente con muchas de las propuestas y programas de nuestro sistema sanitario.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada.

En su libro *The Nature of Nursing* (La Naturaleza de la Enfermería) publicado en 1966, Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona.

El desarrollo de este rol, a través de los cuidados básicos de enfermería, legítima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados.

“La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”.

Resulta de interés su particular visión sobre la función autónoma de la enfermera, esa parte independiente de su trabajo que ella inicia y controla. También el planteamiento de la colaboración con otros profesionales del equipo de salud, en la aplicación y seguimiento del programa terapéutico, ya sea para la mejora de la salud, la recuperación de la enfermedad o el apoyo a la muerte.

Asimismo considera a la persona como centro del sistema, otorgándole un papel activo en su proceso de salud. Los miembros del equipo deben considerar a la persona la figura central y comprender que ante todo están “atendiéndole”.

Si no entiende, acepta y participa en el plan elaborado con ella y para ella, el esfuerzo del equipo se desaprovechará. Cuanto antes pueda ella cuidarse, buscar información relacionada con su salud, o incluso llevar a cabo el tratamiento prescrito, mejor se encontrará.

Expondremos a continuación los componentes esenciales del modelo de Henderson a través de los cuales podremos entender cuál es su enfoque, orientación y filosofía.

Asunciones filosóficas

La enfermera tiene una función propia, ayudar a individuos sanos o enfermos, pero también puede compartir actividades con otros profesionales como miembro del equipo de salud.

Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia. La sociedad espera un servicio de la enfermería que ningún otro profesional puede darle.

La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo y requiere ayuda para conseguir su independencia.

Proposiciones

La persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman una unidad.

El entorno es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo. Las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad puede obstaculizar dicho control.

La enfermería es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas.

La salud es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y

alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas. La persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma, o cuando esto no es posible, la ayuda de otros. Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

Elementos

Objetivo de los cuidados. Ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

Usuario del servicio. La persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas, o que aún sin presentarlo, tiene potencial de desarrollo.

Papel de la enfermería. Suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudarle a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.

Enfermera como sustituta. Compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado grave o crítico. Cubre sus carencias y realiza las funciones que no puede hacer por sí misma. En este período se convierte, filosóficamente hablando, en el cuerpo del paciente para cubrir sus necesidades como si fuera ella misma.

Enfermera como ayudante. Establece las intervenciones durante su convalecencia, ayuda al paciente para que recupere su independencia, apoya y ayuda en las necesidades que la persona no puede realizar por sí misma.

Enfermera como acompañante. Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.

Fuente de dificultad. También denominada área de dependencia, alude a la falta de conocimientos, de fuerza (física o psíquica) o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

Intervención de la enfermera. El centro de intervención de la enfermera son las áreas de dependencia de la persona, la falta de conocimientos (saber qué hacer y cómo hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo, poder hacerlo) o de voluntad (querer hacerlo). El modo de la intervención se dirige a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad. Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose

en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona. El grado hasta el cual las enfermeras ayudan a los pacientes a adquirir independencia es una medida de su éxito. Cuando la independencia es inalcanzable, la enfermera ayuda a la persona a aceptar sus limitaciones o su muerte, cuando esta es inevitable.

Consecuencias de la intervención. Es la satisfacción de las necesidades básicas, bien sea supliendo la autonomía o desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica, para que logre la satisfacción de las 14 necesidades básicas.

Conceptos

Necesidades básicas. Las 14 necesidades básicas son indispensables para mantener la armonía e integridad de la persona. Cada necesidad está influenciada por los componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Las necesidades interactúan entre ellas, por lo que no pueden entenderse aisladas. Las necesidades son universales para todos los seres humanos, pero cada persona las satisface y manifiesta de una manera. Son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Cuidados básicos. Son cuidados llevados a cabo para satisfacer las necesidades básicas de la persona, están basados en el juicio y razonamiento clínico de la enfermera, con la orientación de suplir la autonomía de la persona o ayudarla a desarrollar la fuerza, conocimientos o voluntad que le permitan satisfacerlas por sí misma. Es cualquier cuidado enfermero, con independencia del grado de complejidad necesario para su realización, que la persona requiera para alcanzar su independencia o ser suplida en su autonomía. Se aplican a través de un plan de cuidados elaborado de acuerdo a las necesidades de cada persona.

Independencia. Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas.

Dependencia. Nivel deficitario o insuficiente de desarrollo del potencial de la persona, por falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que le impide o dificulta satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.

Autonomía. Capacidad de la persona para satisfacer las necesidades básicas por sí misma.

Agente de autonomía asistida. Quien realiza acciones encaminadas a satisfacer las necesidades que requieren cierto grado de suplencia.

Manifestaciones de independencia. Conductas o acciones de la persona que resultan adecuadas, acertadas y suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

Manifestaciones de dependencia. Conductas o acciones de la persona que resultan inadecuadas, erróneas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, en estos momentos o en el futuro, como consecuencia de la falta de fuerza, conocimiento o voluntad.

RELACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO CON EL MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON

La Enfermería ha dejado de ser “el arte milenario del cuidado” para convertirse en la ciencia del cuidado, alejándose del modelo biomédico en el que se trataba la enfermedad para abarcar en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas. Para lograr esta evolución ha sido necesario adoptar un marco teórico conceptual en el que basar los principios y objetivos de la profesión, así como adaptarse al método científico utilizando una metodología

propia para resolver los problemas de su competencia. Esto implica la sistematización del abordaje utilizado para resolver un problema, es decir, la utilización de un método sistemático para brindar cuidados centrados en la consecución de los resultados predefinidos y esperados. En definitiva, ha sido necesaria la implementación del Proceso Enfermero (PE) en la práctica diaria como método científico para la gestión y administración de los cuidados. El PE se basa en principios y normas que promueven el pensamiento crítico, así como fomentan la eficiencia de los cuidados de enfermería, orientándonos a la consecución de los objetivos de la profesión enfermera.

- ▷ Prevenir la enfermedad y fomentar, mantener o reestablecer la salud.
- ▷ Facilitar la autogestión de los cuidados de salud potenciando el bienestar y las capacidades de la persona.
- ▷ Brindar cuidados de salud de calidad y eficientes en función de las necesidades y deseos de la persona.
- ▷ Seguir buscando formas de incrementar la satisfacción al administrar cuidados de salud de calidad.

La implementación del PE permite a los profesionales de enfermería proporcionar los cuidados necesarios tanto a nivel biomédico, como de respuestas humanas y necesidades generadas a partir de la situación de salud.

Las ventajas demostradas de la utilización del PE en la práctica asistencial son múltiples.

- ▶ Proporciona un método organizado para gestionar y administrar el cuidado, eficaz y eficiente tanto en términos humanos como económicos.
- ▶ Delimita el ámbito de actuación de enfermería.
- ▶ Demuestra de forma concreta el impacto de la práctica enfermera.
- ▶ Facilita y fomenta la investigación en enfermería, con lo que se incrementan los conocimientos, el desarrollo de las bases teóricas de la disciplina y la efectividad de la práctica enfermera.
- ▶ Propicia la comunicación entre el equipo de cuidados y mejora la coordinación interdisciplinar.
- ▶ Facilita la continuidad de los cuidados e incrementa su calidad.
- ▶ Permite la valoración objetiva de los resultados obtenidos por la aportación enfermera, aumentando la satisfacción de los profesionales.

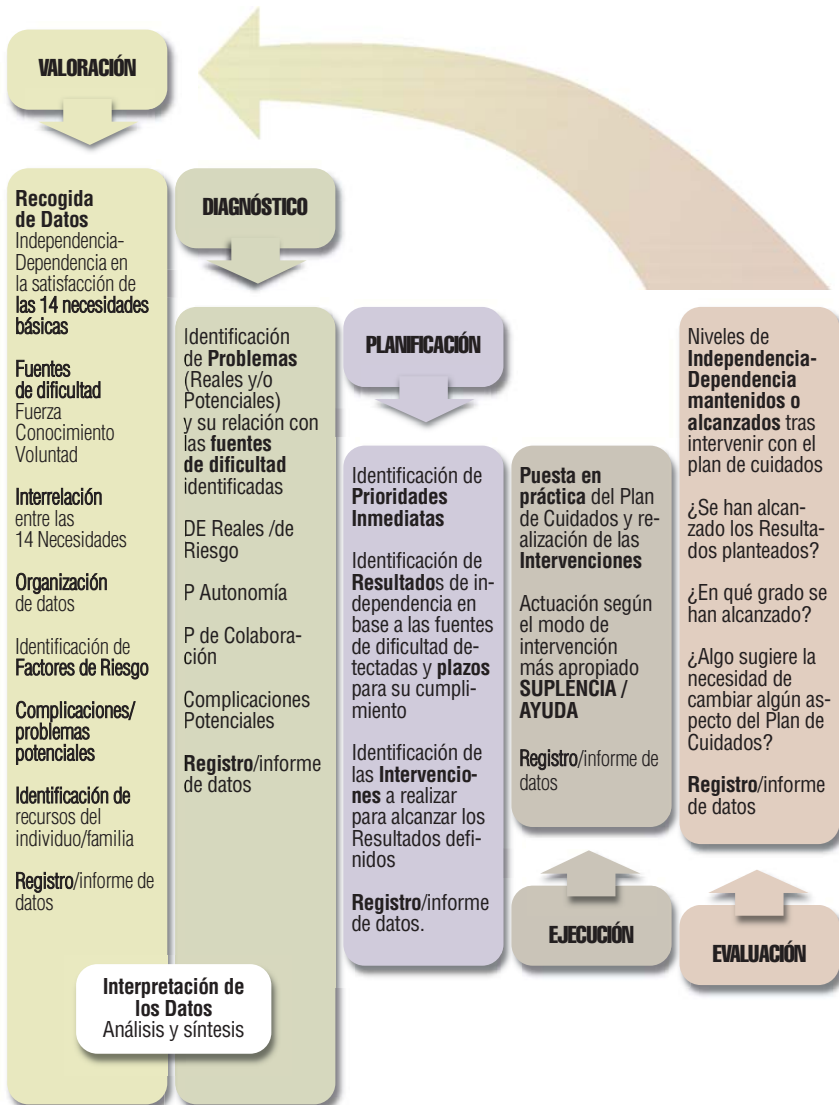
- ▶ Adapta los cuidados al individuo y no a la enfermedad, manteniendo siempre vigente el factor humano en los cuidados.
- ▶ Implica de forma activa a la persona y/o familia en los cuidados aumentando sus capacidades para el autocuidado y autonomía.

Disponemos de herramientas que vertebran la aplicación del PE, así como el los conocimientos y lenguaje común de la profesión, tanto para la formulación diagnóstica como para el establecimiento de Resultados (Objetivos) e identificación de las Intervenciones adecuadas para alcanzarlos

- ▷ **Clasificación de Diagnósticos Enfermeros-NANDA** (North American Nursing Diagnosis Association)
- ▷ **Clasificación de Resultados Enfermeros-NOC** (Nursing Outcomes Classification). Clasificación global y estandarizada de los resultados del individuo, definidos como un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria en respuesta a una intervención enfermera.
- ▷ **Clasificación de Intervenciones Enfermeras-NIC** (Nursing Interventions Classification) . Clasificación global y estandarizada de las intervenciones enfermeras, definidas como las acciones llevadas a cabo por enfermería para ayudar al individuo a alcanzar los resultados esperados.

El proceso enfermero (PE) consta de cinco de etapas correlativas y relacionadas entre sí de forma que cada una de ellas depende de la anterior y condiciona la siguiente:

PROCESO ENFERMERO



Basándonos en el anterior esquema, desarrollamos las cinco etapas del Proceso Enfermero.

1ª ETAPA-VALORACIÓN

Proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud de una persona, familia o comunidad, a través de diferentes fuentes.

Recogida y análisis de la información sobre el estado de salud buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan generar problemas, así como recursos y capacidades con los que cuenta la persona y/o familia.

Esta primera fase permite a la enfermera recoger datos sobre la situación de salud de la persona que serán la base de la planificación de las actuaciones de enfermería, dirigidas al logro de unos resultados (objetivos) concretos. Sobre la información obtenida se establecerán las bases de una atención y cuidados individualizados y de calidad. Consta de varias fases:

1. RECOGIDA DE DATOS. Se recogerán valorando las 14 necesidades básicas teniendo en cuenta datos subjetivos, objetivos, antecedentes, actuales, generales y focalizados. Nos orientarán en cuanto al grado de autonomía y si los comportamientos y acciones del individuo son adecuados y suficientes para cubrir satisfactoriamente las necesidades básicas. La OBTENCIÓN DE LOS DATOS se realizará:

- ▶ **Directamente del paciente** (entrevista, observación, exploración física...)
- ▶ **Indirectamente de familiares**, procedentes de informes de otros proveedores de cuidados, de la historia clínica, etc.

Los MÉTODOS para la RECOGIDA DE DATOS son la Entrevista, la Observación, y la Exploración física. El tipo de datos, la fuente y el método de recogida de los mismos deben estar reflejados en el registro de enfermería.

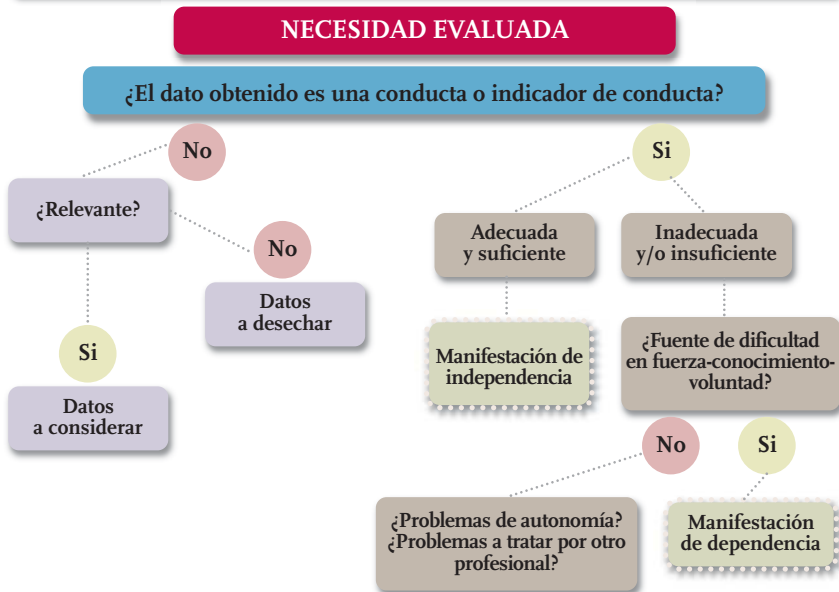
2. VALIDACIÓN o verificación de los datos, comprobando que sean exactos, veraces suficientes y completos, evitando errores y conclusiones precipitadas. Se deben confirmar todos aquellos datos que sean prioritarios o claves para el establecimiento del diagnóstico, así como aquellos que resulten anómalos o incongruentes.

3.- ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS agrupando por necesidades aquellos que parezcan ser relevantes o estar relacionados entre sí. Esta organización sistemática facilita la detección de problemas y permite identificar los problemas, manifestaciones de independencia y de dependencia sobre los que planificar los cuidados individualizados. (Fig. 2)

AGRUPACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS EN LA VALORACIÓN POR NECESIDADES

Consideraremos para una adecuada organización de los datos:

- **Conductas (datos objetivos) o Indicadores de conducta** (datos subjetivos).
- **Datos a considerar** (aquellos que sin ser conducta ni indicadores de conducta son relevantes para la planificación de los cuidados, Ej. Recursos –personales, familiares, económicos...→ de los que dispone la persona, preferencias, limitaciones o características personales) y que repercuten en la satisfacción de las necesidades.
- **Manifestaciones de Independencia.** Satisfacción de la necesidad evaluada mediante la realización de las acciones adecuadas por la persona misma o por otros, en función de la edad, etapa de desarrollo y situación de salud en la que la persona se encuentre.
- **Manifestaciones de Dependencia.** Insatisfacción de la necesidad evaluada como consecuencia de acciones inadecuadas o insuficientes realizadas por la propia persona u otros en función de su edad, etapa del desarrollo y situación de salud. Se debe asociar a las fuentes de dificultad (Fuerza → Conocimiento → Voluntad) sobre las que se deberá trabajar con Intervenciones enfermeras para normalizar la situación.



2ª ETAPA-DIAGNÓSTICO

Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

Nexo entre la Valoración y la Planificación en el que, a partir del análisis de los datos recogidos, se llegará a la Identificación del problema o problemas a resolver con el Plan de Cuidados. Consta de dos fases:

ANÁLISIS DE DATOS

Tras organizar los datos se determinan las conexiones existentes entre las claves y se interpretan, dando lugar a la detección de problemas de Colaboración (reales o potenciales) que requieren de un abordaje interdisciplinar, y/o Diagnósticos de Enfermería (reales o potenciales) que se tratan de forma independiente.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS

- **Problema de Colaboración.** Complicaciones reales o potenciales derivadas de la enfermedad o el tratamiento, en las que la persona requiere que la enfermera haga por él las actividades necesarias para la detección, tratamiento y control *prescritas por otro profesional*, generalmente el médico.
- **Diagnóstico de Enfermería.** Juicio emitido sobre situaciones que la enfermera identifica, *valida y trata de forma independiente* con pleno control y autoridad sobre la situación y con total responsabilidad sobre el resultado final. La función de la enfermera es la de ayudar al paciente a recuperar su autonomía en la satisfacción de sus necesidades básicas.
- **Problema de Autonomía.** Situación en la que el individuo no puede satisfacer por sí mismo las necesidades básicas debido a que no ha adquirido tal capacidad, la ha perdido temporal o definitivamente, por lo que no se resuelve trabajando sobre la fuerza, voluntad o conocimiento. En ellos, la función de la enfermera es la de suplir al individuo o capacitar a un Agente de Autonomía Asistida para que realice las intervenciones necesarias.

Los Diagnósticos Enfermeros detectados pueden ser Reales o Potenciales/de Riesgo.

- **DE Real.** Describe las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Su identificación se basa en la existencia de características definitorias (manifestaciones del problema) en el momento de la valoración.
- **DE de Riesgo.** Describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención y/o correctoras sobre los factores de riesgo presentes en el momento de la valoración.

Los DE se enuncian utilizando la taxonomía NANDA.

Nombre o etiqueta

Elemento esencial y fundamental, raíz de la formulación diagnóstica. Puede incluir modificadores. Junto a ella () año en el que se aprobó el diagnóstico, () año en el que se revisó.

Definición

Descripción clara y precisa del problema. Matiza su significado y pone de manifiesto las diferencias entre diagnósticos.

Factores Relacionados/de Riesgo (relacionado con R/C)

Factores y circunstancias que causan el problema o contribuyen a que se desarrolle. Deben ser resueltas mediante acciones puramente enfermeras, encaminadas a corregir los posibles déficits de fuerza, conocimiento o voluntad. Sobre estos factores se enfocarán las intervenciones enfermeras y actividades derivadas de éstas. Si sospechamos que los objetivos que nos planteamos (criterios de resultado: NOC) no pueden ser alcanzados con las intervenciones, porque con ellas no llegamos a tratar la causa del problema, estaríamos ante un Problema de Colaboración, o ante un problema de autonomía.

Características Definitorias

Grupo de signos y síntomas que se asocian al problema, que se expresan u observan en la respuesta de una persona. Evidencias clínicas que describen una serie de conductas o manifestaciones objetivas y subjetivas que indican la presencia de esta etiqueta diagnóstica, en forma de signos, síntomas y/o verbalizaciones por parte del individuo/familia. Son concretas y mensurables mediante la observación o los informes de la persona/grupo. Al menos una de estas características ha de estar presente para formular un diagnóstico. Excepción: en los diagnósticos de riesgo, los signos y síntomas no están presentes, son aquellos que la persona puede desarrollar, como consecuencia de la presencia de factores de riesgo, de no intervenir adecuadamente.

PASOS PARA UN DIAGNÓSTICO

- ▷ **Prorizar** Pedir al individuo/familia que identifique su principal preocupación
- ▷ Verificar que la **valoración** ha sido realizada de forma **sistemática y global**, para lo que se deben haber cubierto las fases de la valoración y los datos han debido ser agrupados siguiendo el modelo enfermero y por sistema corporales.
- ▷ Realizar una LISTA DE PROBLEMAS REALES Y POTENCIALES identificando los aspectos y funcionamientos normales, deteriorados o en riesgo de deterioro, centrándose así el esfuerzo en las áreas problemáticas.
- ▷ Buscar las EVIDENCIAS (claves) para asegurar la corrección del diagnóstico, considerar cada problema buscando la presencia de las características definitorias asociadas.
- ▷ Nombrar los problemas con las ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS que mejor se ajusten a las evidencias encontradas.
- ▷ Determinar las CAUSAS DEL PROBLEMA (R/C) es clave, puesto que serán los factores relacionados presentes en el diagnóstico lo que oriente a las INTERVENCIONES ESPECÍFICAS.
- ▷ Si se detectan Factores de Riesgo sin evidencias del problema se debe identificar como DIAGNÓSTICO DE RIESGO (potencial), e intervenir sobre ellos para evitar la aparición del problema.
- ▷ INVOLUCRAR AL INDIVIDUO/FAMILIA en los problemas detectados informando sobre ellos, deben ser parte fundamental en su resolución y tienen el derecho legal a esta información.
- ▷ Evaluar los RECURSOS con los que cuenta el individuo/familia, físicos, cognitivos, emocionales y materiales, es una información que influirá notablemente en el diseño del plan de cuidados.
- ▷ Considerar y evaluar el estilo de vida y los patrones de afrontamiento de la persona (forma en que se enfrenta habitualmente a los problemas).

REGLAS PARA LA FORMULACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS Y PROBLEMAS IDENTIFICADOS

DIAGNÓSTICO REAL

Formato PES (Problema-Etiología-Síntomas) o PER (Problema-Etiología-factores Relacionados)

Problema (Etiqueta) Relacionado con (factor relacionado) Manifestado por (características definitorias)

(00051) Deterioro de la comunicación verbal R/C Diferencias culturales
M/P dificultad para comprender y expresarse

DIAGNÓSTICO DE RIESGO

Problema (Etiqueta) Relacionado con (Factor de riesgo)

No hay manifestaciones del problema puesto que no ha aparecido, a pesar de la presencia de factores de riesgo

(00155) Riesgo de Caídas R/C Debilidad en miembros inferiores, presencia de obstáculos (alfombras) e iluminación deficiente

PROBLEMA DE AUTONOMÍA

Área del déficit + Tipo de suplencia

Movilización y mantenimiento de una buena postura: Suplencia Parcial/Total

PROBLEMA DE COLABORACIÓN

Complicación Potencial (Problema que puede aparecer) + Secundario a/Relacionado con (causa que puede originarlo)

CP: Hipotensión arterial secundaria a/relacionada con Tratamiento con vasodilatadores

Problema de Colaboración (problema ya instaurado) + Secundario a/Relacionado con (causa que lo origina)

Edema Agudo de Pulmón secundario a/relacionado con Insuficiencia Cardíaca

3ª ETAPA-PLANIFICACIÓN

Consta de diversos pasos

Establecimiento de **Prioridades** para el abordaje de los problemas

- ❑ Problemas que amenacen la vida del individuo.
- ❑ Problemas percibidos por el individuo o familia como prioritarios.
- ❑ Problemas que contribuyen a la permanencia o aparición de otros problemas y cuya resolución los minimiza o soluciona.
- ❑ Problemas a resolver por enfermería.
- ❑ Problemas a resolver desde un enfoque multidisciplinar.

Establecimiento de **Resultados** (objetivos) de forma clara de tal manera que orienten y guíen la actuación enfermera, formulados en términos de conducta observable del individuo.

- ❑ ¿Cómo se beneficiará el paciente? ¿Qué podrá hacer? ¿Cuándo?

Los objetivos se establecen utilizando la *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*.

Selección de **Intervenciones** y Actividades

- ❑ En los Diagnósticos Reales se dirigirán a actuar sobre las causas o factores relacionados para la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.
- ❑ En los Diagnósticos de Riesgo se dirigirán a actuar sobre los factores de riesgo para evitar la aparición del problema, así como a la detección temprana en caso de producirse éste.

Registro del Plan de Cuidados, elemento clave para la planificación de los Cuidados y la continuidad de éstos, facilitando la comunicación entre los profesionales de la salud. El registro dirige los cuidados y es la base para la evaluación de los progresos, además de ser herramienta para la investigación en materia de cuidados y requisito legal (derecho establecido por ley para el usuario de los Servicios de Salud que genera una obligación en el profesional).

Las intervenciones enfermeras se establecen utilizando la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*.

4ª ETAPA-EJECUCIÓN

Puesta en práctica de las intervenciones planificadas para el logro de los Objetivos establecidos en el plan de cuidados, con tres pasos definidos

Preparación revisando las intervenciones propuestas para

- ❑ Determinar la adecuación del plan de cuidados a la situación actual del individuo antes de la puesta en práctica (¿algún problema nuevo?, ¿algún dato que oriente a la necesidad de introducir algún cambio en el Plan?).
- ❑ Valorar si el individuo cuenta con conocimientos y habilidades necesarios para realizarlas.
- ❑ Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.
- ❑ Preparar el entorno para la realización de las actividades en condiciones adecuadas y seguras.

Realización de las actividades con la ejecución de las actividades prescritas y la valoración continua de la respuesta del individuo que detecte la pertinencia de continuar con el plan o modificarlo en base a la evaluación de nuevos datos. Enfermería realiza las intervenciones o delega en otros profesionales cualificados a los que designa y supervisa en su actividad.

Registro de las Intervenciones y respuesta del individuo.

5ª ETAPA-EVALUACIÓN

La evaluación está presente en cada una de las etapas descritas, de forma continuada, y en cada una de ellas se evalúa.

- ❑ **Valoración:** la obtención de datos suficientes y correctos para la emisión del DE.
- ❑ **Diagnóstico:** el DE es exacto y adecuado.
- ❑ **Planificación:** los objetivos e intervenciones son realistas y alcanzables, lo que puede provocar la revisión de los planteamientos del plan de cuidados.
- ❑ **Ejecución:** las respuestas del individuo, y en base a ellas puede hacerse necesario el mantenimiento, la modificación, la revisión o suspensión del plan de cuidados.

En esta última etapa del proceso enfermero, el profesional evalúa en qué medida se ha modificado la situación inicial como respuesta a las intervenciones enfermeras, es decir, la enfermera evalúa *la consecución de los Objetivos* establecidos para el individuo, determina *en qué grado* se ha cumplido y decide si es necesario *introducir algún cambio en el Plan de Cuidados*.

CAPÍTULO III

NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

*Verónica Cárdenas Casanova,
José Ibáñez Muñoz, Adoración Alba Rosales*

La función respiratoria es esencial para el desarrollo de la vida. La valoración de esta necesidad pretende conocer la función respiratoria de la persona. Es por ello que, el Profesional de Enfermería deberá de averiguar los hábitos del cliente y planificar las intervenciones a desarrollar para satisfacer esta necesidad humana básica. Según el Modelo de Virginia Henderson, matiza que las/los enfermeras/os debemos de tener el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. Así como, hace referencia al masaje cardíaco y al control de oxigenación dentro de esta necesidad.

Los datos obtenidos de la valoración nos permiten determinar si los comportamientos y conductas de la persona con objeto de satisfacer su necesidad son adecuados y suficientes.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- Frecuencia respiratoria (FR).
- Saturación parcial de oxígeno (SpO₂%)
- Tipo de respiración
- Permeabilidad de la vía aérea
- Tos

- Secreciones
- Fumador. Hábito Tabáquico: N° cigarrillos/día, desea dejar de fumar.
- Dificultades o limitaciones relacionadas con la respiración. Causas a las que le atribuye esas dificultades o limitaciones. Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas.
- Otros factores personales o medioambientales que le influyen en la respiración.
- Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y la percepción de resultados.

Instrumentos de ayuda a la valoración

- Test de motivación para dejar de fumar -Richmond. Población general fumadora.
- Dependencia de la nicotina - Test de Fagerström. Población general fumadora.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031). Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

Características definitorias

- Tos inefectiva
- Disnea
- Cambios en la frecuencia respiratoria
- Cianosis

Factores relacionados

- Retención de secreciones
- Secreciones bronquiales
- Mucosidad Excesiva
- Tabaquismo

Fuente de dificultad: Fuerza , Conocimiento y Voluntad.

RESULTADOS

Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (0410). Vías traqueobronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire.

Indicadores	Escala de medición
041004 Frecuencia respiratoria	1 Desviación Grave del rango normal
	2 Desviación Sustancial del rango normal
041012 Capacidad de eliminar secreciones	3 Desviación Moderada del rango normal
	4 Desviación Leve del rango normal
041011 Profundidad de la inspiración	5 Sin desviación del rango normal

Estado Respiratorio: ventilación (0403). Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones.

Indicadores	Escala de medición
040313 Disnea de reposo	1 Grave
	2 Sustancial
040314 Disnea de Esfuerzo	3 Moderado
	4 Leve
040312 Respiración con labios apretados	5 Ninguno

Prevención de la aspiración (1918). Acciones personales para prevenir el paso de partículas líquidas o sólidas hacia los pulmones.

Indicadores	Escala de medición
191801 Identifica factores de riesgo	1 Nunca demostrado
	2 Raramente demostrado
191806 Conserva una consistencia apropiada de las comidas sólidas y líquidas	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
191810 Se queda en posición erguida durante 30 minutos después de comer	5 Siempre demostrado

INTERVENCIONES

Manejo de las vías aéreas (3140). Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.

Actividades:

- Enseñar a toser de manera efectiva.
- Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea.
- Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio de líquidos.

Fisioterapia respiratoria (3230). Ayudar al paciente a expulsar las secreciones de la vía aérea alta y facilitar la expectoración y/o aspiración de la vía aérea baja

Actividades:

- Determinar si existen contraindicaciones al uso de la fisioterapia respiratoria.
- Controlar la cantidad y tipo de expectoración de esputos.
- Estimular la tos durante y después del drenaje postural.

Aspiración de las vías aéreas (3160). Extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral y/o la tráquea del paciente.

Actividades:

- Enseñar al paciente a respirar lenta y profundamente durante la inserción del catéter de aspiración por vía nasotraqueal.
- Basar la duración de cada pase de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración.
- Enseñar al paciente y/o a la familia a succionar la vía aérea, si resulta adecuado.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Patrón respiratorio ineficaz (00032). La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

Características definitorias

- Uso de los músculos accesorios para respirar.
- Disnea.
- Respiración con labios fruncidos.
- Taquipnea.
- Bradipnea.
- Disminución de la capacidad vital.

Factores relacionados

- Ansiedad.
- Hiperventilación.
- Obesidad.
- Dolor.
- Posición corporal.

Fuentes de dificultad: Conocimiento, Voluntad.

RESULTADOS

Estado Respiratorio: ventilación (0403). Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones.

Indicadores	Escala de medición
040309 Utilización de los músculos accesorios	1 Desviación grave del rango normal
	2 Desviación sustancial del rango normal
040301 Frecuencia respiratoria	3 Desviación moderada del rango normal
	4 Desviación leve del rango normal
040312 Respiración con labios apretados	5 Sin desviación del rango normal

Autocontrol de la ansiedad (1402) Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.

Indicadores	Escala de medición
140203 Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso	1 Nunca demostrado
	2 Raramente demostrado
140204 Busca información para reducir la ansiedad	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
140205 Planea estrategias para superar situaciones estresantes	5 Siempre demostrado

INTERVENCIONES

Ayuda a la ventilación (3390). Estimulación de un esquema respiratorio espontáneo óptimo que aumente el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones.

Actividades:

- Ayudar en los frecuentes cambios de posición, si procede.
- Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.
- Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevant la cabecera de la cama y colocar una mesa encima de la cama en la que pueda apoyarse el paciente).

Monitorización respiratoria (3350). Reunión y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gas adecuado.

Actividades:

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.
- Anotar si hay disnea y sucesos que la mejoran y empeoran.

Disminución de la ansiedad (5820). Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

CAPÍTULO IV

NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

*José Ibáñez Muñoz, María Dolores García Márquez,
Serafín Fernández Salazar*

La necesidad de alimentación es esencial para que el ser humano mantenga su vida o asegure su bienestar, e incluye todos los mecanismos y procesos que van a intervenir en la provisión de alimentos y líquidos, así como en su ingestión, deglución, digestión e integración de los nutrientes para el aprovechamiento energético por parte del cuerpo.

La manera de satisfacer esta necesidad es muy variable según las culturas, las forma de vida, etc. e incluso puede variar, en una misma persona, por causas físicas, psicológicas o sociales, o sencillamente por la edad, pero lo que es inquestionable es su necesidad para la vida y por ello, la correcta e imprescindible valoración por parte de enfermería.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

Alimentación adecuada.

- Sigue algún tipo de dieta; Lácteos escasos; Bebidas azucaradas; Complejos vitamínicos.
- Inapetencia; Existencia de síntomas digestivos (náuseas, vómitos...); Alteración del peso; Intolerancia alimenticia.
- Problemas para comer: en la boca, para masticar, para tragar; Prótesis

dentales y/o problemas de dentición; Sonda nasogástrica, gastrostomía; Problema con las comidas del niño.

- Necesidad de ayuda para alimentarse.
- Horario fijo de comidas; Lugar de las comidas; Come entre horas; Malos hábitos durante las comidas.
- Peso; Talla; IMC.

Instrumentos de ayuda a la valoración

- Riesgo nutricional -Cuestionario "Conozca su salud nutricional".
- Evaluación estado nutricional -Mini Nutricional Assessment "MNA". Población general geriátrica.
- Autonomía para las actividades de la vida diaria - Índice de Barthel.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las Necesidades (00001).
Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

Características definitorias

- Concentración de alimentos al final del día.
- Patrones alimentarios disfuncionales (ej. Emparejar alimentos con otras actividades).
- Comer en respuesta a claves externas (ej. Hora del día, situación social) o internas distintas al hambre (ej. Ansiedad).
- Sedentarismo.
- Peso corporal superior en un 20% al ideal según talla y constitución corporal.

Factores relacionados

- Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.

Fuentes de dificultad: Conocimiento, Voluntad, Fuerza.

RESULTADOS

Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008). Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un período de 24 horas.

Indicadores	Escala de medición
100801 Ingestión alimentaria oral	1 Inadecuado
	2 Ligeramente adecuado
	3 Moderadamente adecuado
100803 Ingestión de líquidos orales	4 Sustancialmente adecuado
	5 Completamente adecuado

Conducta de pérdida de peso (1627). Acciones personales para perder peso con dieta, ejercicio y modificación.

Indicadores	Escala de medición
162702 Selecciona un peso diana saludable.	1 Nunca demostrado
162703 Se compromete con un plan para comer de forma saludable.	2 Raramente demostrado
162705 Controla la ración de alimentos.	3 A veces demostrado
162722 Controla el peso corporal.	4 Frecuentemente demostrado
162711 Planea situaciones que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos.	5 Siempre demostrado

INTERVENCIONES

Manejo de la nutrición (1100). Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.

Actividades:

- Determinar las preferencias de comidas del paciente.
- Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.
- Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.
- Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.

Ayuda para disminuir el peso (1280). Facilitar la pérdida de peso corporal y/o grasa corporal.

Actividades:

- Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada.
- Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento de gasto de energía
- Ayudar al paciente a identificar la motivación en el comer y las señales externas e internas asociadas al comer.
- Pesar al paciente semanalmente.
- Recompensar al paciente cuando consiga los objetivos.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002).
Aporte de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Características definitorias

- Dolor abdominal.
- Peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal.
- Diarrea.
- Incapacidad subjetiva para ingerir alimentos.
- Informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.

Factores relacionados

- Factores biológicos.
- Factores económicos.
- Incapacidad para absorber los nutrientes.
- Incapacidad para ingerir los alimentos.
- Factores psicológicos.

Fuentes de dificultad: Fuerza – Conocimiento – Voluntad.

RESULTADOS

Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008). Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un período de 24 horas.

Indicadores	Escala de medición
100801 Ingestión alimentaria oral	1 Inadecuado
	2 Ligeramente adecuado
	3 Moderadamente adecuado
100803 Ingestión de líquidos orales	4 Sustancialmente adecuado
	5 Completamente adecuado

Conducta de aumento de peso (1626). Acciones personales para ganar peso después de una pérdida de peso significativa voluntaria o involuntaria.

Indicadores	Escala de medición
162602 Identifica la causa de la pérdida de peso.	1 Nunca demostrado
162605 Selecciona un peso diana saludable.	2 Raramente demostrado
162606 Se compromete con un plan para comer de forma saludable.	3 A veces demostrado
162608 Mantiene un aporte adecuado de alimentos y líquidos nutritivos.	4 Frecuentemente demostrado
162635 Controla el peso corporal.	5 Siempre demostrado

INTERVENCIONES

Manejo de la nutrición (1100). Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.

Actividades:

- Determinar las preferencias de comidas del paciente
- Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida
- Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico
- Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.

Ayuda para ganar peso (1240). Facilitar el aumento de peso corporal
Actividades:

- Analizar las posibles causas del bajo peso corporal.
- Proporcionar alimentos nutritivos de alto contenido calórico variados para poder seleccionar algunos.
- Analizar con el paciente y la familia los factores socioeconómicos que contribuyen a una nutrición inadecuada.
- Recompensar al paciente por la ganancia de peso.
- Controlar periódicamente el consumo diario de calorías.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028). Riesgo de sufrir una deshidratación vascular, celular o intracelular.

Factores de riesgo

- Alteraciones que afectan el aporte de líquidos.
- Pérdidas excesivas a través de vías normales (por ej. Diarrea).
- Edades extremas.
- Pérdidas excesivas a través de vías anormales (por ej. Catéteres permanentes).
- Déficit de conocimientos.

Fuentes de dificultad: Fuerza, Conocimiento.

RESULTADOS

Equilibrio hídrico (0601). Equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares.

Indicadores	Escala de medición
060107 Entradas y salidas diarias equilibradas	1 Gravemente comprometido
	2 Sustancialmente comprometido
060116 Hidratación cutánea	3 Moderadamente comprometido
	4 Levemente comprometido
060117 Humedad de membranas mucosas	5 No comprometido

Control del riesgo (1902). Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas.

Indicadores	Escala de medición
190201 Reconoce factores de riesgo.	1 Nunca demostrado
190204 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas.	2 Raramente demostrado
190214 Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo.	3 A veces demostrado
190215 Utiliza los recursos sociales para reducir el riesgo.	4 Frecuentemente demostrado
	5 Siempre demostrado

INTERVENCIONES

Manejo de líquidos (4120). Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados.

Actividades:

- Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso
- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación
- Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, si procede

Vigilancia (6650). Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.

Actividades:

- Determinar los riesgos de salud del paciente, si procede.
- Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales.
- Observar la capacidad del paciente para realizar las actividades de autocuidado.
- Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y electrolitos.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Riesgo de aspiración (00039). Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidos o líquidos.

- Factores de riesgo.
- Depresión del reflejo tusígeno.
- Sondajes gastrointestinales.
- Deterioro de la deglución.
- Reducción del nivel de conciencia.
- Situaciones que dificultan la elevación de la parte superior del cuerpo.

Fuentes de dificultad: Fuerza, Conocimiento.

RESULTADOS

Prevención de la aspiración (1918). Acciones personales para prevenir el paso de partículas líquidas o sólidas hacia los pulmones.

Indicadores	Escala de medición
191803 Se incorpora para comer o beber	1 Nunca demostrado
191802 Evita factores de riesgo	2 Raramente demostrado
	3 A veces demostrado
191806 Conserva una consistencia apropiada de las comidas sólidas y líquidas	4 Frecuentemente demostrado
	5 Siempre demostrado

Estado de deglución (1010). Tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago.

Indicadores	Escala de medición
101002 Controla las secreciones orales	1 Gravemente comprometido
	2 Sustancialmente comprometido
	3 Moderadamente comprometido
101004 Capacidad de masticación	4 Levemente comprometido
	5 No comprometido

INTERVENCIONES

Precauciones para evitar la aspiración (3200). Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.

Actividades:

- Vigilar el nivel de consciencia, reflejos de tos y capacidad deglutiva.
- Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible.
- Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes.
- Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica antes de la alimentación.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.

Etapas en la dieta (1020). Instituir las necesarias restricciones de la dieta con la consiguiente progresión de la misma según su tolerancia

Actividades:

- Observar estado de alerta y la presencia de reflejo de ahogo, si procede.
- Comprobar la tolerancia a la ingestión de trozos de hielo y agua.
- Progresar la dieta desde líquidos a sólidos según tolerancia.
- Fijar la sonda nasogástrica y observar tolerancia, si procede.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Déficit de autocuidado: alimentación (00102).

Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación.

Características definitorias

- Incapacidad para llevar los alimentos desde un recipiente a la boca.
- Incapacidad para mover los alimentos en la boca.
- Incapacidad para preparar los alimentos para su ingestión.
- Incapacidad para usar dispositivos de ayuda.

Factores relacionados

- Deterioro cognitivo.
- Barreras ambientales.
- Deterioro neuromuscular.

- Debilidad.
- Deterioro musculoesquelético.

Fuentes de dificultad: Fuerza.

RESULTADOS

Estado Nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos (1008). Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un periodo de 24 horas.

Indicadores	Escala de medición
100801 Ingestión alimentaria oral.	1 Inadecuado
	2 Ligeramente adecuado
100802 Ingestión alimentaria por sonda.	3 Moderadamente adecuado
	4 Sustancialmente adecuado
100803 Ingestión de líquidos orales.	5 Completamente adecuado

Autocuidados: comer (0303). Capacidad para preparar e ingerir comida y líquidos independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

Indicadores	Escala de medición
030301 Prepara comida.	1 Gravemente comprometido
	2 Sustancialmente comprometido
030309 Bebe de una taza o un vaso.	3 Moderadamente comprometido
	4 Levemente comprometido
030313 Deglute la comida.	5 No comprometido

Estado de deglución (1010).

Tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago.

Indicadores	Escala de medición
101012 Atragantamiento, tos o náuseas.	1 Grave
	2 Sustancial
101013 Esfuerzo deglutorio aumentado.	3 Moderado
	4 Leve
101017 Incomodidad con la deglución.	5 Ninguno

INTERVENCIONES

Ayuda con los Autocuidados: alimentación (1803). Ayuda a una persona a comer.

Actividades:

- Controlar la capacidad de deglutir del paciente.
- Colocar al paciente en una posición cómoda.
- Proporcionar ayuda física, si es necesario.

Alimentación (1050). Proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no puede alimentarse por sí mismo.

Actividades:

- Realizar la alimentación sin prisas, lentamente.
- Posponer la alimentación si el paciente estuviera fatigado.
- Establecer los alimentos según los prefiera el paciente.

Terapia de deglución (1860). Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de una deglución defectuosa.

Actividades:

- Retirar los factores de distracción del ambiente antes de trabajar con el paciente en la deglución.
- Proporcionar / usar dispositivos de ayuda, si se precisa.
- Observar si hay signos y / o síntomas de aspiración.

Enseñanza individual (5606). Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.

Actividades:

- Valorar las capacidades / incapacidades cognoscitivas y comprensión de contenidos del paciente.
- Instruir al paciente cuando corresponda.
- Incluir a la familia / ser querido, si es posible.

Manejo de la nutrición (1100). Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.

Actividades:

- Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.
- Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.

- Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Lactancia materna ineficaz (00104). La madre, el lactante o el niño experimentan insatisfacción o dificultad con el proceso de lactancia materna.

Características definitorias

- Persistencia de úlceras en el pezón después de la primera semana de lactancia.
- Resistencia a “coger” el pecho.
- Arqueamiento del lactante al ponerlo a mamar.
- Vaciado insuficiente de las mamas en cada toma.
- Secreción láctea inadecuada.

Factores relacionados

- El lactante recibe alimentación suplementaria con tetina.
- Ansiedad maternal.
- Antecedentes de fracaso en la lactancia materna.
- Déficit de conocimientos.
- Falta de soporte de la pareja.

Fuentes de dificultad: Conocimiento y Voluntad.

RESULTADOS

Establecimiento de la lactancia materna: lactante (1000). Unión y succión del lactante del pecho de la madre para su alimentación durante las primeras 3 semanas de lactancia.

Indicadores	Escala de medición
100004 Succión y colocación de la lengua correctamente.	1 Inadecuado
	2 Ligeramente adecuado
100006 Deglución durante un mínimo de 5 a 10 minutos por pecho.	3 Moderadamente adecuado
	4 Sustancialmente adecuado
100011 Lactante satisfecho tras la lactación.	5 Completamente adecuado

Establecimiento de la lactancia materna: madre (1001). Establecimiento de una unión adecuada entre un lactante y la succión del pecho de la madre para su alimentación durante las 3 primeras semanas de lactancia.

Indicadores	Escala de medición
100101 Comodidad de la posición durante la alimentación.	1 Inadecuado
	2 Ligeramente adecuado
100103 Nivel de llenado del pecho previo a la lactancia.	3 Moderadamente adecuado
	4 Sustancialmente adecuado
100112 Comprende el temperamento del lactante.	5 Completamente adecuado

Conocimiento: lactancia materna (1800). Grado de la comprensión transmitida sobre la lactancia y la alimentación del lactante durante la lactancia materna.

Indicadores	Escala de medición
180008 Evaluación de la deglución del lactante.	1 Ningún conocimiento
	2 Conocimiento escaso
180013 Signos de mastitis, obstrucción de los conductos, traumatismo del pezón.	3 Conocimiento moderado
	4 Conocimiento sustancial
180014 Razones para evitar el uso inicial de tetinas y suplementos artificiales.	5 Conocimiento extenso

INTERVENCIONES

Asesoramiento en la lactancia (5244). Utilización de un proceso interactivo de asistencia para ayudar en el mantenimiento de una alimentación de pecho satisfactorio.

Actividades:

- Determinar el deseo y la motivación de la madre para dar de mamar.
- Determinar la frecuencia con que se da el pecho en relación con las necesidades del bebé.
- Proporcionar información acerca de la fórmula para cuando haya problemas de suministro insuficiente temporal.

Ayuda en la lactancia materna (1054). Preparación de la nueva madre para que dé el pecho al bebé.

Actividades:

- Facilitar la comodidad y la intimidad en los primeros intentos de dar el pecho.
- Animar a la madre a que pida ayuda en los primeros intentos de cuidados, para que pueda conseguir dar el pecho de ocho a diez veces cada 24 horas.
- Enseñar los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en los mismos.

Asesoramiento en la lactancia (5244). Utilización de un proceso interactivo de asistencia para ayudar en el mantenimiento de una alimentación de pecho satisfactorio.

Actividades:

- Enseñar a los padres a diferenciar entre el suministro de leche insuficiente percibido y real.
- Evaluar la compresión de los conductos de leche taponados y la mastitis.
- Valorar la calidad y el uso de soportes para alimentación de pecho.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179). Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa / azúcar en sangre.

Factores de riesgo

- Conocimientos deficientes sobre el manejo de la diabetes (p. ej., plan de acción).
- Aporte dietético.
- Falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes (p.ejemplo, plan de acción).
- Estrés.

Fuentes de dificultad: Conocimiento y Voluntad.

RESULTADOS

Conocimiento: control de la diabetes (1820). Grado de comprensión transmitida sobre la diabetes mellitus, su tratamiento y la prevención de complicaciones.

Indicadores	Escala de medición
182006 Hiperglucemia y síntomas relacionados.	1 Ningún conocimiento
	2 Conocimiento escaso
182009 Hipoglucemia y síntomas relacionados.	3 Conocimiento moderado
	4 Conocimiento sustancial
182036 Uso correcto de la medicación prescrita.	5 Conocimiento extenso

Conducta de adhesión: dieta saludable (1621). Acciones personales para controlar y optimizar un régimen dietético y nutricional saludable.

Indicadores	Escala de medición
162102 Equilibra la ingesta y las necesidades calóricas.	1 Nunca demostrado
	2 Raramente demostrado
162105 Selecciona alimentos compatibles con las pautas nutricionales recomendadas.	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
162115 Equilibra la ingesta y la eliminación de líquidos.	5 Siempre demostrado

Conducta de cumplimiento: medicación prescrita (1623). Acciones personales para administrar medicación de forma segura para cumplir los objetivos terapéuticos según la recomendación de un profesional sanitario.

Indicadores	Escala de medición
162301 Tiene una lista de todas las medicaciones, con dosis y frecuencia.	1 Nunca demostrado
	2 Raramente demostrado
162315 Utiliza estrategias para minimizar los efectos secundarios.	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
162323 Se administra la medicación por vía subcutánea correctamente.	5 Siempre demostrado

INTERVENCIONES

Enseñanza: proceso de enfermedad (5602). Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

Actividades:

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas, si procede.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.

Enseñanza: dieta prescrita (5614). Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.

Actividades:

- Conocer los sentimientos /actitud del paciente/ ser querido acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado
- Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita
- Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas

Enseñanza: medicamentos prescritos (5616). Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

Actividades:

- Instruir al paciente acerca de la administración/ aplicación de cada medicamento.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
- Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.

CAPÍTULO V

NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES

*Adoración Alba Rosales,
Ángeles Ríos Ángeles, Ana López Márquez*

El organismo precisa eliminar los desechos que genera, resultantes del metabolismo, para su correcto funcionamiento. La eliminación se produce principalmente por la orina y las heces, también a través de la piel (sudor, transpiración), respiración pulmonar y la menstruación.

La valoración de la necesidad Pretende conocer la efectividad de la función excretora de la persona (eliminación intestinal, vejiga, piel, menstruación...). Describe la función y los aspectos relacionados con ella.

Los datos obtenidos de la valoración nos permiten determinar si los comportamientos y conductas de la persona con objeto de satisfacer su necesidad son adecuados y suficientes.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- Frecuencia de eliminación fecal.
- aracterísticas de las heces.
- Presenta alteraciones: Incontinencia, Dolor, Hemorroides, Gases.
- Se han producido cambios en los hábitos intestinales.
- Hábitos que dificultan / ayudan a la defecación.
- Utiliza algún medio para favorecer la defecación.
- Frecuencia de eliminación urinaria.

- Características de la orina.
- Presenta alteraciones: Incontinencia, Poliuria, Urgencias urinarias, Nicturia.
- Hábitos que dificultan / ayudan a la micción.
- Recursos que utiliza: Absorbentes, colector, Sonda.
- Frecuencia de la Menstruación.
- Características de la menstruación: Dolor, Recursos que utiliza para calmarlo.
- Menopausia.
- Sudoración excesiva.
- Otras pérdidas de líquidos.

Instrumentos de ayuda a la valoración

- Índice de Katz o Barthel. Población general.
- Test cribado de deterioro cognitivo, Pfeiffer versión española. Población general.
- Test IU esfuerzo, IU urgencias en la mujer, IU prostática en el hombre.
- Diario miccional. Herramienta indispensable en la mayoría de las técnicas conductuales para el manejo de la IU.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Estreñimiento (00011). Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y/o incompleta de heces excesivamente duras y secas.

Características definitorias

- Disminución de la frecuencia.
- Disminución del volumen de las heces.
- Eliminación de heces duras, secas y formadas.
- Esfuerzo en la defecación.

Factores relacionados

Funcionales:

- Uso inadecuado del inodoro (p.ej., falta de tiempo, privacidad,...)
- Hábitos de defecación irregulares.
- Actividad física insuficiente.

Fisiológicos:

- Aporte insuficiente de fibra.
- Aporte insuficiente de líquidos.

Áreas de dependencia: Fuerza, conocimiento y voluntad.

RESULTADOS

Eliminación intestinal (0501). Formación y evacuación de heces.

Indicadores	Escala de medición
050105 Heces blandas y formadas.	1 Gravemente comprometida
	2 Sustancialmente comprometida
	3 Moderadamente comprometida
050112 Facilidad de eliminación de las heces.	4 Levemente Comprometida
	5 No comprometida
050110 Estreñimiento.	1 Grave
	2 Sustancial
	3 Moderado
050123 Abuso de ayuda para eliminación.	4 Leve
	5 Ninguno

Continencia intestinal (0500). Control de la eliminación de heces procedentes del intestino.

Indicadores	Escala de medición
050009 Responde a la urgencia de manera oportuna.	1 Nunca demostrado
050012 Llega al baño con facilidad y de forma independiente antes de la defecación.	2 Raramente demostrado
050013 Ingiere una cantidad de líquidos adecuada.	3 A veces demostrado
050014 Ingiere una cantidad de fibra adecuada.	4 Frecuentemente demostrado
050015 Conoce la relación de la ingesta con el patrón de evacuación.	5 Siempre demostrado.

INTERVENCIONES

Manejo del estreñimiento/impactación (0450). Prevención y alivio del estreñimiento/impactación.

- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.
- Instruir al paciente / familia sobre el uso correcto de laxantes.
- Instruir al paciente / familia sobre la relación entre dieta, ejercicio e ingesta de líquidos para el estreñimiento / impactación

Ayuda con los autocuidados: aseo (1804). Ayudar a otra persona en las eliminaciones.

- Ayudar al paciente en el aseo / cuña / cuña de fractura / orinal a intervalos especificados.
- Disponer intimidad durante la eliminación

Fomento del ejercicio (0200). Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud

- Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios de acuerdo a sus necesidades
- Incluir a la familia/ cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios

Cuidados de la incontinencia intestinal (0410). Estimulación de la continencia intestinal y mantenimiento de la integridad de la piel perianal.

- Lavar la zona perianal con jabón y agua y secarla bien después de cada deposición.
- Mantener la cama y la ropa de cama limpias.
- Controlar la dieta y las necesidades de líquidos.
- Colocar pañales de incontinencia, si es necesario.

Entrenamiento intestinal (0440). Ayuda al paciente en la educación del intestino para que evacue a intervalos determinados.

- Planificar un programa intestinal con el paciente y demás personas relacionadas.
- Proporcionar alimentos ricos en fibras y / o que hayan sido identificados por el paciente como medio de ayuda.
- Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.
- Asegurarse de que realicen ejercicios adecuados.

- Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Incontinencia de esfuerzo (00017). Pérdida súbita de orinar al realizar actividades que aumenten la presión intraabdominal.

Características definitorias

- Observación y/o Informes de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina con el ejercicio.
- Informes de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina al toser.
- Informes de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina al reír.
- Informes de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina al estornudar.

Factores relacionados / de riesgo

- Debilidad de los músculos pélvicos.
- Presión intraabdominal alta.

Áreas de dependencia: Fuerza, conocimiento y voluntad.

RESULTADOS

Movimiento coordinado (0212). Capacidad de los músculos para trabajar juntos voluntariamente con propósitos de movimiento.

Indicadores	Escala de medición
021202 Tono muscular.	1 Gravemente comprometida
	2 Sustancialmente comprometida
021205 Control del movimiento	3 Moderadamente comprometida
	4 Levemente Comprometida
021210 Movimiento muscular en el tiempo deseado	5 No comprometida

Estado nutricional (1004). Capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas.

Indicadores	Escala de medición
100405 Relación peso/talla	1 Desviación grave del rango normal
	2 Desviación sustancial del rango normal
	3 Desviación moderada del rango normal
	4 Desviación leve del rango normal
	5 Sin desviación del rango normal

Continencia urinaria (0502). Control de la eliminación de orina de la vejiga.

Indicadores	Escala de medición
050211 Pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal (estornudar, reír, levantar pesos).	1 Siempre demostrado.
	2 Frecuentemente demostrado
	3 A veces demostrado
050212 Ropa interior mojada durante el día.	4 Raramente demostrado
	5 Nunca demostrado

INTERVENCIONES

Ejercicio del suelo pélvico (0560). 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:

- Enseñar al individuo a ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o el movimiento intestinal.
- Asegurarse de que el paciente puede diferenciar entre la elevación y la contracción del músculo deseado y el esfuerzo de contención no deseado.
- Explicar al paciente que la efectividad de los ejercicios se consigue a las 6 – 12 semanas.
- Proporcionar una respuesta positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos.

- Dar instrucciones escritas donde se describa la intervención y el número de repeticiones recomendadas.

Asesoramiento nutricional (5246). Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.

Actividades:

- 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 de sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos, etcétera.
- Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta.
- Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.

Cuidados de la incontinencia urinaria (0610). Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.

Actividades:

- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Ayudar a seleccionar la prenda / compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo, mientras se determina un tratamiento más definitivo.

Entrenamiento del hábito urinario (0600). Establecer un esquema predecible de vaciado de la vejiga para evitar la incontinencia en personas con la capacidad cognitiva limitada, que padecen incontinencia de urgencia, de estrés o funcional.

Actividades:

- Llevar un registro de especificación de continencia durante tres días para establecer el esquema de eliminación.
- 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).
- Establecer un intervalo para ir al aseo preferiblemente no inferior a dos horas.
- Ayudar al paciente a ir al aseo y provocar la eliminación a los intervalos previstos.

- Dar una respuesta o refuerzo positivo (cinco minutos de conversación social) al paciente

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Incontinencia urinaria de urgencia (00019). Emisión involuntaria de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar.

Características definitorias

- Informes de urgencia urinaria.
- Informes de pérdida involuntaria de orina con contracciones y/o espasmos vesicales.
- Observación/Informes de incapacidad para llegar al WC a tiempo de evitar la pérdida de orina.

Factores relacionados

- Ingesta de alcohol.
- Ingesta de cafeína.
- Disminución de la capacidad vesical.
- Impactación fecal.

Áreas de dependencia: Fuerza, conocimiento y voluntad.

RESULTADOS

Continencia urinaria (0502). Control de la eliminación de orina de la vejiga.

Indicadores	Escala de medición
050201 Reconoce la urgencia miccional.	1 Nunca demostrado
	2 Raramente demostrado
050206 Micción > 150 ml cada vez.	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
050205 Tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de la orina.	5 Siempre demostrado.

Conducta terapéutica 1(609). Enfermedad o lesión. Acciones personales para paliar o eliminar patología.

Indicadores	Escala de medición
160906 Evita conductas que potencian la patología..	1 Nunca demostrado
	2 Raramente demostrado
	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
	5 Siempre demostrado

Consecuencias de la inmovilidad (0204). fisiológicas. Gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.

Indicadores	Escala de medición
020403 Impactación fecal.	1 Grave
	2 Sustancial
	3 Moderado
	4 Leve
	5 Ninguno

INTERVENCIONES

Entrenamiento del hábito urinario (0600). Establecer un esquema predecible de vaciado de la vejiga para evitar la incontinencia en personas con la capacidad cognitiva limitada, que padecen incontinencia de urgencia, de estrés o funcional.

Actividades:

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

- Establecer un intervalo para ir al aseo preferiblemente no inferior a dos horas.
- 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.

Entrenamiento de la vejiga urinaria (0570). Mejoría de la función de la vejiga en aquellas personas afectadas de incontinencia de urgencia aumentando la capacidad de la vejiga para mantener la orina y la capacidad del paciente para suprimir la micción.

Actividades:

- Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de eliminar.
- Mantener un registro de especificación de continencia durante tres días para establecer un esquema de eliminación.
- Establecer un intervalo de tiempo inicial para ir al aseo, en función del esquema de eliminación.
- Establecer un intervalo de tiempo para ir al aseo no inferior a una hora y preferiblemente no inferior a dos horas.
- Enseñar al paciente a controlar conscientemente la orina hasta la hora programada de ir al aseo.
- Estudiar el registro diario de continencia con el paciente para darle seguridad.

Cuidados de la incontinencia urinaria (0610). Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.

Actividades:

- Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo.
- Ayudar a seleccionar la prenda / compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo, mientras se determina un tratamiento más definitivo.
- Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia.
- Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (colas, té y chocolate).
- Enseñar maneras de evitar el estreñimiento o la impactación de heces.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Incontinencia urinaria funcional (00209). Incapacidad de una persona, normalmente continente, para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida involuntaria de orina.

Características definitorias

- Percepción de la necesidad de miccionar.
- Capacidad para vaciar completamente la vejiga.
- El tiempo requerido para llegar al inodoro excede el tiempo que pasa entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada.
- Pérdida de orina antes de llegar al inodoro.

Factores relacionados

- Alteración de los factores ambientales.
- Deterioro de la visión.
- Limitaciones neuromusculares.
- Debilidad de las estructuras pélvicas de soporte.

Áreas de dependencia: Fuerza, conocimiento y voluntad.

RESULTADOS

Continencia urinaria (0502). Control de la eliminación de orina de la vejiga.

Indicadores	Escala de medición
050201 Reconoce la urgencia miccional.	1 Nunca demostrado
050205 Tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de la orina.	2 Raramente demostrado
	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
050218 Uso independiente del inodoro sin barreras ambientales.	5 Siempre demostrado.
050209 Vacía la vejiga completamente.	1 Siempre demostrado.
	2 Frecuentemente demostrado
	3 A veces demostrado
	4 Raramente demostrado
	5 Nunca demostrado
050207 Pérdidas de orina entre micciones.	

Movimiento coordinado (0212). Capacidad de los músculos para trabajar juntos voluntariamente con propósitos de movimiento.

Indicadores	Escala de medición
021202 Tono muscular.	1 Gravemente comprometida
	2 Sustancialmente comprometida
021205 Control del movimiento.	3 Moderadamente comprometida
	4 Levemente Comprometida
021210 Movimiento muscular en el tiempo deseado.	5 No comprometida

INTERVENCIONES

Cuidados de la incontinencia urinaria (0610). Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.

Actividades

- Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo.
- Ayudar a seleccionar la prenda / compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo, mientras se determina un tratamiento más definitivo.
- Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia.

Manejo ambiental (64809). Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.

Actividades:

- Crear un ambiente seguro par el paciente.
- Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta.

Entrenamiento del hábito urinario (0600). Establecer un esquema predecible de vaciado de la vejiga para evitar la incontinencia en personas con la capacidad cognitiva limitada, que padecen incontinencia de urgencia, de estrés o funcional.

Actividades:

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

- 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).
- Ayudar al paciente a ir al aseo y provocar la eliminación a los intervalos previstos

Ayuda con los autocuidados: aseo (1804). Ayudar a otra persona en las eliminaciones.

Actividades:

- Instaurar un programa de aseo, si procede.
- Enseñar al paciente /otras personas significativas, la rutina del aseo.
- Instaurar idas al baño, si procede y es necesario.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (catéter externo y orinal), si procede.

Ejercicio del suelo pélvico (0560). 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:

- Enseñar al individuo a ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o el movimiento intestinal.
- Proporcionar una respuesta positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos.
- Dar instrucciones escritas donde se describa la intervención y el número de repeticiones recomendadas

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Déficit de autocuidado: uso del inodoro (00110). Deterioro de la habilidad para realizar o completar por si mismo las actividades de evacuación.

Características definitorias:

- Incapacidad para realizar la higiene adecuada tras la evacuación.
- Incapacidad para llegar hasta el inodoro o el orinal.
- Incapacidad para sentarse en el inodoro o el orinal.

Factores relacionados:

- Deterioro cognitivo.
- Deterioro de la movilidad.
- Deterioro de la habilidad para la traslación.
- Deterioro neuromuscular.
- Dolor.

Fuentes de dificultad: Fuerza, conocimiento y voluntad.

RESULTADOS

Autocuidados: uso del inodoro (0310). Capacidad para utilizar el inodoro independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

Indicadores	Escala de medición
031013 Entra y sale del servicio.	1 Gravemente comprometido
	2 Sustancialmente comprometido
031005 Se coloca en el inodoro o en el orinal.	3 Moderadamente comprometido
	4 Levemente Comprometido
031009 Se ajusta la ropa después de usar el inodoro.	5 No comprometido

Autocuidados: actividades de la vida diaria AVD) (0300). Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

Indicadores	Escala de medición
030003 Uso del inodoro.	1 Gravemente comprometido
	2 Sustancialmente comprometido
030006 Higiene.	3 Moderadamente comprometido
	4 Levemente Comprometido
030008 Deambulación: camina.	5 No comprometido

Autocuidado de la ostomía (1615). Acciones personales para mantener la ostomía de eliminación.

Indicadores	Escala de medición
161501 Describe el funcionamiento de la ostomía.	1 Nunca demostrado.
	2 Raramente demostrado.
161520 Mantiene el cuidado de la piel alrededor de la ostomía.	3 A veces demostrado.
	4 Frecuentemente demostrado.
161522 Modifica las actividades diarias para optimizar los cuidados personales.	5 Siempre demostrado.

INTERVENCIONES

Ayuda con los autocuidados: aseo (1804). Ayudar a otra persona en las eliminaciones.

Actividades:

- Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.
- Ayudar al paciente en el aseo/cuña/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados.
- Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación.

Enseñanza individual (5606). Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.

Actividades:

- Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
- Determinar la secuencia de presentación de la información.
- Instruir al paciente, cuando corresponda.

Manejo intestinal (0430). Establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal de esquema regular.

Actividades:

- Observar si hay sonidos intestinales.
- Evaluar la incontinencia fecal, si es el caso.
- Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.

Manejo de la eliminación urinaria (0590). Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo.

Actividades:

- Identificar factores que contribuyen a episodios de incontinencia.
- Ayudar al paciente con el desarrollo de la rutina de ir al aseo, si procede.
- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, si procede.

Cuidados de la ostomía (0480). Asegurar la eliminación a través de un estoma los cuidados del tejido circundante.

Actividades:

- Cambiar/vaciar la bolsa de ostomía, si procede.
- Ayudar al paciente a practicar los autocuidados.
- Explicar al paciente lo que representarán los cuidados de la ostomía en su rutina diaria.

CAPÍTULO VI

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

*María Dolores García Márquez,
Isabel Garrido de Toro, José Carlos Bellido Vallejo*

La Necesidad de Moverse y Mantener Posturas Adecuadas es, según Virginia Henderson, un requisito fundamental indispensable para mantener la integridad, entendida ésta como la armonía de todos los aspectos del ser humano. Desde esta perspectiva, la satisfacción de esta necesidad está condicionada no solo por aspectos biológicos, sino también psicológicos, socioculturales y espirituales (edad, crecimiento, constitución, emociones, personalidad, cultura, rol social,...).

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- Grado de actividad en la vida cotidiana.
- Situación habitual: Deambulante/Sillón-Cama/Encamado
- Nivel funcional para la actividad/movilidad: Completamente independiente/requiere el uso de un quipo o dispositivo/Requiere de otra persona para ayuda, supervisión o enseñanza/requiere ayuda de otra persona y de un dispositivo o equipo/Dependiente.
- Ejercicio físico habitual: sedentario (por incapacidad física y/o psíquica)/ pasea ocasionalmente/pasea diariamente/ practica algún deporte.
- Postura que adopta habitualmente (sentado, de pie, acostado).

- Dificultades o limitaciones para moverse y mantener posturas adecuadas: brazos/piernas/manos/columna.

Alteraciones motoras

- Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones: Pérdida de fuerza/Inestabilidad en la marcha/Falta o reducción de energía para tolerar la actividad
- Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas.
- Otros factores personales o medioambientales que influyen en su movilidad y postura corporal.
- Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados.

Instrumentos de ayuda a la valoración

- Índice de Barthel.
- Índice de Lawton-Brody.
- Escala de disnea MRC.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Deterioro de la **movilidad física (00085).** Limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Características definitorias

- Limitación de la amplitud de movimientos.
- Inestabilidad postural.
- Movimientos descoordinados.
- Enlentecimiento del movimiento.

Factores relacionados

- Intolerancia a la actividad.
- Deterioro musculoesquelético.
- Deterioro neuromuscular.
- Deterioro cognitivo.

Fuentes de dificultad: Fuerza, conocimiento y voluntad.

RESULTADOS

Ambular (0200). Capacidad para caminar de un sitio a otro independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

Indicadores	Escala de medición
020002 Camina con marcha eficaz	1 Gravemente comprometido
	2 Sustancialmente comprometido
020006 Sube escaleras.	3 Moderadamente comprometido
	4 Levemente Comprometido
020016 Se adapta a diferentes tipos de superficies.	5 No comprometido

Movilidad (0208). Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.

Indicadores	Escala de medición
020802 Mantenimiento de la posición corporal.	1 Gravemente comprometido
	2 Sustancialmente comprometido
020804 Movimiento articular.	3 Moderadamente comprometido
	4 Levemente Comprometido
020806 Ambulación.	5 No comprometido

Realización de la transferencia (0210). Capacidad para cambiar la localización corporal independientemente con o sin mecanismo de ayuda.

Indicadores	Escala de medición
21001 Traslado de la cama a la silla	1 Gravemente comprometido
	2 Sustancialmente comprometido
21007 Traslado de la silla de ruedas al aseo.	3 Moderadamente comprometido
	4 Levemente Comprometido
21009 Traslado de una superficie a otra estando echado.	5 No comprometido

INTERVENCIONES

Terapia de ejercicios: Ambulación (0221). 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:

- Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bast3n, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulaci3n si el paciente no camina bien.
- Instruir al paciente/cuidador acerca de las t3cnicas de traslado y deambulaci3n seguras.
- Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad.

Terapia de ejercicios: equilibrio (0222). Utilizaci3n de actividades, posturas y movimientos espec3ficos para mantener, potenciar o restablecer el equilibrio.

Actividades:

- Proporcionar la oportunidad de discutir sobre los factores que influyen en el miedo a caerse.
- Instruir al paciente sobre la importancia de la terapia de ejercicios en el mantenimiento y la mejora del equilibrio.
- Reforzar o proporcionar instrucci3n sobre la posici3n y la realizaci3n de los movimientos para mantener o mejorar el equilibrio durante los ejercicios o actividades de la vida diaria.

Terapia de ejercicios: movilidad articular (0224). Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad corporal.

Actividades:

- Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones.
- Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones.

Prevenci3n de ca3das (6490). Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por ca3das.

Actividades:

- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de ca3das.
- Compartir con el paciente observaciones sobre el paso y el movimiento.

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

Ayuda con los autocuidados: transferencia (1806). Ayudar a una persona con limitación del movimiento independiente para aprender a cambiar de sitio el cuerpo.

Actividades:

- Enseñar al individuo las técnicas de traslado de una zona a otra (p. ej., de la cama a la silla, de la silla de ruedas al vehículo).
- Enseñar al individuo el uso de ayudas ambulatorias (p.ej., muletas, silla de ruedas, andadores, barra de trapecio, bastón).
- Animar al sujeto para que aprenda a trasladarse de forma autónoma.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Riesgo de síndrome de desuso (00040). Riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable.

Factores de riesgo

- Inmovilización mecánica.
- Inmovilización prescrita.
- Alteración del nivel de conciencia.

Fuentes de dificultad: Fuerza, conocimiento y voluntad.

RESULTADOS

Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (0204). Gravedad del compromiso en el comportamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.

Indicadores	Escala de medición
020401 Úlceras por presión.	1 Grave
	2 Sustancial
020415 Articulaciones contraídas.	3 Moderado
	4 Leve
020418 Trombosis venosa.	5 Ninguno

Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas (0205). Gravedad del compromiso en el funcionamiento psicocognitivo debido a la alteración de la movilidad física.

Indicadores	Escala de medición
020509 Autoestima.	1 Gravemente comprometido
	2 Sustancialmente comprometido
020511 Capacidad para actuar.	3 Moderadamente comprometido
	4 Levemente comprometido
020502 Estado cognitivo.	5 No comprometido

Resistencia (0001). Capacidad para mantener la actividad.

Indicadores	Escala de medición
000101 Realización de la rutina habitual.	1 Gravemente comprometido
	2 Sustancialmente comprometido
000106 Resistencia muscular.	3 Moderadamente comprometido
	4 Levemente comprometido
000109 Recuperación de la energía con el descanso.	5 No comprometido

INTERVENCIONES

Cuidados del paciente encamado (0740). Fomento de la comodidad, la seguridad y la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.

Actividades:

- Ayudar con las actividades de la vida diaria.
- Aplicar medidas profilácticas antiembólicas.
- Vigilar el estado de la piel.

Precauciones en el embolismo (4110). Disminución del riesgo de formación de émbolos en el paciente con trombos o en situación de riesgo de desarrollar trombos.

Actividades:

- Estimular ejercicios activos o pasivos, si procede.

- Instruir al paciente y/o a la familia acerca de las precauciones apropiadas.
- Animar al paciente a que deje de fumar.

Terapia de ejercicios: movilidad articular (0224). Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad corporal.

Actividades:

- Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular.
- Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones.
- Enseñar al paciente /familia a realizar de forma sistemática los ejercicios de arco de movimiento pasivos o activos.

Estimulación cognoscitiva (4720). Favorecer la conciencia y comprensión del entorno por medio de la utilización de estímulos planificados

Actividades:

- Hablar con el paciente.
- Utilizar la televisión, radio o música como parte del programa de estímulos planificado.
- Utilizar el contacto de manera terapéutica

Ayuda al autocuidado (1800). Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.

Actividades:

- Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.
- Enseñar a los padres/familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.
- Establecer una rutina de actividades de autocuidados.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Intolerancia a la actividad (00092). Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Características definitorias

- Malestar debido al esfuerzo.
- Disnea de esfuerzo.
- Informes verbales de fatiga.

Factores relacionados

- Debilidad generalizada
- Inmovilidad
- Desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno

Fuentes de dificultad: Fuerza, conocimiento y voluntad.

RESULTADOS

Tolerancia de la actividad (0005). Respuesta fisiológica a los movimientos que consumen energía en las actividades diarias.

Indicadores	Escala de medición
000507 Color de piel.	1 Gravemente comprometido
000510 Distancia de caminata.	2 Sustancialmente comprometido
000514 Habilidad para hablar durante el ejercicio.	3 Moderadamente comprometido
000518 Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria.	4 Levemente comprometido
	5 No comprometido

Resistencia (0001). Capacidad para mantener la actividad

Indicadores	Escala de medición
000102 Actividad.	1 Gravemente comprometido
	2 Sustancialmente comprometido
	3 Moderadamente comprometido
000109 Recuperación de la energía con el descanso.	4 Levemente comprometido
	5 No comprometido
000118 Fatiga.	1 Grave
	2 Sustancial
	3 Moderado
	4 Leve
	5 Ninguna

Nivel de fatiga (0007). Gravedad de la fatiga generalizada prolongada observada o descrita.

Indicadores	Escala de medición
00713 Malestar después del ejercicio-	1 Grave
	2 Sustancial
	3 Moderado
	4 Leve
	5 Ninguno
00715 Actividades de la vida diaria	1 Gravemente comprometido
	2 Sustancialmente comprometido
	3 Moderadamente comprometido
00721 Equilibrio actividad/reposo	4 Levemente comprometido
	5 No comprometido

INTERVENCIONES

Terapia de actividad (4310). Prescripción de y asistencia en actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo (o grupo).

Actividades:

- Ayudar a explorar el significado personal de la actividad corriente (p. ej., trabajo) y/o actividades de pasatiempo favoritas.
- Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.
- Facilitar la sustitución de actividades cuando el paciente tenga limitaciones de tiempo, energía o movimiento.

Fomento del ejercicio (0200). Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

Actividades:

- Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios.
- Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
- Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.

Mejorar el sueño (1850). Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

Actividades:

- Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.
- Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

Manejo de la energía (0180). Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

Actividades:

- Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/ser querido.
- Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.
- Favorecer la actividad física (deambulación o realización de actividades de la vida diaria), coherente con los recursos energéticos del paciente.

Manejo del asma (3210). Identificación, tratamiento y prevención de las reacciones inflamatorias de las vías aéreas.

Actividades:

- Determinar la comprensión de la enfermedad y del tratamiento por parte del cliente/familia.
- Enseñar técnicas adecuadas para el uso de la medicación y del equipo (p. ej., inhalador, nebulizador, medidor de flujo máximo).
- Ayudar a reconocer signos/síntomas inminentes de las crisis asmáticas y a implantar medidas de respuesta adecuadas.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Sedentarismo (00168). Informes sobre hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

Características definitorias

- Elige una rutina diaria con falta de ejercicio físico

- Demuestra falta de condición física
- Verbaliza preferencia por actividades con poca actividad física

Factores relacionados

- Conocimientos deficientes sobre los beneficios del ejercicio físico para la salud.
- Falta de motivación
- Falta de entrenamiento para la realización de ejercicio físico

Fuentes de dificultad: Fuerza, conocimiento y voluntad.

RESULTADOS

Conocimiento: actividad prescrita (1811). Magnitud de la comprensión transmitida sobre la actividad y ejercicio prescritos.

Indicadores	Escala de medición
181101 Actividad y ejercicio prescrito.	1 Ningún conocimiento
	2 Conocimiento escaso
181102 Propósito de la actividad.	3 Conocimiento moderado
	4 Conocimiento sustancial
181105 Precauciones de la actividad.	5 Conocimiento extenso

Creencias sobre la salud (1700). Convicciones personales que influyen en la conducta hacia la salud.

Indicadores	Escala de medición
170001 Importancia percibida de la actuación.	1 Muy débil
	2 Débil
17002 Amenaza percibida por la inactividad.	3 Moderado
	4 Intenso
17008 Capacidad percibida para ejecutar la acción.	5 Muy intenso

Conducta de cumplimiento (1601). Acciones personales recomendadas por un profesional sanitario para promocionar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación.

Indicadores	Escala de medición
160104 Acepta el diagnóstico del profesional sanitario.	1 Nunca demostrado
	2 Raramente demostrado
160103 Comunica seguir la pauta prescrita.	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
160111 Refiere los cambios de síntomas a un profesional sanitario.	5 Siempre demostrado

INTERVENCIONES

Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (5612). Preparar a un paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito.

Actividades:

- Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescrito.
- Instruir al paciente para avanzar de forma segura en la actividad/ejercicio.
- Enseñar al paciente cómo controlar la tolerancia a la actividad/ejercicio.

Mejora de la autoconfianza (5395). Refuerzo de la confianza de un individuo de su capacidad de desarrollar una conducta saludable.

Actividades:

- Explorar la percepción individual de los beneficios de ejecutar la conducta deseada.
- Identificar la percepción individual de los riesgos de no ejecutar la conducta deseada.
- Explorar la percepción individual de su capacidad de desarrollar la conducta deseada.

Acuerdo con el paciente (4420). Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico.

Actividades:

- Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.
- Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos.
- Ayudar al paciente a identificar hasta los más pequeños éxitos.

Fomento del ejercicio (0200). Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

Actividades:

- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
- Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.

Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión (0201). Facilitar el entrenamiento regular de músculos resistentes para mantener o aumentar la fuerza del músculo.

Actividades:

- Facilitar información acerca de la función de los músculos, de la fisiología del ejercicio y de las consecuencias de su poco uso.
- Ayudar a desarrollar un programa de entrenamiento de fuerza consecuente con el nivel de forma física muscular, fuerza musculoesquelética, objetivos de salud funcional, recursos en equipamientos para ejercicios, preferencias personales y apoyo social.
- Establecer un programa de seguimiento para mantener la motivación, ayudar a resolver problemas y controlar el progreso.

CAPÍTULO VII

NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

*Serafín Fernández Salazar,
Martín David Millán Cobo, Antonio Jesús Ramos Morcillo*

Se puede definir como la capacidad de una persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo del día, asociada tanto a la cantidad como a la calidad del sueño y descanso, así como la percepción del nivel de energía diurna.

Las personas tenemos la necesidad de dormir y descansar durante toda la vida, pues es imprescindible recuperar la energía perdida en la realización de las actividades de la vida, para mantener la salud. Sin sueño y descanso, la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. Para las personas que padecen un proceso de enfermedad, la necesidad de descanso y sueño aumenta, pues la situación implica un gasto adicional de energía. Con nuestra valoración, debemos describir la capacidad de la persona de cubrir esta necesidad, con el fin de intervenir eficazmente sobre un patrón ajustado que permita a la persona una adecuada interrelación con su entorno.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

Patrón de sueño / descanso habitual:

- Horas de sueño al día: nocturno, día, otros.
- Hora de inicio / fin de sueño y/o descanso.

- Existencia de cansancio, somnolencia, etc, tras el sueño o el descanso. ¿Desde cuándo?

- Factores que lo producen.

- Nivel de energía durante el día para las Actividades de la Vida Diaria.

Hábitos relacionados con el sueño / descanso:

- Lugar donde duerme / descansa: cama, sillón, otros.
- Existencia de ritual para dormir.
- Presencia de malos hábitos para dormir: indicar.

Cambios en el patrón de sueño / descanso:

- Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- Existencia de alguna enfermedad que le impida conciliar el sueño.
- Problemas durante el descanso / relajación: interrupciones, estímulos ambientales nocivos. Causas.
- Cambios de horarios frecuentes. Especificar.
- Presencia de ronquidos.
- Influencia de la falta de descanso en su actividad habitual

Recursos para inducir/facilitar el sueño:

- Medidas naturales, fármacos, otros.

Instrumentos de ayuda a la valoración:

- Cuestionario de Oviedo del Sueño. Población general con trastornos depresivos. Cuestionario del Impacto Funcional del Sueño. Adultos.
- Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI). Población adulta y adolescente.
- Índice de Gravedad del Insomnio (ISI). Población adulta.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Trastorno del patrón del sueño (00198). Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.

Características definitorias:

- Cambio en el patrón normal de sueño.
- Quejas verbales de no sentirse bien descansado.
- Insatisfacción con el sueño.

Factores relacionados:

- Responsabilidades como cuidador.

- Interrupciones (p.ej., administración de terapias, control, pruebas de laboratorio).
- Falta de intimidad / control del sueño.
- Ruidos.
- Compañero de sueño.

Fuentes de dificultad: Voluntad y fuerza.

RESULTADOS

Sueño (0004). Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.

Indicadores	Escala de medición
000401 Horas de sueño.	1 Gravemente comprometido.
	2 Sustancialmente comprometido.
000403 Patrón del sueño.	3 Moderadamente comprometido.
	4 Levemente comprometido.
000404 Calidad del sueño.	5 No comprometido.

Descanso (0003). Grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física.

Indicadores	Escala de medición
000305 Descansado mentalmente.	1 Gravemente comprometido.
	2 Sustancialmente comprometido.
000309 Energía recuperada después del descanso.	3 Moderadamente comprometido.
	4 Levemente comprometido.
000310 Aspecto de estar descansado.	5 No comprometido.

Bienestar Personal (2002). Alcance de la percepción positiva del estado de salud propio.

Indicadores	Escala de medición
200201 Realización de las actividades de la vida diaria.	1 No del todo satisfecho.
	2 Algo satisfecho.
200207 Capacidad de recuperación.	3 Moderadamente satisfecho.
	4 Muy satisfecho.
200208 Capacidad de relax.	5 Completamente satisfecho.

INTERVENCIONES

Mejorar el sueño (1850). Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

Actividades:

- Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.
- Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.
- Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran en el sueño.
- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

Manejo ambiental: confort (6482). Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.

Actividades:

- Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.

Manejo de la energía (0590). Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

Actividades:

- Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/ser querido.
- Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía (requisitos para la restricción de actividad o reposo en cama).

- Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.

Aumentar el afrontamiento (5230). 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:

- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Ayudar al paciente a resolver problemas de una manera constructiva.

CAPÍTULO VIII

NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Ángeles Ríos Ángeles,

María del Carmen Rodríguez Torres, Verónica Cárdenas Casanova

Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, las normas sociales y los gustos personales. La satisfacción de esta necesidad implica capacidades cognitivas que permitan elegir adecuadamente las prendas, así como capacidades y habilidades físicas (fuerza, coordinación de movimientos, flexibilidad articular) suficientes para ponerse y quitarse la ropa.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- Adecuación y comodidad de la ropa y calzado que usa habitualmente.
- Prendas u objetos que desee llevar siempre y significado que les atribuye.
- Dificultades o limitaciones para elegir la ropa, vestirse y/o desnudarse.
- Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones.
- Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas.
- Otros factores personales o ambientales que influyen en la elección de la ropa y/o las acciones de vestirse-- desnudarse.
- Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados.
- Manifestaciones de dependencia y origen de éstas.

Instrumentos de ayuda a la valoración

- Índice de Barthel.
- Índice de Katz.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Déficit de autocuidado: Vestido (00109). Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de vestido y arreglo personal.

Características definitorias

- Incapacidad para elegir la ropa adecuada, deterioro de la capacidad para ponerse y/o quitarse las prendas de vestir necesarias o los zapatos, abrocharse o utilizar dispositivos de ayuda o cremalleras.

Factores Relacionados

- Disminución de la motivación o ansiedad severa, debilidad, cansancio.
- Dolor, deterioro cognitivo, perceptual, neuromuscular, musculoesquelético, de la movilidad o de la capacidad para trasladarse.
- Disminución de la capacidad visual.
- Barreras ambientales.

Fuentes de dificultad: Fuerza, Conocimiento, Voluntad

RESULTADOS

Autocuidados: Vestir (0302). Capacidad para vestirse independientemente, con o sin mecanismos de ayuda.

Indicadores	Escala de medición
030204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo.	1 Nunca demostrado.
	2 Raramente demostrado.
030205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo.	3 A veces demostrado.
	4 Frecuentemente demostrado.
030211 Se quita la ropa.	5 Siempre demostrado.

Motivación (1209). Impulso interno que mueve o incita a un individuo a acciones positivas.

Indicadores	Escala de medición
120905 Expresa la creencia en la capacidad para realizar la acción.	1 Nunca demostrado.
	2 Raramente demostrado.
	3 A veces demostrado.
120915 Expresa intención de actuar.	4 Frecuentemente demostrado.
	5 Siempre demostrado.

Conservación de la energía (0002). Acciones personales para controlar la energía necesaria para iniciar y mantener la actividad.

Indicadores	Escala de medición
000204 Utiliza técnicas de conservación de la energía	1 Nunca demostrado.
	2 Raramente demostrado.
	3 A veces demostrado.
000207 Nivel de resistencia adecuado para la actividad	4 Frecuentemente demostrado.
	5 Siempre demostrado.

INTERVENCIONES

Ayuda con los Autocuidados: Vestir/Arreglo personal (1802). Ayudar a un paciente con las ropas y el maquillaje

Actividades:

- Disponer las prendas del paciente en una zona accesible (al pie de la cama).
- Mantener la intimidad del paciente mientras se viste
- Reafirmar los esfuerzos por vestirse a si mismo

Terapia de Ejercicios: Ambulación 0211. Estímulo y asistencia en la deambulacion para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.

Actividades:

- Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulacion y evite lesiones.

- Instruir al paciente/cuidador a cerca de las técnicas de deambulación y traslado seguras.
- Fomentar la deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.

Terapia de ejercicios: Control Muscular (0226). Utilización de protocolos de actividad o ejercicios específicos para mejorar o restablecer el movimiento controlado del cuerpo.

Actividades:

- Explicar el funcionamiento del tipo de ejercicios y procedimientos al paciente/familia.
- Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio/actividad.
- Animar al paciente a realizar los ejercicios de forma independiente, si está indicado.

Terapia de Ejercicios: Movilidad articular (0224). Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.

- Explicar al paciente/familia el objetivo y plan de ejercicios de las articulaciones.
- Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio.
- Proteger al paciente de lesiones durante el ejercicio.

Manejo de la energía (0180). Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

- Determinar las limitaciones físicas del paciente.
- Enseñar al paciente y familia aquellas técnicas de autocuidados que minimicen el consumo de oxígeno (técnicas de automonitorización y por pasos en las actividades diarias).
- Instruir al paciente/ser querido en reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieren una disminución de la actividad.

CAPÍTULO IX

NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL AMBIENTE

*Ana López Márquez, Adoración Alba Rosales,
José Ibáñez Muñoz*

Se refiere a la necesidad de la persona de mantener la Temperatura corporal dentro de los límites normales según haga frío o calor, adecuando la ropa y modificando el ambiente. Se persigue promover la salud a través de actividades que permitan mantener la temperatura en cifras normales, actuar ante las alteraciones de Temperatura corporal relacionadas con enfermedades, y prevenir complicaciones derivadas de éstas.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- Medición de la Temperatura corporal.
- Edad del paciente.
- ¿Habitualmente tiene sensación de tiritona con el frío/sudoración con el calor?
- ¿Historia de exposición a temperaturas extremas?
- Determinar los recursos utilizados y capacidad de la persona para adaptarse a los cambios de temperatura ambiental.
- Recursos utilizados habitualmente para mantener la temperatura corporal.
- ¿Qué hace cuando tiene fiebre?: uso de medios físicos, antipiréticos habituales.

- Acondicionamiento del hogar.
- Capacidad para manejar termómetros: déficits visuales, cognitivos, discapacidad física, etcétera.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00005).

Riesgo de fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales.

Factores de riesgo:

- Exposición a temperaturas ambientales extremas.
- Edades extremas.
- Ropas inadecuadas para la temperatura ambiente.
- Inactividad/Actividad vigorosa.
- Deshidratación.

Fuentes de dificultad: Fuerza, Conocimiento, Voluntad

RESULTADOS

Control del riesgo: hipertermia (1922). Acciones personales para prevenir, detectar o reducir la amenaza de una temperatura corporal alta.

Indicadores	Escala de medición
192201 Reconoce el riesgo personal.	1 Nunca demostrado.
192207 Modifica el entorno vital para controlar la temperatura corporal.	2 Raramente demostrado.
192206 Reconoce la relación entre edad y temperatura corporal.	3 A veces demostrado.
	4 Frecuentemente demostrado.
192209 Modifica la actividad física para controlar la temperatura corporal.	5 Siempre demostrado.

Control del riesgo: hipotermia (1923). Acciones personales para prevenir, detectar o reducir la amenaza de una temperatura corporal baja.

Indicadores	Escala de medición
192305 Reconoce condiciones de salud que potencian la pérdida de calor.	1 Nunca demostrado.
	2 Raramente demostrado.
192308 Modifica el entorno vital para favorecer la conservación del calor.	3 A veces demostrado.
	4 Frecuentemente demostrado.
192315 Lleva ropa adecuada.	5 Siempre demostrado.

Hidratación (0602). Agua adecuada en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo.

Indicadores	Escala de medición
060215 Ingesta de líquidos.	1 Gravemente comprometido.
	2 Sustancialmente comprometido.
	3 Moderadamente comprometido.
	4 Levemente comprometido.
	5 No comprometido.

INTERVENCIONES

Regulación de la temperatura (3900). Consecución y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen normal.

Actividades

- Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
- Poner un gorrito para evitar la pérdida de calor del recién nacido.
- Enseñar al paciente a evitar el agotamiento por el calor y los golpes de calor.
- Enseñar al paciente, especialmente a los ancianos, acciones encaminadas a evitar la hipotermia por exposición al frío.
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.

Manejo ambiental (6840). Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.

Actividades:

- Identificar las necesidades de seguridad del paciente según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta.
- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades del paciente.

Enseñanza: proceso de enfermedad (5602). Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

Actividades:

- Revisar el conocimiento del paciente sobre su estado.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas, si procede.

CAPÍTULO X

NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

*Isabel Garrido de Toro,
Serafín Fernández Salazar, María Dolores García Márquez*

Mantenerse limpio y tener un aspecto aseado es una necesidad básica que han de satisfacer las personas para conseguir un adecuado grado de salud y bienestar. El grado de higiene corporal es considerado un signo externo del estado de salud que presenta la persona. Por otro lado, es imprescindible procurar una piel íntegra, sana, limpia y cuidada que nos permita protegernos de las agresiones del medio y de la penetración de elementos no deseados en el organismo.

Con nuestra valoración, pretendemos conocer la idoneidad de la higiene de la persona, la capacidad para su ejecución y evaluar el estado de la piel y mucosas.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- Higiene personal: corporal, bucal, cabello, uñas...
- Capacidad funcional para el baño/higiene general y tipo de ayuda que precisa.
- Estado de piel y mucosas: características de hidratación, coloración, elasticidad.
- Valoración de miembros inferiores.
- Valoración de pies.
- Alteraciones o lesiones de la piel: presencia de úlceras por presión

(UPP), úlceras vasculares, úlceras neuropáticas, traumatismos, quemaduras, heridas quirúrgicas indicando su localización, tamaño y características.

- Otros factores personales o medioambientales que influyen en el mantenimiento de su higiene corporal y en la integridad de la piel

Instrumentos de ayuda a la valoración

- Valoración del riesgo de úlceras por decúbito. Escala de Braden.
- Instrumento para la monitorización de la evolución de una úlcera por presión (IMEUPP)
- Autonomía para las actividades de la vida diaria –BARTHEL.
- Índice de BARTHEL, modificación de Granger et al.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047). Riesgo de alteración cutánea adversa

Factores de riesgo

- Factores mecánicos (fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones)
- Humedad
- Inmovilización física
- Estado de desequilibrio nutricional (obesidad, delgadez...)
- Prominencias óseas

Fuentes de dificultad: Fuerza, Conocimiento

RESULTADOS

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

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

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

Indicadores	Escala de medición
110104 Hidratación.	1 Gravemente comprometido
	2 Sustancialmente comprometido
110113 Integridad de la piel.	3 Moderadamente comprometido
	4 Levemente comprometido
110111 Perfusión tisular.	5 No comprometido
110121 Eritema.	1 Grave
	2 Sustancial
	3 Moderado
110122 Palidez.	4 Leve
	5 Ninguna

INTERVENCIONES

Enseñanza: individual (5606). Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza para tratar las necesidades particulares del paciente.

Actividades:

- Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades/incapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas.
- Instruir al paciente.
- Incluir a la familia/ser querido, si es posible.

Apoyo al cuidador principal (7040). 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:

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.

Prevención de las úlceras por presión (3540). Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.

Actividades:

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden).
- Utilizar camas y colchones especiales, si procede.
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en piel sana sometida a presión, extenderlas con suavidad en zonas de riesgo.

Manejo de presiones (3500). Minimizar la presión sobre las partes corporales.

Actividades:

- Colocar superficies reductoras de presión entre el paciente y la cama o silla(colchón...)
- Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas.
- Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libres de presiones continuas.

Vigilancia de la piel (3590). Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.

Actividades:

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y/o membranas mucosas.
- Observar si hay zonas de presión y fricción Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p.ej., colchón antiescaras, horario de cambios de posición).
- Instruir al miembro de la familia/cuidador acerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Deterioro de la integridad cutánea (00046). Alteración de la epidermis y/o dermis.

Características definitorias

- Alteración de la superficie de la piel.
- Destrucción de las capas de la piel.
- Invasión de las estructuras corporales.

Factores relacionados

- Factores mecánicos (fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones).
- Humedad.
- Inmovilización física.
- Estado de desequilibrio nutricional (obesidad, delgadez...)
- Prominencias óseas.

Fuentes de dificultad: Fuerza, Conocimiento.

RESULTADOS

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

Indicadores	Escala de medición
110113 Integridad de la piel.	1 Gravemente comprometido
	2 Sustancialmente comprometido
	3 Moderadamente comprometido
110111 Perfusión tisular.	4 Levemente comprometido
	5 No comprometido
110115 Lesiones cutáneas.	1 Grave
	2 Sustancial
110117 Tejido cicatricial.	3 Moderado
	4 Leve
110123 Necrosis.	5 Ninguna

Curación de la herida: por segunda intención (1103). Magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta.

Indicadores	Escala de medición
110301 Granulación	1 Ninguno
	2 Escaso
	3 Moderado
110321 Disminución del tamaño de la herida	4 (Sustancial
	5 Extenso
110307 Eritema cutáneo circundante	1 Extenso
	2 Sustancial
110310 Ampollas cutáneas	3 Moderado
	4 Escaso
110312 Necrosis	5 Ninguno

INTERVENCIONES

Manejo de presiones (3500). Minimizar la presión sobre las partes corporales.

Actividades:

- Colocar superficies reductoras de presión entre el paciente y la cama o silla (colchón...)
- Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas.
- Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libres de presiones continuas.

Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584). Aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la pérdida de la solución de continuidad.

Actividades:

- Mantener la piel seca e hidratada.
- Usar cremas protectoras para la piel.
- No frotar las prominencias óseas.
- No arrastrar la piel por las sábanas al reposicionar o elevar al paciente: usar dispositivos de ayuda como trapecios, alzamiento con entremetida, u otras alternativas.
- Aplicar apósito adecuado al grado de afectación de la piel.

Prevención de las úlceras por presión (3540). Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.

Actividades:

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden).
- Utilizar camas y colchones especiales, si procede
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en piel sana sometida a presión, extenderlas con suavidad en zonas de riesgo.

Enseñanza: individual (5606). Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza para tratar las necesidades particulares del paciente.

Actividades:

- Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades/incapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas.
- Instruir al paciente.
- Incluir a la familia/ser querido, si es posible.

Cuidados de las úlceras por presión (3520). Facilitar la curación de úlceras por presión.

Actividades:

- Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño(longitud, anchura y profundidad), estadio(I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.
- Controlar el color, temperatura, el edema, humedad y la apariencia de la piel circundante.
- Aplicar un apósito que mantenga un ambiente de la herida húmedo y la piel circundante íntegra.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Déficit de autocuidado: baño (00108). Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/higiene.

Características definitorias

- Incapacidad para lavarse cuerpo total o parcialmente.
- Incapacidad para acceder al cuarto de baño.
- Incapacidad para regular el agua del baño.

Factores relacionados

- Disminución de la motivación
- Debilidad/cansancio
- Incapacidad para percibir una parte del cuerpo
- Deterioro musculoesquelético
- Deterioro neuromuscular

Fuentes de dificultad: Fuerza, Conocimiento y Voluntad

RESULTADOS

Autocuidados: baño (0301). Capacidad para lavar el propio cuerpo independientemente con o sin mecanismos de ayuda

Indicadores	Escala de medición
030101 Entra y sale del cuarto de baño.	1 Gravemente comprometido
030108 Se baña.	2 Sustancialmente comprometido
030113 Se lava la cara.	3 Moderadamente comprometido
030114 Se lava la parte superior del cuerpo.	4 Levemente comprometido
030115 Se lava la parte inferior del cuerpo.	5 No comprometido

Autocuidados: higiene (0305). Capacidad para mantener la higiene corporal y un buen aspecto independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

Indicadores	Escala de medición
030506 Mantiene la higiene bucal.	1 Gravemente comprometido
030508 Se lava el pelo.	2 Sustancialmente comprometido
030510 Se afeita.	3 Moderadamente comprometido
030516 Se cuida las uñas de los pies.	4 Levemente comprometido
030517 Mantiene la higiene corporal.	5 No comprometido

Adaptación a la discapacidad física (1308). Respuesta adaptativa a un reto funcional importante debido a una discapacidad física.

Indicadores	Escala de medición
130801 Expresa verbalmente capacidad para adaptarse a la discapacidad.	1 Nunca demostrado
	2 Raramente demostrado
130803 Se adapta a limitaciones funcionales.	3 A veces demostrado
130810 Identifica un plan para cumplir las actividades de la vida diaria.	4 Frecuentemente demostrado
	5 Siempre demostrado

INTERVENCIONES

Ayuda con los autocuidados: baño/higiene (1801). Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

Actividades:

- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- Facilitar que el paciente se bañe él mismo.

Ayuda al autocuidado (1800). Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.

Actividades:

- Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, aseo y arreglo personal.
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- Enseñar a los padres/familia a fomentar la independencia.

Terapia de actividad (4310). Prescripción de y asistencia en actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo.

Actividades:

- Ayudar a identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada.
- Enseñar al paciente y/o familia a realizar la actividad deseada o prescrita.
- Ayudar al paciente a desarrollar la automotivación y la seguridad.

Enseñanza: individual (5606). Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.

Actividades:

- Instruir al paciente en la realización de sus autocuidados.
- Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente
- Reforzar la conducta.

CAPÍTULO XI

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS

*José Carlos Bellido Vallejo,
Ana López Márquez y Ángeles Ríos Ángeles*

Se enmarca en la conveniencia de que la persona disponga de las habilidades y conocimientos necesarios que le permitan identificar las condiciones ambientales y conductuales que favorecen o aumentan el riesgo de sufrir accidentes, de tal manera que pueda prevenir los peligros sobre sí misma y también evitar lesionar a otras personas.

Tienen importancia tanto los aspectos que se relacionan con factores medioambientales que influyen en el mantenimiento de la seguridad física y las dificultades o limitaciones para mantenerla, como los sentimientos y emociones asociados a una situación de peligro, la capacidad para afrontarla, cómo identifica las dificultades o cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- Estado de ánimo: preocupación, tristeza, nerviosismo, irritabilidad, euforia, impulsividad... Recursos que emplea y factores de influencia.
- Conocimientos sobre su estado de salud. Interés por conductas saludables. Medidas preventivas habituales: vacunaciones, revisiones...
- Percepción de sí mismo y de la situación actual: ¿Cómo se siente? ¿Qué se siente capaz de hacer? ¿Qué, quién puede ayudarlo? ¿Qué expectativas tiene?

- Adhesión al plan terapéutico. Actitud. Motivo de incumplimiento.
- Medidas de seguridad personales y ambientales habituales. Realiza prevención. Existen barreras. Condiciones del hogar, entorno familiar y social.
- Alergias: medicamentos, alimentos, ambientales.
- Tratamientos. Automedicación.
- Orientación: espacial, temporal, personas.
- Alteraciones sensoriales-perceptivas.
- Nivel de conciencia. Memoria. Equilibrio.
- Dolor: tipo, intensidad, localización, repercusión, ayuda que necesita.
- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas...
- Ingresos hospitalarios.
- Accidentes. Caídas.
- Violencia. Maltrato. Abusos.
- Anestesia, sedación o procedimientos invasivos.

Instrumentos de ayuda a la valoración

- Escala Visual Analógica del dolor. Valoración de la intensidad del dolor.
- Escala de riesgo de caídas múltiples. Población de 65 años o más en el ámbito comunitario.
- Test de Pfeiffer versión española. Población general, cribado de deterioro cognitivo.
- Escala de de Goldberg. Población general, cribado de ansiedad-depresión.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Riesgo de infección (00004). Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

Factores de riesgo

- Enfermedad crónica
- Inmunidad adquirida inadecuada
- Procedimientos invasivos
- Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos
- Insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a los agentes patógenos

Fuentes de dificultad: Fuerza, Conocimiento.

RESULTADOS

Conocimiento: control de la infección (1842). Grado de conocimiento transmitido sobre la infección, su tratamiento y prevención de complicaciones.

Indicadores	Escala de medición
184202 Factores que contribuyen a la transmisión.	1 Ningún conocimiento.
	2 Conocimiento escaso.
184203 Prácticas que reducen la transmisión.	3 Conocimiento moderado.
	4 Conocimiento sustancial.
184217 Importancia del seguimiento del tratamiento.	5 Conocimiento extenso.

Control del riesgo: proceso infeccioso (1924). Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir la amenaza de una infección.

Indicadores	Escala de medición
192401 Reconoce el riesgo personal de infección.	1 Nunca demostrado.
	2 Raramente demostrado.
192408 Controla conductas personales para evitar los factores asociados al riesgo de infección.	3 A veces demostrado.
	4 Frecuentemente demostrado.
192423 Utiliza fuentes acreditadas de información.	5 Siempre demostrado.

Curación de la herida: por primera intención (1102). Magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado.

Indicadores	Escala de medición
110213 Aproximación de los bordes de la herida.	1 Ninguno.
	2 Escaso.
	3 Moderado.
	4 Sustancial.
	5 Extenso.
110208 Eritema cutáneo circundante.	1 Extenso.
	2 Sustancial.
	3 Moderado.
110210 Aumento de la temperatura cutánea.	4 Leve.
	5 Ninguno.

INTERVENCIONES

Protección contra las infecciones (6550). Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo.

Actividades:

- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Fomentar un aumento de la movilidad y los ejercicios, si procede.
- Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito.

Manejo de la inmunización/vacunación (6530). Control del estado de inmunización, facilitando el acceso a las inmunizaciones y suministro de vacunas para evitar enfermedades contagiosas.

Actividades:

- Informar a los individuos de las inmunizaciones protectoras contra enfermedades que actualmente no son obligatorias por ley (vacunas contra la gripe, neumonía y hepatitis B)
- Conocer las contraindicaciones de la inmunización (reacción anafiláctica a vacunas anteriores y enfermedades moderadas o graves con o sin fiebre)
- Determinar el estado de inmunización en cada visita realizada en un centro de atención sanitaria (incluyendo sala de urgencias y admisión en hospitales), y proporcionar las inmunizaciones si se precisa.

Control de infecciones (6540). Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Actividades:

- Poner en práctica precauciones universales.

- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

Control de infecciones: intraoperatorio (6545). Prevención de la infección nosocomial en el quirófano.

Actividades:

- Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos, si procede.
- Verificar los indicadores de esterilización.
- Abrir los suministros y los instrumentos estériles utilizando técnicas asépticas.

Cuidados de las heridas (3660). Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas

Actividades:

- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor
- Enseñar al paciente o a miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida
- Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Riesgo de lesión (00035). Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.

Factores de riesgo:

Externos:

- Humanos (p. ej., agentes nosocomiales, patrones de dotación de personal o factores cognitivos, afectivos, psicomotores)
- Físicos (p. ej., diseño, estructura y disposición de la comunidad, edificios o equipamientos).

Internos:

- Edad de desarrollo (fisiológicos, psicológico)
- Físicos (p.ej., solución de continuidad de la piel, alteración de la movilidad)
- Psicológicos (orientación afectiva)

Fuentes de dificultad: Fuerza, Conocimiento, Voluntad.

RESULTADOS

Conductas de seguridad personal (1911). Acciones personales que previenen las autolesiones personales.

Indicadores	Escala de medición
191107 Uso correcto de dispositivos de ayuda.	1 Nunca demostrado.
191108 Desarrollo de juegos y hábitos de ocio seguros.	2 Raramente demostrado.
191126 Se protege de las lesiones.	3 A veces demostrado.
	4 Frecuentemente demostrado.
	5 Siempre demostrado.

Nivel de fatiga (0007). Gravedad de la fatiga generalizada prolongada observada o descrita.

Indicadores	Escala de medición
000716 Actividades instrumentales de la vida diaria.	1 Gravemente comprometido.
000721 Equilibrio actividad / reposo.	2 Sustancialmente comprometido.
000719 Calidad del descanso.	3 Moderadamente comprometido.
	4 Levemente comprometido.
	5 No comprometido.

Conocimiento: seguridad personal (1809). Grado de comprensión transmitido sobre la prevención de lesiones no intencionadas.

Indicadores	Escala de medición
180902 Medidas de prevención de caídas.	1 Ningún conocimiento.
180904 Medidas de seguridad en el hogar.	2 Conocimiento escaso.
180917 Riesgos de seguridad específicos para la edad.	3 Conocimiento moderado.
	4 Conocimiento sustancial.
	5 Conocimiento extenso.

INTERVENCIONES

Manejo ambiental (6480). Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.

Actividades:

- Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta
- Individualizar la rutina diaria de forma que se adapte a las necesidades del paciente.
- Proporcionar a la familia/ser querido información sobre la composición de un ambiente hogareño seguro para el paciente

Potenciación de la seguridad (5380). Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente.

Actividades:

- Coger al niño o bebé, si es el caso
- Facilitar la permanencia del padre/madre con el niño hospitalizado durante la noche
- Ayudar al paciente/familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad

Vigilancia: seguridad (6654). Reunión objetiva y continuada y análisis de la información acerca del paciente y del ambiente para utilizarla en la promoción y mantenimiento de la seguridad.

Actividades:

- Observar si hay alteraciones de la función física o cognoscitiva del paciente que puedan conducir a una conducta insegura
- Poner en marcha y mantener el estado de precaución para el paciente con alto riesgo de exposición a los peligros específicos del ambiente de cuidados
- Comunicar la información acerca del riesgo del paciente a los otros miembros del personal de cuidados.

Manejo de la energía (0180). Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

Actividades:

- Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.

- Ayudar al paciente a limitar el sueño diurno proporcionando actividades que fomenten el estar despierto de forma plena, si procede.
- Facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad.

Identificación de riesgos (6610). Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.

Actividades:

- Revisar el historial médico y los documentos del pasado para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores
- Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar
- Utilizar acuerdos con el paciente, si procede

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Riesgo de intoxicación (00037). Aumento del riesgo de exposición o ingestión accidental de sustancias o productos peligrosos en dosis suficiente para originar una intoxicación.

Factores de riesgo

Internos:

- Dificultades cognitivas.
- Falta de educación farmacológica.
- Falta de precauciones adecuadas.

Externos:

- Grandes cantidades de medicamentos en el hogar
- Productos peligrosos al alcance de los niños
- Productos peligrosos al alcance de personas confusas.

Fuentes de dificultad: Fuerza, Conocimiento.

RESULTADOS

Conocimiento: medicación (1808). Grado de la comprensión transmitida sobre el uso seguro de la medicación.

Indicadores	Escala de medición
180805 Efectos indeseables de la medicación.	1 Ningún conocimiento.
	2 Conocimiento escaso.
180810 Administración correcta de la medicación.	3 Conocimiento moderado.
	4 Conocimiento sustancial.
180819 Efectos terapéuticos de la medicación.	5 Conocimiento extenso.

Conocimiento: control del consumo de sustancias (1812). Grado de comprensión transmitido sobre el control del uso de drogas adictivas, productos químicos tóxicos, tabaco o alcohol.

Indicadores	Escala de medición
181202 Consecuencias adversas sobre la salud del abuso de sustancias.	1 Ningún conocimiento.
	2 Conocimiento escaso.
181206 Responsabilidad personal en el control del consumo de sustancias psicoactivas.	3 Conocimiento moderado.
	4 Conocimiento sustancial.
181217 Grupos de apoyo disponibles.	5 Conocimiento extenso.

Cuidado de los hijos: seguridad física en la primera y segunda infancia (2901). Acciones parentales para evitar la lesión física de un niño desde los 3 hasta los 11 años de edad.

Indicadores	Escala de medición
290112 Mantiene los medicamentos fuera de su alcance	1 Nunca demostrado.
	2 Raramente demostrado.
290126 Utiliza estrategias para prevenir el consumo de drogas	3 A veces demostrado.
	4 Frecuentemente demostrado.
290128 Utiliza estrategias para prevenir la exposición a productos químicos tóxicos	5 Siempre demostrado.

INTERVENCIONES

Enseñanza: medicamentos prescritos (5616). Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

Actividades:

- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.
- Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de sobredosis y subdosis.

Manejo de la medicación (2380). Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

Actividades:

- Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.
- Revisar periódicamente con el paciente y/o la familia los tipos y dosis de medicamentos tomados.
- Ponerse en contacto con el paciente y la familia después del alta, si procede, para responder a preguntas y comentar inquietudes asociadas al régimen de medicación.

Prevención del consumo de sustancias nocivas (4500). Potenciar un estilo de vida que evite el uso de alcohol y drogas.

Actividades:

- Educar a los padres de acerca de la importancia del ejemplo en el uso de sustancias nocivas.
- Instruir a los padres y profesores en la identificación de signos y síntomas de adicción.
- Aconsejar a los padres el apoyo de las normas escolares que prohíben el consumo de alcohol y drogas en las actividades extraescolares

Manejo ambiental: seguridad (6486). Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.

Actividades:

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognoscitiva y el historial de conducta del paciente.
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.

- Proporcionar al paciente números telefónicos de urgencias (policía, departamento de salud local, centro nacional de toxicología).

Cuidados en la emergencia (6200). Puesta en práctica de las medidas de salvamento en aquellas situaciones que resulten amenazadoras para la vida.

Actividades:

- Activar el sistema de urgencia médica.
- Determinar si ha habido sobredosis de drogas u otras sustancias.
- Determinar si ha habido implicación de sustancias tóxicas o venenosas.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Riesgo de lesión postural perioperatoria (00087). Riesgo de cambios anatómicos y físicos accidentales como consecuencia de la postura o equipo usado durante un procedimiento quirúrgico/invasivo.

Factores de riesgo

- Desorientación.
- Emaciación.
- Inmovilización.
- Debilidad muscular.
- Obesidad.
- Alteraciones sensitivo-perceptuales debidas a la anestesia.

Fuentes de dificultad: Fuerza

RESULTADOS

Preparación antes del procedimiento (1921). Preparación de un paciente para someterse de forma segura a un procedimiento que requiere anestesia o sedación.

Indicadores	Escala de medición
192108 Estado de restricción de la ingesta.	1 Inadecuado.
192105 Identificación de cambios en el estado de salud.	2 Ligeramente adecuado.
192120 Participación en la lista de comprobación antes del procedimiento.	3 Moderadamente adecuado.
	4 Sustancialmente adecuado.
	5 Completamente adecuado.

Realización de transferencia (0210). Capacidad para cambiar la localización corporal independientemente con o sin mecanismo de ayuda.

Indicadores	Escala de medición
021009 Traslado de una superficie a otra estando echado.	1 Gravemente comprometido.
021002 Traslado de la silla a la cama.	2 Sustancialmente comprometido.
021001 Traslado de la cama a la silla.	3 Moderadamente comprometido.
	4 Levemente comprometido.
	5 No comprometido.

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

Indicadores	Escala de medición
110111 Perfusión tisular.	1 Gravemente comprometido.
110113 Integridad de la piel.	2 Sustancialmente comprometido.
	3 Moderadamente comprometido.
	4 Levemente comprometido.
	5 No comprometido.
110116 Lesiones de la membrana mucosa.	1 Grave.
	2 Sustancial.
	3 Moderado.
	4 Leve.
	5 Ninguno.

INTERVENCIONES

Preparación quirúrgica (2930). Provisión de cuidados a un paciente inmediatamente antes de la cirugía y verificación de los procedimientos/pruebas y documentación requeridos en el registro clínico.

Actividades:

- Completar la lista de comprobaciones preoperatorias.
- Administrar y registrar los medicamentos preoperatorios, si procede.
- Apoyar al paciente con alto nivel de ansiedad/miedo.

Transferencia (0970). Traslado de un paciente con limitación del movimiento independiente.

Actividades:

- Determinar el nivel de conciencia y la capacidad de colaborar.
- Discutir con el paciente y los colaboradores sobre cómo se realizará el traslado.
- Evaluar al paciente al final del traslado para comprobar: alineación adecuada del cuerpo, ausencia de oclusión de tubos, ropa de cama sin arrugas, piel expuesta innecesariamente, nivel de comodidad adecuado del paciente.

Precauciones quirúrgicas (2920). Minimizar las posibilidades de lesiones iatrogénicas en el paciente involucrado en un procedimiento quirúrgico.

Actividades:

- Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- Disponer unidad electroquirúrgica, almohadilla de toma a tierra y electrodo activo.
- Observar si hay lesiones en la piel del paciente después de la electrocirugía.

Cambio de posición: intraoperatorio (0842). Movimiento del paciente o de una parte corporal para favorecer la exposición quirúrgica a la vez que se reduce el riesgo de molestias y complicaciones.

Actividades:

- Determinar el margen de movimiento y estabilidad de las articulaciones del paciente.

- Colocar en la posición quirúrgica designada (supino, prono, torácico lateral o litotomía)
- Vigilar la posición del paciente durante la operación

Vigilancia de la piel (3590). Definición. Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.

Actividades:

- Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.
- Observar si hay zonas de presión y fricción.
- Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Ansiedad (00146). Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.

Características definitorias

- Nerviosismo e inquietud con incremento del nivel de vigilancia, mal contacto ocular.
- Consciencia de los síntomas fisiológicos.
- Bloqueo del pensamiento, confusión, disminución de las capacidades de concentración, atención, aprendizaje y toma de decisiones.
- Sentimientos de incertidumbre.
- Tendencia a culpar a otros.
- Signos de activación nerviosa simpática.
- Malestar somático, insomnio y cambios en los hábitos alimenticios.

Factores Relacionados

- Percepción de amenaza, percibida o real, de cambio de rol, estado de salud, autoconcepto, patrones de interacción, entorno.
- Crisis situacional, personal o de maduración, estrés, situación de pérdida.
- Necesidades no satisfechas.

- Conflicto inconsciente sobre los valores y objetivos prioritarios de la vida.

Fuentes de dificultad: Conocimiento, Voluntad

RESULTADOS

Autocontrol de la Ansiedad (1402). Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.

Indicadores	Escala de medición
140204 Busca información para reducir la ansiedad.	1 Nunca demostrado
	2 Raramente demostrado
140208 Identifica la fuente de amenaza.	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
140216 Ausencia de manifestaciones de ansiedad.	5 Siempre demostrado

Nivel De Ansiedad (1211). Gravedad de aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.

Indicadores	Escala de medición
121105 Inquietud.	1 Grave
	2 Sustancial
121114 Dificultades para resolver problemas.	3 Moderado
	4 Leve
121117 Ansiedad verbalizada.	5 Ninguno

INTERVENCIONES

Disminución de la Ansiedad (5820). Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- Proporcionar información objetiva en cuanto al diagnostico, tratamiento y pronostico.

- Animar la a manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

Aumentar el afrontamiento (5230). 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:

- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en roles y relaciones.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

Reestructuración cognitiva (4700). Estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a si mismo y al mundo de una forma más realista.

Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad y desesperanza) que está sintiendo.
- Ayudar al paciente a identificar los factores estresantes percibidos (situaciones, sucesos e interacciones con otras personas) que contribuyen a su estado de estrés.
- Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la realidad actual.

Enseñanza: proceso de enfermedad (5602). Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

Actividades:

- Proporcionar al paciente información sobre la enfermedad.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.

Enseñanza: Procedimiento/Tratamiento (5618). Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.

Actividades:

- Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.

- Proporcionar información sobre lo que oír, vera, gustara o sentirá durante el procedimiento/tratamiento.
- Implicar a la familia/ser querido, si resulta oportuno.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Temor (00148). Respuesta a la percepción de una amenaza identificable que se reconoce conscientemente como un peligro.

Características definitorias

- Manifestación verbal de sentimientos de inseguridad, miedo, inquietud.
- Identificación de la procedencia del temor, aumento del estado de vigilancia, conductas de evitación, atención centrada en el objeto del temor, disminución de las capacidades de concentración, atención, aprendizaje y de solucionar problemas.
- Activación del sistema nervioso simpático, tensión muscular, malestar somático.

Factores Relacionados

- Barreras idiomáticas, deterioro sensorial (dependiendo del tipo y grado).
- Falta de familiaridad con la situación, respuesta aprendida por exposición previa a la fuente del miedo.
- Falta de soporte o separación de este en situación estresante.

Fuentes de dificultad: Conocimiento, Voluntad

RESULTADOS

Autocontrol del miedo (1404). Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable.

Indicadores	Escala de medición
140403 Busca información para reducir el miedo.	1 Nunca demostrado
	2 Raramente demostrado
140406 Utiliza estrategias de superación efectivas.	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
140417 Controla las respuestas de miedo.	5 Siempre demostrado

Nivel de Miedo (1210). Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable.

Indicadores	Escala de medición
121013 Preocupación excesiva por sucesos vitales.	1 Grave
	2 Sustancial
121015 Preocupación por la fuente del miedo.	3 Moderado
	4 Leve
121031 Temor verbalizado.	5 Ninguno

INTERVENCIONES

Disminución de la ansiedad (5820). Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- Proporcionar información objetiva en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Animar la a manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuado.

Aumentar el Afrontamiento (5230). 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:

- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en roles y relaciones.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

Reestructuración cognitiva (4700). Estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a si mismo y al mundo de una forma más realista.

Actividades:

- Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones (autoafirmaciones) irracionales autoinducidas por afirmaciones (autoafirmaciones) racionales.

- Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la realidad actual.
- Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación.

Enseñanza: Proceso De Enfermedad (5602). Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

Actividades:

- Proporcionar al paciente información sobre la enfermedad.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.

Enseñanza: Procedimiento/Tratamiento (5618). Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.

Actividades:

- Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.
- Proporcionar información sobre lo que oír, verá, gustará o sentirá durante el procedimiento/tratamiento.
- Implicar a la familia/ser querido, si resulta oportuno.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Riesgo de caídas (00155). Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

Factores de riesgo:

- Uso de dispositivos de ayuda (p. ej., andador, bastón).
- Disminución del estado mental.
- Entorno desordenado.
- Ansiolíticos.
- Dificultad en la marcha.

Fuentes de dificultad: Fuerza, conocimiento y voluntad.

RESULTADOS

Ambiente seguro del hogar (1910). Disposiciones físicas para minimizar los factores ambientales que podrían causar daño o lesión física en el hogar.

Indicadores	Escala de medición
191002 Colocación de pasamanos.	1 Inadecuado.
191013 Reorganización del mobiliario para reducir riesgos.	2 Ligeramente adecuado.
191032 Espacio para desplazarse con seguridad por la vivienda.	3 Moderadamente adecuado.
	4 Sustancialmente adecuado.
	5 Completamente adecuado.

Conducta de Prevención de caídas (1909). Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.

Indicadores	Escala de medición
190903 Colocación de barreras para prevenir caídas.	1 Nunca demostrado.
190909 Uso de taburetes / escaleras seguros.	2 Raramente demostrado.
190917 Uso de precauciones a la hora de tomar medicamentos que aumenten el riesgo de caídas.	3 A veces demostrado.
	4 Frecuentemente demostrado.
	5 Siempre demostrado.

Conocimiento: prevención de caídas (1828). Grado de la comprensión transmitida sobre la prevención de caídas.

Indicadores	Escala de medición
182801 Uso correcto de los dispositivos de ayuda.	1 Ningún conocimiento.
	2 Conocimiento escaso.
182897 Uso correcto de la iluminación ambiental.	3 Conocimiento moderado.
	4 Conocimiento sustancial.
182817 Como deambular de manera segura.	5 Conocimiento extenso.

INTERVENCIONES

Manejo ambiental: seguridad (6486). Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.

Actividades:

- Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos).
- Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.
- Disponer dispositivos de adaptación (banqueta de escalera o barandillas) para aumentar la seguridad del paciente.

Prevención de caídas (6490). Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

Actividades:

- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.
- Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos.

Vigilancia: seguridad (6654). Reunión objetiva y continuada y análisis de la información acerca del paciente y del ambiente para utilizarla en la promoción y mantenimiento de la seguridad.

Actividades:

- Observar si hay alteraciones de la función física o cognoscitiva del paciente que puedan conducir a una conducta insegura.
- Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad.
- Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes en el ambiente.

Manejo Ambiental: preparación del hogar (6485). Preparación del hogar para proporcionar cuidados de manera segura y eficaz.

Actividades:

- Consultar con el paciente y la familia sobre la preparación para proporcionar los cuidados en casa.
- Observar el ambiente del hogar para recibir al paciente.
- Proporcionar información escrita respecto de la medicación, los suministros y los dispositivos de ayuda como guía para la familia, según sea necesaria.

Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (5612). Preparar a un paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito.

Actividades:

- Enseñar al paciente a alternar correctamente los periodos de descanso y actividad.
- Enseñar al paciente una buena postura y la mecánica corporal, si procede.
- Informar al paciente los métodos de conservación de energía, si procede.

CAPÍTULO XII

NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES

*Martín David Millán Cobo,
José Carlos Bellido Vallejo, Isabel Garrido de Toro*

El ser humano por naturaleza siente la necesidad de comunicarse y relacionarse, ser parte de una comunidad, de agruparse en familias, con amistades o en organizaciones sociales. Entre estas se encuentran: la amistad, el compañerismo, el afecto y el amor.

Para la persona es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de personas y con su entorno. Las emociones están íntimamente ligadas a las alteraciones de salud tanto física como psicológicamente. La enfermería promueve el bienestar del paciente, fomentando las relaciones y la aceptación de la propia persona. En este sentido se debe valorar el equilibrio entre la soledad - interacción social, estado de los órganos de los sentidos, capacidad de expresión, relaciones con familia, amigos y pareja, etc., teniendo en cuenta la accesibilidad de los que intervienen, conocimiento del yo, intercambio, vía de relación y estímulos.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

Comunicación

- Limitaciones cognitivo – perceptuales.
- Posibilidad de comunicación alternativa.
- Cambios en la situación de salud.

- Estructura y dinámica familiar.
- Condiciones del entorno.

Relación (Del cuidador)

- Parentesco.
- Relaciones anteriores con la persona dependiente.
- Estado general de salud.
- Grado de conocimiento y habilidades para brindar cuidados.
- Percepción de la situación.
- Creencias y valores sobre la salud y el cuidado de dependientes.
- Recursos personales: capacidad de afrontamiento, habilidad para solucionar problemas, participación en actividades lúdicas o de relajación.

Relación (Del receptor de cuidados)

- Estado mental.
- Creencias y valores sobre la salud y el cuidado de dependientes.
- Necesidad real y percibida de cuidados.

Relación (entorno familiar y social)

- Adecuación del espacio físico.
- Necesidad de equipos o dispositivos de apoyo.
- Disponibilidad de medios de movilización y transporte.
- Sistema de soporte: recursos económicos, red de apoyo sociofamiliar.
- Valores y creencias de la familia o grupo de pertenencia.
- Situaciones que puedan crear tensión familiar adicional.

Relaciones sexuales

- Edad y sexo.
- Embarazos.
- Abortos.
- Disfunción reproductiva.
- Patrón sexual y grado de satisfacción.
- Naturaleza de la limitación, cambio o dificultad actual.
- Percepción de sí mismo; si ha cambiado respecto a la percepción anterior, causa a lo que lo atribuye; autoestima.
- Métodos anticonceptivos.
- Medicamentos de uso habitual.

Instrumentos de ayuda a la valoración.

- Test de Pfeiffer. Cribado del deterioro cognitivo.
- Cuestionario Apgar Familiar. Percepción de la función familiar.
- Cuestionario de Duke – UNC. Apoyo social percibido.
- Índice de Esfuerzo del Cuidador de Robinson -IEC-. Esfuerzo o sobrecarga del cuidador.
- Escala de Gardner. Evaluación de la imagen corporal.
- Cuestionario del funcionamiento sexual del Hospital Gral. de Massachusetts – MGH-.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Deterioro de la comunicación verbal 00051. Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

Características definitorias

- No poder hablar
- Dificultad para comprender el patrón de comunicación habitual.
- Dificultad para formar palabras. (p.ej., afonía, dislalia, disartria).
- Negativa voluntaria a hablar.
- Falta de contacto ocular.

Factores relacionados

- Diferencias culturales.
- Barreras físicas (p. ej., traqueotomía, intubación).
- Falta de información.
- Estrés.
- Defecto anatómico (p.ej., paladar hendido, alteración del sistema visual neuromuscular, del sistema auditivo, del aparato fonador).

Fuentes de dificultad: Conocimiento y/o Voluntad.

RESULTADOS

Comunicación (0902). Recepción, interpretación y expresión de los mensajes verbales, escritos y no verbales.

Indicadores	Escala de medición
090202 Utiliza el lenguaje hablado.	1 Gravemente comprometido.
090205 Utiliza el lenguaje no verbal.	2 Sustancialmente comprometido.
090210 Interpretación exacta de los mensajes recibidos.	3 Moderadamente comprometido.
	4 Levemente comprometido.
	5 No comprometido

Elaboración de la información (0907). Capacidad para adquirir, organizar y utilizar la información.

Indicadores	Escala de medición
090710 Comprende un párrafo.	1 Gravemente comprometido.
090716 Comprende símbolos universales.	2 Sustancialmente comprometido.
090703 Verbaliza un mensaje coherente.	3 Moderadamente comprometido.
	4 Levemente comprometido.
	5 No comprometido

Comunicación: expresiva (0903). Expresión de mensajes verbales y/o no verbales con sentido.

Indicadores	Escala de medición
090301 Utiliza el lenguaje escrito	1 Gravemente comprometido.
090302 Utiliza el lenguaje hablado vocal.	2 Sustancialmente comprometido.
090306 Utiliza un lenguaje de signos.	3 Moderadamente comprometido.
	4 Levemente comprometido.
	5 No comprometido

INTERVENCIONES

Mejorar la comunicación: déficit del habla (4976). Ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con trastornos del habla

Actividades:

- Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje del paciente, si procede.
- Permitir que el paciente oiga lenguaje hablado con frecuencia, si es preciso.
- Escuchar con atención.
- Utilizar palabras sencillas y frases cortas, si procede.
- Utilizar cartones con dibujos, si es preciso.
- Utilizar gestos con las manos, si procede.

Escucha activa (4920). Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente

Actividades:

- Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Mostrar coincidencia y sensibilidad a las emociones.
- Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como contenido de la conversación.
- Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).
- Utilizar el silencio / escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

Facilitar el aprendizaje (5520). Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información.

Actividades:

- Establecer metas realistas objetivas con el paciente.
- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.
- Relacionar la información con los deseos / necesidades personales del paciente.
- Presentar la información de manera estimulante.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Cansancio del rol de cuidador (00061). Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia.

Características definitorias:

- Sentimientos de depresión.
- Labilidad emocional creciente.
- Somatización.
- Estrés.
- Falta de tiempo para satisfacer las necesidades personales.

Factores relacionados:

- Problemas físicos.
- Problemas psicológicos.
- Responsabilidad de los cuidados durante 24 horas.
- Cantidad de actividades.
- Brindar cuidados durante años.

Fuentes de dificultad: Fuerza y/o Voluntad.

RESULTADOS

Factores estresantes del cuidador familiar (2208). Gravedad de la presión biopsicosocial sobre un cuidador familiar por parte de otro durante un extenso periodo de tiempo.

Indicadores	Escala de medición
220801 Factores estresantes referidos por el cuidador.	1 Intenso.
	2 Sustancial.
220802 Limitaciones físicas del cuidador.	3 Moderado.
	4 Ligero.
220807 Ausencia de apoyo social percibido.	5 Ninguno

Salud emocional del cuidador principal (2506). Bienestar emocional del cuidador familiar mientras atiende a un miembro de la familia.

Indicadores	Escala de medición
250601 Satisfacción con la vida.	1 Gravemente comprometido.
	2 Sustancialmente comprometido.
	3 Moderadamente comprometido.
	4 Levemente comprometido.
	5 No comprometido.
250607 Depresión.	1 Grave.
	2 Sustancial.
	3 Moderado.
250613 Carga percibidas.	4 Leve.
	5 Ninguno.

Salud física del cuidador principal (2507). Bienestar físico de un cuidador familiar mientras atiende a un miembro de la familia.

Indicadores	Escala de medición
250715 Buena forma física.	1 Gravemente comprometido.
	2 Sustancialmente comprometido.
250704 Nivel de energía.	3 Moderadamente comprometido.
	4 Levemente comprometido.
250712 Salud general percibida.	5 No comprometido.

INTERVENCIONES

Apoyo al cuidador principal (7040). 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:

- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.
- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.

Apoyo emocional (5270). Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Actividades:

- Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.
- Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.
- Abrazar o tocar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales ansiedad, ira o tristeza.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

Cuidados intermitentes (7260). Provisión de cuidados de corta duración para proporcionar descanso a un cuidador familiar.

Actividades:

- Controlar la capacidad de resistencia del cuidador.
- Informar al paciente / familia acerca de los fondos estatales disponibles para los cuidados intermitentes.
- Coordinar el voluntariado para los servicios en casa, si procede.
- Disponer los arreglos para el cuidador sustituto.
- Seguir la rutina habitual de cuidados.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062). El cuidador es vulnerable por percibir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar.

Factores de riesgo:

- Cantidad de tareas de cuidados.
- Deterioro de la salud del cuidador.
- Aislamiento del cuidador.
- Duración del requerimiento de cuidados.
- Falta de recreo del cuidador.

Fuentes de dificultad: Fuerza y Voluntad.

RESULTADOS

Factores estresantes del cuidador familiar. (2208). Gravedad de la presión biopsicosocial sobre un cuidador familiar por parte de otro durante un extenso periodo de tiempo.

Indicadores	Escala de medición
220801 Factores estresantes referidos por el cuidador.	1 Intenso.
	2 Sustancial.
220802 Limitaciones físicas del cuidador.	3 Moderado.
	4 Ligero.
220807 Ausencia de apoyo social percibido.	5 Ninguno

Afrontamiento de problemas (1302). Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Indicadores	Escala de medición
130201 Identifica patrones de superación eficaces.	1 Nunca demostrado.
	2 Raramente demostrado.
130202 Identifica patrones de superación ineficaces.	3 A veces demostrado.
	4 Frecuentemente demostrado.
130203 Verbaliza sensación de control.	5 Siempre demostrado.

Participación en actividades de ocio (1604). Uso de actividades relajantes y de ocio para fomentar el bienestar.

Indicadores	Escala de medición
160401 Participación en actividades diferentes al trabajo habitual.	1 Nunca demostrado.
	2 Raramente demostrado.
160412 Elige actividades de ocio de interés.	3 A veces demostrado.
	4 Frecuentemente demostrado.
160413 Disfruta de las actividades de ocio.	5 Siempre demostrado.

INTERVENCIONES

Apoyo al cuidador principal (7040). 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:

- Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.

Asesoramiento (5240). 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:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.
- Ayudar al paciente a que realice una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema.

Fomentar la implicación familiar (7110). Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente

Actividades:

- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente
- Identificar la disposición de la familia para implicarse con el paciente.
- Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados.

Grupo de apoyo (5430). Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.

Actividades:

- Determinar el objeto del grupo y la naturaleza del proceso grupal.
- Fomentar la expresión de ayudas mutuas.
- Enfatizar la importancia de la capacidad activa de enfrentarse a los problemas.

Terapia de entretenimiento (5360). Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales.

Actividades:

- Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas.
- Disponer actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad.
- Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Patrón sexual ineficaz (00065). Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

Características definitorias:

- Conflictos que implican valores.
- Informe de cambios en la actividad sexual.
- Informe de cambios en las conductas sexuales.
- Informes de dificultades en las actividades sexuales.
- Informe de dificultades en las conductas sexuales.

Factores relacionados:

- Falta de modelo de rol.
- Temor a las enfermedades de transmisión sexual.
- Temor al embarazo.
- Conocimientos sobre respuestas alternativas ante transformaciones relacionadas con la salud, alteración de la estructura o función corporal, enfermedad o tratamiento médico.
- Déficit de habilidades sobre respuestas alternativas ante transformaciones relacionadas con la salud, alteración de la estructura o función corporal, enfermedad o tratamiento médico.

Fuentes de dificultad: Conocimiento y/o voluntad.

RESULTADOS

Ejecución del rol (1501). Congruencia de la conducta de rol del individuo con las expectativas del rol.

Indicadores	Escala de medición
150101 Ejecución con las expectativas de rol.	1 Inadecuado
150113 Ejecución con las conductas de rol en la intimidad.	2 Ligeramente adecuado.
150107 Descripción de los cambios conductuales con la enfermedad o la incapacidad.	3 Moderadamente adecuado.
	4 Sustancialmente adecuado.
	5 Completamente adecuado.

Control del riesgo: embarazo no deseado (1907). Acciones personales para prevenir o reducir las posibilidades de un embarazo.

Indicadores	Escala de medición
190701 Reconoce el riesgo de embarazo no deseado.	1 Nunca demostrado.
190703 Supervisa las consecuencias personales asociadas a un embarazo no deseado.	2 Raramente demostrado.
190706 Desarrolla estrategias activas de prevención de embarazo.	3 A veces demostrado.
	4 Frecuentemente demostrado.
	5 Siempre demostrado

Control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual (ETS) (1905). Acciones personales para prevenir eliminar o reducir conductas asociadas con enfermedades de transmisión sexual.

Indicadores	Escala de medición
190501 Reconocer el riesgo individual de ETS.	1 Nunca demostrado.
190502 Reconoce las consecuencias personales asociadas con ETS.	2 Raramente demostrado.
190505 Desarrolla estrategias efectivas para disminuir la exposición a ETS.	3 A veces demostrado.
	4 Frecuentemente demostrado.
	5 Siempre demostrado

INTERVENCIONES

Asesoramiento sexual (5248). Utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajuste de la práctica sexual para potenciar la resolución de un suceso/trastorno sexual.

Actividades:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad.
- Proporcionar información acerca del funcionamiento sexual, si procede.
- Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y a hacer preguntas.
- Proporcionar información acerca de mitos sexuales y malas informaciones que el paciente pueda manifestar verbalmente.
- Discutir acerca de formas alternativas de expresión sexual que sean aceptables para el paciente.
- Enseñar al paciente sólo técnicas compatibles con los valores/creencias.

Enseñanza sexo seguro (5622). Proporcionar instrucciones acerca de las medidas de protección durante la relación sexual.

Actividades:

- Instruir al paciente sobre el uso de métodos de control de la natalidad efectivos, según cada caso.
- Animar al paciente a ser selectivo a la hora de elegir compañeros sexuales.
- Fomentar el uso de preservativos, si procede.
- Animar al paciente con alto riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual a pasar exámenes regulares.

Potencial la imagen corporal (5220). Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente.

Actividades:

- Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento.
- Ayudar al paciente a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía.
- Ayudar al paciente a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas relacionadas con ellas.
- Identificar los medios de disminución del impacto causados por cualquier desfiguración por medios de ropa, pelucas, cosméticos, si procede.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Baja autoestima situacional (00120). Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar).

Características definitorias

- Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos.
- Expresiones de impotencia.
- Conducta no asertiva.

Factores relacionados

- Cambios del desarrollo.
- Alteración de la imagen corporal.
- Deterioro funcional.
- Falta de reconocimiento.

Fuentes de dificultad: Fuerza (psíquica), voluntad.

RESULTADOS

Autoestima (1205). Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

Indicadores	Escala de medición
120502 Aceptación de las propias limitaciones.	1 Nunca positivo
	2 Raramente positivo
120511 Nivel de confianza.	3 A veces positivo
	4 Frecuentemente positivo
120519 Sentimientos sobre su propia persona.	5 Siempre positivo

Adaptación a la discapacidad física (1308). Respuesta adaptativa a un reto funcional importante debido a una discapacidad física.

Indicadores	Escala de medición
130801 Expresa verbalmente capacidad para adaptarse a la discapacidad.	1 Nunca demostrado.
	2 Raramente demostrado.
130808 Identifica maneras para enfrentarse con cambios en su vida.	3 A veces demostrado.
	4 Frecuentemente demostrado.
130803 Se adapta a limitaciones funcionales.	5 Siempre demostrado

Resolución de la aflicción (1304). Adaptación a la pérdida real o inminente.

Indicadores	Escala de medición
130409 Discute los conflictos no resueltos.	1 Nunca demostrado.
130421 Expresa expectativas positivas sobre el futuro.	2 Raramente demostrado.
130420 Progresa a lo largo de las fases de aflicción.	3 A veces demostrado.
	4 Frecuentemente demostrado.
	5 Siempre demostrado

INTERVENCIONES

Mejora de la autoconfianza (5395). Refuerzo de la confianza de un individuo de su capacidad de desarrollar una conducta saludable.

Actividades:

- Explorar la percepción individual de su capacidad de desarrollar la conducta deseada.
- Identificar obstáculos al cambio de conducta.
- Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta.

Potenciación de la autoestima (5400). Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

Actividades:

- Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios.
- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente.
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.

Potenciación de la imagen corporal (5220). Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.

Actividades:

- Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estadio de desarrollo.
- Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía, si procede.

- Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.

Aumentar el afrontamiento (5230). 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:

- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Estudiar con el paciente métodos anteriores en el manejo de problemas vitales.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Riesgo de alteración de la díada materno / fetal (00209). Riesgo de alteración de la díada simbiótica materno-fetal como resultado de comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo.

Factores de riesgo

- Complicaciones del embarazo.
- Compromiso del transporte de Oxígeno.
- Deterioro del metabolismo de la glucosa.
- Abuso físico/sustancias.

Fuentes de dificultad: Conocimiento.

RESULTADOS

Conducta de cumplimiento (1601). Acciones personales basadas en el asesoramiento profesional para promocionar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación.

Indicadores	Escala de medición
160112 Monitoriza la respuesta al tratamiento.	1 Nunca demostrado.
160107 Realiza autoscreening cuando se le informa.	2 Raramente demostrado.
160108 Realiza las Actividades de la Vida Diaria según prescripción.	3 A veces demostrado.
	4 Frecuentemente demostrado.
	5 Siempre demostrado

Control del riesgo: consumo de tabaco (1906). Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir el consumo de tabaco.

Indicadores	Escala de medición
190602 Reconoce las consecuencias personales asociadas con el consumo de tabaco.	1 Nunca demostrado.
190605 Desarrolla estrategias efectivas para eliminar el consumo de tabaco.	2 Raramente demostrado.
190616 Elimina el consumo de tabaco.	3 A veces demostrado.
	4 Frecuentemente demostrado.
	5 Siempre demostrado

Creencias sobre la salud (1700). Convicciones personales que influyen en la conducta hacia la salud.

Indicadores	Escala de medición
170001 Importancia percibida de la actuación.	1 Muy débil
170003 Beneficios percibidos de la acción.	2 Débil
170006 Reducción de la amenaza percibida por la acción.	3 Moderado
	4 Intenso
	5 Muy intenso

INTERVENCIONES

Establecimiento de objetivos comunes (4410). Colaboración con la persona para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados y desarrollar luego un plan para alcanzar estos objetivos.

Actividades:

- Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema.
- Identificar con la persona los objetivos de los cuidados.
- Ayudar a la persona a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos.

Aumentar los sistemas de apoyo (5440). Facilitar el apoyo de la persona por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

Actividades:

- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Implicar a la familia/seres queridos/amigos en los cuidados y la planificación.
- Remitir a programas comunitarios de fomento/prevenición/tratamiento/rehabilitación, si procede.
- Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.

Enseñanza: proceso enfermedad (5602). Ayudar a la persona a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

Actividades:

- Evaluar el nivel actual de conocimientos de la persona relacionada con el proceso de enfermedad específico.
- Evitar las promesas tranquilizadoras vacías.
- Discutir las opciones de terapia/tratamiento.

Facilitar la autorresponsabilidad. (4480). Animar a una persona a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.

Actividades:

- Discutir con la persona el grado de responsabilidad del estado de salud actual.
- Determinar si la persona tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud.
- Fomentar la independencia, pero ayudarlo cuando no pueda realizar la acción dada.

Identificación de riesgos (6610). Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de prio-

riedad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.

Actividades:

- Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados.
- Utilizar los medios para el establecimiento de metas mutuas, si procede.
- Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar.

CAPÍTULO XIII

NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS

*Antonio Jesús Ramos Morcillo,
Verónica Cárdenas Casanova, María del Carmen Rodríguez Torres*

Esta necesidad persigue atender a los valores y creencias (incluidas las espirituales, pero no de manera exclusiva) que guían las decisiones y opciones vitales de la persona. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud. La importancia de esta necesidad radica en que todos necesitamos unos valores y creencias para poder desarrollarnos como tal. Además posee una importante relación con el estado anímico y de pertenencia a un grupo.

Existen necesidades que aparentemente no son necesidades de primer orden, posiblemente por carecer de una vinculación con necesidades físicas para el mantenimiento de la vida, sin embargo ayudan a que la persona mantenga una interrelación con su entorno, un equilibrio y un estado óptimo de salud.

Podemos así entender que la necesidad de vivir o adoptar estilos de vida saludables según unos valores y creencias es más una necesidad psicológica o espiritual que fisiológica. Esta necesidad debe ser satisfecha por parte de la enfermera desde el respeto a esos valores y creencias y prestando especial atención a que esta necesidad adquiere más importancia en momentos de enfermedad y podría constituir un apoyo para ayudar a las personas a afrontar y adaptarse a su situación actual y futura.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

Al ser una necesidad que valora aspectos íntimos y profundos de la persona se recomienda que la valoración sea desarrollada después de que ya exista cierto grado de relación interpersonal.

- Percepción actual de su situación de salud y bienestar.
- Planes de futuro de la persona.
- Jerarquía de valores.
- Facilidad/dificultad para vivir según sus creencias y valores.
- Importancia de la religiosidad / espiritualidad en su vida.
- Recursos que utiliza para mantener la salud.
- Existencia de algún valor o creencia que sea compartido a nivel familiar por todos sus integrantes.
- Circunstancias que influyen en su filosofía de vida: prohibiciones, rol en función de su sexo, prácticas religiosas o alternativas comunitarias,...
- Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.
- Actitud ante la muerte.
- Posesión de testamento vital.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Disposición para aumentar el bienestar espiritual (00068). Capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza o un poder superior al propio yo que puede ser reforzada.

Características definitorias

- Expresa deseos de reforzar aceptación.
- Afrontamiento.
- Significado de la vida y de la esperanza.

Fuentes de dificultad: Voluntad

RESULTADOS

Bienestar personal (2002). Alcance de la percepción positiva del estado de salud propio.

Indicadores	Escala de medición
200201 Realización de las actividades de la vida diaria	1 No del todo satisfecho
	2 Algo satisfecho
200203 Interacción social	3 Moderadamente satisfecho
	4 Muy satisfecho
200214 Oportunidades para elegir cuidados de salud	5 Completamente satisfecho

Calidad de Vida (2000). Alcance de la percepción positiva de las condiciones actuales de vida.

Indicadores	Escala de medición
200001 Satisfacción con el estado de salud.	1 No del todo satisfecho
	2 Algo satisfecho
200014 Dignidad.	3 Moderadamente satisfecho
	4 Muy satisfecho
200008 Satisfacción con los objetivos conseguidos en la vida.	5 Completamente satisfecho

Salud espiritual (2001). Vinculaciones con el yo, los otros, el poder superior, la naturaleza y el universo que trasciende y se apodera del yo.

Indicadores	Escala de medición
200103 Expresión de significado y fin de la vida.	1 Gravemente comprometido.
	2 Sustancialmente comprometido.
200119 Expresión a través del arte.	3 Moderadamente comprometido.
	4 Levemente comprometido.
200121 Interacción con otros para compartir pensamientos, sentimientos y creencias.	5 No comprometido

INTERVENCIONES

Apoyo en la toma de decisiones (5250). Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.

Actividades:

- Ayudar a la persona a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
- Ayudar a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
- Informar sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.

Aumentar el afrontamiento (5230). Ayudar a la persona 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:

- Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación
- Tratar de comprender la perspectiva de la persona sobre una situación estresante.
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.

Potenciación de la conciencia de sí mismo (5290). Ayudar a la persona a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.

Actividades:

- Ayudar a la persona a identificar los valores que contribuyen al concepto de sí mismo.
- Ayudar a la persona a identificar las prioridades en la vida.
- Ayudar a la persona a identificar las fuentes de motivación.

Apoyo espiritual (5420). Ayuda a la persona a conseguir el equilibrio a través de sus creencias.

Actividades:

- Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía
- Animar a la persona a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual.
- Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.

Facilitar el crecimiento espiritual (5426). Facilitar el crecimiento de la capacidad de la persona para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida.

Actividades:

- Ayudar a la persona a explorar las creencias en relación a la curación del cuerpo, la mente y el espíritu.
- Fomentar el uso de celebraciones y rituales espirituales.
- Remitir a la atención pastoral o a cuidados espirituales como garantía de resultados.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Duelo (00136). Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

Características definitorias:

- Mantenimiento de la conexión con la persona fallecida.
- Distrés psicológico.
- Alteración en el patrón del sueño.
- Alteración del nivel de actividad.

Factores relacionados

- Anticipación de la pérdida de una persona u objeto significativo.
- Muerte de una persona significativa.
- Pérdida de un objeto significativo.

Fuentes de dificultad: Fuerza (psíquica), voluntad.

RESULTADOS

Afrontamiento de los problemas de la familia (2600). Acciones de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos de la familia.

Indicadores	Escala de medición
260007 Expresa libremente sentimientos y emociones	1 Nunca demostrado.
	2 Raramente demostrado.
260010 Busca atención para las necesidades de todos los miembros de la familia.	3 A veces demostrado.
	4 Frecuentemente demostrado.
260016 Busca asistencia cuando es necesario.	5 Siempre demostrado.

Afrontamiento de problemas (1302). Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Indicadores	Escala de medición
130207 Modifica el estilo de vida cuando se requiere.	1 Nunca demostrado.
	2 Raramente demostrado.
130218 Refiere aumento del bienestar psicológico.	3 A veces demostrado.
	4 Frecuentemente demostrado.
130201 Identifica patrones de superación eficaces.	5 Siempre demostrado.

Resistencia familiar (2608). Capacidad del sistema familiar para adaptarse con éxito y funcionar competentemente después de adversidades o crisis importantes.

Indicadores	Escala de medición
260804 Tolera las separaciones cuando son necesarias.	1 Nunca demostrado.
	2 Raramente demostrado.
260807 Mantiene valores, objetivos y sueños.	3 A veces demostrado.
	4 Frecuentemente demostrado.
260810 Cooperar para superar los retos.	5 Siempre demostrado.

INTERVENCIONES

Aumentar el afrontamiento (5230). Ayudar a la persona 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:

- Evaluar la capacidad de la persona para tomar decisiones.
- Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.
- Animar la implicación familiar.
- Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.
- Valorar el impacto de la situación vital de la persona en los papeles y relaciones.

Facilitar el duelo (5290). Ayuda en la resolución de una pérdida importante.

Actividades:

- Escuchar las expresiones de duelo.
- Ayudar a la persona a identificar la naturaleza de la unión al objeto o persona perdidos.
- Fomentar la identificación de los miedos más profundos respecto de la pérdida.
- Incluir a los seres queridos en las discusiones y decisiones, si procede.
- Animar al paciente a implementar costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas a la pérdida.
- Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.

Fomentar la resistencia (8340). Ayuda a la persona, familia y comunidad en el desarrollo, uso y fortalecimiento de factores protectores para ser utilizados para hacer frente a tensiones ambientales y sociales.

Actividades:

- Facilitar la cohesión familiar.
- Facilitar la comunicación familiar.
- Fomentar que la familia coma junta de forma regular.
- Fomentar conductas positivas de búsqueda de la salud.

Apoyo emocional (5270). Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Actividades:

- Comentar la experiencia emocional con la persona.
- Ayudar a la persona a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

Apoyo en la toma de decisiones (5250). Proporcionar información y apoyo a una persona que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.

Selección de actividades:

- Informar sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Servir de enlace entre persona y familia.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Disconfort (00214). Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental y social.

Características definitorias

- Informes de falta de satisfacción con la situación.
- Falta de control ambiental.
- Irritabilidad.

Fuentes de dificultad: Fuerza (psíquica), voluntad.

RESULTADOS

Estado de salud personal (2006). Funcionamiento físico. Psicológico, social y espiritual en conjunto de un adulto de 18 años de edad.

Indicadores	Escala de medición
200620 Equilibrio del estado de ánimo.	1 Gravemente comprometido.
	2 Sustancialmente comprometido.
200621 Vida espiritual.	3 Moderadamente comprometido.
	4 Levemente comprometido.
200622 Capacidad para el afrontamiento.	5 No comprometido

Autonomía personal (1614). Acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones vitales.

Indicadores	Escala de medición
161410 Afirma las preferencias personales.	1 Nunca demostrado.
	2 Raramente demostrado.
	3 A veces demostrado.
161412 Expresa satisfacción con las elecciones de la vida.	4 Frecuentemente demostrado.
	5 Siempre demostrado.

Bienestar personal (2002). Alcance de la percepción positiva del estado de salud y de las circunstancias vitales propias.

Indicadores	Escala de medición
200202 Satisfacción con el funcionamiento psicológico.	1 No del todo satisfecho
	2 Algo satisfecho
200203 Satisfacción con la interacción social.	3 Moderadamente satisfecho
	4 Muy satisfecho
200204 Satisfacción con la vida espiritual.	5 Completamente satisfecho

INTERVENCIONES

Facilitar el crecimiento espiritual (5426). 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:

- Ayudar a la persona a identificar barreras y actitudes que dificultan el crecimiento y el autodescubrimiento.
- Ayudar a la persona a explorar las creencias en relación a la curación del cuerpo, la mente y el espíritu.
- Remitir a una asistencia y apoyo adicional para la conexión cuerpo, mente y espíritu, según sea necesario.

Fomento del ejercicio (0200). Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

Actividades:

- Animar a la persona a empezar o continuar con el ejercicio.
- Ayudar a la persona a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
- Controlar la respuesta de la persona al programa de ejercicios.

Apoyo en la toma de decisiones (5250). Proporcionar información y apoyo a una persona que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.

Selección de actividades:

- Informar sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Servir de enlace entre persona y familia.

Potenciación de la conciencia de sí mismo (5390). Ayudar a una persona a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.

Selección de actividades:

- Animar a la persona a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos.
- Ayudar a la persona a identificar las prioridades en la vida.
- Ayudar a la persona a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.

CAPÍTULO XIV

NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL

*María del Carmen Rodríguez Torres,
Antonio Jesús Ramos Morcillo, Martín David Millán Cobo*

La necesidad de Autorrealización valora la capacidad de actuar de manera que el individuo se sienta satisfecho consigo mismo y con el rol que le toca desempeñar.

La satisfacción de esta necesidad está estrechamente ligada con el hecho de que la tarea que se realiza esté de acuerdo con los valores e intereses de la persona.

Valora patrones de conducta, capacidades, actividades, respuestas positivas y negativas, esfuerzos cognitivos y conductuales, tarea adaptativas.

Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad, manifestado en términos de tolerancia al estrés. Incluye capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad, manejo del estrés, sistemas de soporte y ayuda y capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

Asimismo tiene en cuenta una forma de autoexpresión importante a través de la cual la persona puede manifestar su capacidad creadora como es el trabajo o trabajar.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- Actividad laboral, social, familiar y de rol habitual.
- Limitaciones socio-económicas, de rol y/o parentales.

- Deseo de realización y superación.
- Sensación de utilidad.
- Presencia de dolor, limitaciones o secuelas.
- Adaptación a la enfermedad y/o creencias sobre su imagen y auto-estima.
- Inmadurez o senilidad.
- Actividades que le gusta realizar.
- Dificultad para realizar sus pasatiempos habituales.
- Sensación habitual de estrés.
- Participación en la toma de decisiones que le afectan.
- Creencias, filosofía personal, religiosidad y valores morales.
- Conocimiento de los recursos disponibles.

Instrumentos de ayuda a la valoración.

- Cuestionario de salud general de Goldberg-GHQ28.
- Test de Yesavage. Personas /cuidadores mayores de 65a.
- Cuestionario Apgar familiar.
- Cuestionario Duke-Unc.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Afrontamiento ineficaz (00069). Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

Características definitorias:

- Reducción en el uso de apoyo social.
- Dificultad para organizar la información.
- Fatiga.
- Alta tasa de enfermedad.
- Empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa.
- Expresiones de incapacidad para el afrontamiento.

Factores relacionados:

- Alto grado de amenaza.
- Inadecuación de los recursos disponibles.
- Incertidumbre.

Fuentes de dificultad: Fuerza y conocimiento.

RESULTADOS

Afrontamiento de problemas (1302). Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Indicadores	Escala de medición
130220 Busca información acreditada sobre el diagnóstico y el tratamiento.	1 Nunca demostrado
	2 Raramente demostrado
130212 Utiliza estrategias de superación efectivas.	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
130203 Verbaliza sensación de control.	5 Siempre demostrado

Aceptación: estado de salud (1300). Reconciliación con cambios significativos en las circunstancias de salud.

Indicadores	Escala de medición
130009 Búsqueda de información.	1 Nunca demostrado
	2 Raramente demostrado
103011 Toma decisiones relacionadas con la salud.	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
130003 Calma.	5 Siempre demostrado

Conocimiento: recursos sanitarios (1806). Grado de comprensión transmitido sobre recursos sanitarios relevantes.

Indicadores	Escala de medición
180601 Cuándo y cómo contactar con los servicios necesarios.	1 Ningún conocimiento
	2 Conocimiento escaso
189606 Plan de asistencia continuada.	3 Conocimiento moderado
	4 Conocimiento sustancial
180607 Recursos sociales de ayuda disponibles.	5 Conocimiento extenso

INTERVENCIONES

Reestructuración cognitiva (4700). Estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.

Actividades:

- Ayudar al paciente a que acepte el hecho de que las frases autoinducidas median el despertar emocional.
- Ayudar al paciente a comprender que la imposibilidad de conseguir conductas deseables con frecuencia es el resultado de frases racionales autoinducidas.
- Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones (autoafirmaciones) irracionales autoinducidas por afirmaciones (autoafirmaciones) racionales.
- Señalar los estilos de pensamiento disfuncionales (pensamientos polarizados, generalización exagerada, magnificación y personalización).
- Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la realidad actual.
- Ayudar al paciente a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad.

Apoyo emocional (5270). Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Actividades:

- Ayudar al paciente a reconocer sentimiento tales como ansiedad, ira o tristeza.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Remitir a servicios de asesoramiento, si precisa.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

Guías del Sistema sanitario (7400). Facilitar al paciente la localización adecuada de los servicios sanitarios.

Actividades:

- Explicar el sistema de cuidados sanitarios, su funcionamiento y lo que puede esperar el paciente/familia.
- Ayudar al paciente o a la familia a coordinar los cuidados y la comunicación sanitaria.

- Informar sobre los recursos comunitarios adecuados y las personas de contacto.
- Proporcionar instrucciones escritas sobre el propósito y el lugar de las actividades posteriores a la hospitalización/actividades del paciente no internado, si procede.
- Animar a consultar a otros profesionales, si procede.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Afrontamiento defensivo (00071). Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.

Características definitorias:

- Proyección de culpa/responsabilidad.
- Ridiculización de los demás.
- Racionalización de los fracasos.
- Hipersensibilidad a las críticas/desaires.
- Falta de seguimiento de la terapia/tratamiento.

Factores relacionados:

- Sistema de soporte deficiente.
- Incertidumbre.
- Miedo a fallar.
- Bajo nivel de confianza en los demás.
- Bajo nivel de confianza en sí mismo.

Fuentes de dificultad: Fuerza y Voluntad.

RESULTADOS

Autoestima (1205). Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

Indicadores	Escala de medición
120502 Aceptación de las propias limitaciones	1 Nunca positivo
	2 Raramente positivo
120506 Respeto por los demás.	3 A veces positivo
	4 Frecuentemente positivo
120511 Nivel de confianza.	5 Siempre positivo

Afrontamiento de problemas (1302). Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Indicadores	Escala de medición
130202 Identifica patrones de superación eficaces.	1 Nunca demostrado.
	2 Raramente demostrado.
	3 A veces demostrado.
130207 Modifica estilo de vida.	4 Frecuentemente demostrado.
	5 Siempre demostrado.

Aceptación del estado de salud (1300). Reconciliación con cambios significativos en las circunstancias de salud.

Indicadores	Escala de medición
130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud.	1 Nunca demostrado
	2 Raramente demostrado
130017 Se adapta al cambio en el estado de salud.	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
130011 Toma de decisiones relacionadas con la salud.	5 Siempre demostrado

INTERVENCIONES

Potenciación de la autoestima (5400). Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

Actividades:

- Animar al paciente a identificar sus virtudes.

- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros.
- Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.

Aumentar el afrontamiento (5230). Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieren en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

Actividades:

- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades (para establecer metas).
- Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.
- Animar la implicación familiar s/procede

Acuerdo con el paciente (4420). Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico

Actividades:

- Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse (sobre los cuidados, prácticas sobre la salud que quiera cambiar, identificación de sus propios objetivos no los que el cuidador espere...).
- Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos.
- Clarificar con el paciente los papeles del cuidador y del paciente respectivamente.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Afrontamiento familiar comprometido (00074). La persona principal (un familiar o un amigo íntimo) que habitualmente brinda soporte proporciona un apoyo, confort, ayuda o estímulo que puede ser nece-

sario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su reto de salud, que es insuficiente, ineficaz o está comprometido.

Características definitorias:

Objetivas:

- La persona significativa trata de poner en práctica conductas de ayuda o/conductas de soporte con resultados insatisfactorios.
- La persona significativa muestra una conducta protectora desproporcionada a las capacidades y/o a las necesidades de autonomía del cliente.
- La persona significativa establece una comunicación personal limitada con el cliente o se aparta de él.

Subjetivas:

- El cliente expresa queja o preocupación por la respuesta de la persona significativa al problema de salud.
- La persona significativa expresa una base de conocimientos o una comprensión inadecuada, lo que interfiere con conductas de apoyo eficaces.

Factores relacionados:

- Prolongación de la enfermedad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia o significativas.
- Información y/o comprensión inadecuada de la información por parte de la persona de referencia.
- Desorganización familiar temporal.

Fuentes de dificultad: Fuerza, Conocimiento y/o Voluntad.

RESULTADOS

Afrontamiento de los problemas de la familia (2600). Acciones de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos de la familia.

Indicadores	Escala de medición
206003 Afronta los problemas.	1 Nunca demostrado
260006 Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones.	2 Raramente demostrado
260011 Establece prioridades.	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
	5 Siempre demostrado

Resistencia del papel del cuidador (2210). Factores que fomentan la capacidad de continuación del cuidado familiar durante un largo período de tiempo.

Indicadores	Escala de medición
221001 Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados.	1 Inadecuado
221002 Dominio de las actividades de cuidados directos.	2 Ligeramente adecuado
221008 Descanso para el cuidador familiar.	3 Moderadamente adecuado
	4 Sustancialmente adecuado
	5 Completamente adecuado

Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos (2205). Aporte por el profesional sanitario familiar de cuidados personales y sanitarios apropiados para un miembro de la familia.

Indicadores	Escala de medición
220503 Conocimiento del proceso de enfermedad.	1 Inadecuado
220504 Conocimiento del plan de tratamiento.	2 Ligeramente adecuado
220502 Ayuda al receptor de los cuidados en las actividades de la vida diaria.	3 Moderadamente adecuado
	4 Sustancialmente adecuado
	5 Completamente adecuado

INTERVENCIONES

Fomentar la implicación familiar (7110). Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.

Actividades:

- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
- Proporcionar información crucial a los miembros de la familia sobre el paciente de acuerdo con los deseos de este último (aspectos médicos, necesidades de cuidados, de rehabilitación, etc).
- Comentar las opciones existentes según el tipo de cuidados necesarios en casa, como vida en grupo, cuidados de residencia y cuidados intermitentes, si procede.

Apoyo al cuidador principal (7040). 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:

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Enseñar técnicas de cuidados para aumentar la seguridad del paciente.
- Informar al cuidador sobre los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.
- Comentar con el paciente los límites del cuidador.

Cuidados intermitentes (7260). Provisión de cuidados de corta duración para proporcionar descanso a un cuidador familiar

Actividades:

- Coordinar el voluntariado para los servicios en casa, si procede.
- Proporcionar cuidados, como ejercicios, deambulación e higiene, si se requiere.
- Conseguir los números de teléfono de urgencias.
- Determinar la forma de contacto con el cuidador principal.

Enseñanza: individual (5606). Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.

Actividades:

- Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
- Seleccionar los métodos/estrategias de enseñanza del paciente.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo, según proceda.

CAPÍTULO XV

NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

*María Dolores García Márquez,
Adoración Alba Rosales, Verónica Cárdenas Casanova*

El ser humano tiene Necesidad de ocio y recreo, que según Virginia Henderson constituye un requisito fundamental indispensable para mantener su integridad. Una situación de salud/enfermedad o acontecimiento vital puede romper dicha integridad de la persona en su situación de vida, ocasionando al individuo un problema de independencia total o parcial para satisfacer esta Necesidad.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- Actividades recreativas que realiza habitualmente.
- Número de horas que le dedica a la semana.
- Presenta dificultad para realizar sus pasatiempos habituales
- Se aburre
- Causas a las que atribuye esta dificultad o limitación.
- Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas.
- Respuesta ante situaciones estresantes: Somatización, Inhibición, Consumo de tóxicos, Agitación, Otros.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Déficit de actividades recreativas (00097). Disminución de la estimulación (o interés o participación) en actividades recreativas o de ocio.

Características definitorias:

- Afirmaciones del paciente de que se aburre (p.ej., desea tener algo que hacer, que leer...).
- Los pasatiempos habituales no pueden realizarse en el hospital.

Factores relacionados

- Entorno desprovisto de actividades recreativas.

Fuentes de dificultad: Fuerza y Voluntad.

RESULTADOS

Implicación social (1503). Interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones.

Indicadores	Escala de medición
150301 Interacción con amigos íntimos.	1 Nunca demostrado
	2 Raramente demostrado
150303 Interacción con miembros de la familia.	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
150311 Participación en actividades de ocio.	5 Siempre demostrado

Participación en actividades de ocio (1604). Uso de actividades relajantes, interesantes para fomentar el bienestar.

Indicadores	Escala de medición
160413 Disfruta de actividades de ocio.	1 Nunca demostrado
	2 Raramente demostrado
160404 Refiere relajación con las actividades de ocio.	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
160401 Participación en actividades diferentes al trabajo habitual.	5 Siempre demostrado

Motivación (1209). Impulso interno que mueve o incita a un individuo a acciones positivas.

Indicadores	Escala de medición
120903 Obtiene el apoyo necesario.	1 Nunca demostrado
	2 Raramente demostrado
120905 Autoinicia conductas dirigidas hacia objetivos.	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
120912 Finaliza tareas.	5 Siempre demostrado

INTERVENCIONES

Grupo de apoyo (5430). Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.

Actividades:

- Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida.
- Determinar el objetivo del grupo y la naturaleza del proceso grupal.
- Vigilar y dirigir la implicación activa de los miembros del grupo.
- Fomentar la expresión y el compartir el conocimiento de la experiencia.
- Identificar los temas que se produzcan en los debates del grupo

Terapia de entretenimiento (5360). Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales.

Actividades:

- Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas.
- Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas.
- Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.
- Disponer actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad (cartas, puzzles...).

Facilitar la autorresponsabilidad (4480). Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.

Actividades:

- Considerar responsable al paciente de sus propias conductas.

- Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.
- Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada.
- Facilitar el apoyo de la familia del nuevo nivel de responsabilidad buscado o conseguido por el paciente.

CAPÍTULO XVI

NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES

Ana López Márquez,

María del Carmen Rodríguez Torres, Antonio Jesús Ramos Morcillo

La adquisición de conocimientos y adiestramiento del paciente se considera fundamental en los cuidados básicos de la persona para favorecer el manejo de la propia salud. Ésta puede empeorar o mejorar según el nivel de conocimientos que posea la persona acerca de su proceso. Con esta necesidad se pretende detectar las habilidades y conocimientos de la persona sobre las actividades beneficiosas para su salud, así como las limitaciones para el aprendizaje.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- Circunstancias que influyen en el aprendizaje: limitaciones cognitivas o físicas, estado emocional, motivación, edad, nivel de instrucción, sabe leer y escribir.
- Grado de conocimiento de su actual estado de salud: estado de salud, cuidados básicos, medicación (pautas y efectos del tratamiento).
- Comportamientos indicativos de interés por aprender y resolver problemas: Preguntas, participación, resolución de problemas, proposición de alternativas.
- Recursos educativos de su entorno sociosanitario (especialmente si se ha instaurado un tratamiento nuevo o complicado): fuente usual

para su aprendizaje sanitario (médico, enfermera, amigos, libros...), asociaciones de ayuda.

Instrumentos de ayuda a la valoración

- Escala de Coma de Glasgow para valoración del nivel de conciencia.
- Test de Pfeiffer, versión española. - Cribado de deterioro cognitivo.
- Mini Examen Cognoscitivo (MEC).
- Cribado de demencias - Set-Test de Isaacs.
- Cribado de demencias - Test del informador.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Gestión ineficaz de la propia salud (00078). Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud.

Características definitorias:

- Fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria.
- Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo.
- Verbaliza deseos de manejar la enfermedad.
- Verbaliza dificultades con los tratamientos prescritos.
- En su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud.

Factores relacionados:

- Complejidad del régimen terapéutico.
- Demandas excesivas (p.ej: individuales, familiares...)
- Déficit de conocimientos.
- Percepción de barreras.
- Déficit de soporte social.

Fuentes de dificultad: Conocimiento y/o Voluntad.

RESULTADOS

Conocimiento: régimen terapéutico (1813). Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico.

Indicadores	Escala de medición
181305 Dieta prescrita.	1 Ningún conocimiento
	2 Conocimiento escaso
181306 Medicación prescrita.	3 Conocimiento moderado
	4 Conocimiento sustancial
181307 Actividad prescrita.	5 Conocimiento extenso

Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609). Acciones personales para paliar o eliminar patología.

Indicadores	Escala de medición
160901 Cumple las recomendaciones recomendadas.	1 Nunca demostrado
	2 Raramente demostrado
160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado.	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
160906 Evita conductas que potencian la patología.	5 Siempre demostrado

Motivación (1209). Impulso interno que mueve o incita a un individuo a acciones positivas.

Indicadores	Escala de medición
120907 Mantiene una autoestima positiva.	1 Nunca demostrado
	2 Raramente demostrado
120910 Expresa la creencia en la capacidad para realizar la acción.	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
120911 Expresa que la ejecución conducirá al resultado esperado.	5 Siempre demostrado

INTERVENCIONES

Enseñanza: individual (5606). Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.

Actividades:

- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.
- Determinar la motivación del paciente para asimilar información específicos.
- Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades / incapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas del paciente.
- Evaluar la consecución de los objetivos establecidos por parte del paciente.
- Incluir a la familia / ser querido, si es posible.

Acuerdo con el paciente (4420). Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico.

Actividades:

- Animar al paciente a que determine sus virtudes y habilidades.
- Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar
- Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.
- Ayudar al paciente a identificar circunstancias actuales del ambiente que puedan interferir en la consecución de los objetivos.
- Animar al paciente a que elija un refuerzo / recompensa que sea lo suficientemente importante como para mantener la conducta.

Guías del sistema sanitario (7400). Facilitar al paciente la localización y la utilización adecuada de los servicios sanitarios.

Actividades:

- Explicar el sistema de cuidados sanitarios, su funcionamiento y lo que puede esperar el paciente / familia.
- Informar sobre los recursos comunitarios adecuados y las personas de contacto.
- Informar al paciente de cómo acceder a los servicios de urgencia por medio del teléfono o transporte, si procede.
- Determinar y facilitar la comunicación entre los proveedores de cuidados y el paciente / familia, si es el caso.
- Proporcionar instrucciones escritas sobre el propósito y lugar de las actividades posteriores a la hospitalización / actividades del paciente no internado, si procede.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Incumplimiento (00079). Conducta de una persona o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (o la familia, o comunidad) y un profesional de salud. Ante un plan terapéutico de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador lo incumple total o parcialmente y puede conducir a resultados clínicos parcial o totalmente ineficaces.

Características definitorias:

- Conducta indicativa de incumplimiento.
- Evidencia de desarrollo de complicaciones.
- Evidencia de exacerbación de los síntomas.
- No asistencia a las visitas concertadas.

Factores relacionados

- Sistema de salud: Continuidad del proveedor de los cuidados.
- Plan de cuidados: Complejidad/duración del plan de cuidados.
- Habilidades personales.

Factores Individuales:

- Creencias sobre la salud.
- Conocimientos relevantes para la conducta prescrita.
- Red de soporte: Implicación de los miembros en el plan de salud

Fuentes de dificultad: Conocimiento y/o Voluntad

RESULTADOS

Conocimiento: régimen terapéutico (1813). Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico.

Indicadores	Escala de medición
181305 Dieta prescrita.	1 Ningún conocimiento
	2 Conocimiento escaso
181306 Medicación prescrita.	3 Conocimiento moderado
	4 Conocimiento sustancial
181307 Actividad prescrita.	5 Conocimiento extenso

Conducta de cumplimiento (1601). Acciones personales recomendadas por un profesional sanitario para promocionar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación.

Indicadores	Escala de medición
160103 Comunica seguir la pauta prescrita.	1 Nunca demostrado
160106 Modifica la pauta orientada por el profesional sanitario.	2 Raramente demostrado
160111 Refiere los cambios de síntomas a un profesional sanitario.	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
	5 Siempre demostrado

Creencias sobre la salud: percepción de amenaza (1704). Convicción personal de que un problema de salud amenazador es grave y tiene posibles consecuencias negativas para el estilo de vida.

Indicadores	Escala de medición
170401 Percepción de amenaza para la salud.	1 Nunca demostrado
170407 Gravedad percibida de las complicaciones.	2 Raramente demostrado
170410 Impacto percibido sobre el estilo de vida actual.	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
	5 Siempre demostrado

INTERVENCIONES

Enseñanza: proceso de enfermedad (5602). Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

Actividades:

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Describir signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede.
- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios

para evitar futuras complicaciones y / o controlar el proceso de enfermedad.

- Describir el fundamento de de las recomendaciones del control / terapia / tratamiento.

Modificación de la conducta (4360). Promoción de un cambio de conducta.

Actividades:

- Determinar la motivación al cambio del paciente.
- Animar al paciente a que examine su propia conducta.
- Identificar el problema del paciente en términos de conducta.
- Discutir el proceso de modificación de la conducta con el paciente / ser querido.
- Favorecer la adquisición de habilidades reforzando sistemáticamente los componentes simples de la habilidad.

Asesoramiento (5240). 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:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes, y reforzarlos.
- Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades, si procede.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados.
- Reforzar nuevas habilidades.

Vigilancia (6650). Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.

Actividades:

- Determinar los riesgos de salud del paciente.
- Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud.
- Establecer la frecuencia de recogida e interpretación de los datos, según lo indique el estado de salud.
- Vigilar esquemas de comportamiento.
- Vigilar signos vitales, si procede.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

Conocimientos deficientes (especificar) (00126). Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Características definitorias:

- Comportamientos exagerados
- Seguimiento inexacto de instrucciones
- Realización inadecuada de las pruebas
- Comportamientos inapropiados (p. ej., histeria, hostilidad, agitación, apatía)
- Verbalización del problema

Factores relacionados:

- Limitación cognitiva.
- Mala interpretación de la información.
- Falta de interés en el aprendizaje.
- Poca familiaridad con los recursos para obtener información.

Fuentes de dificultad: Conocimiento y/o Voluntad.

RESULTADOS

Conocimiento: cuidados en la enfermedad (1824). Grado de la comprensión transmitida sobre la información relacionada con la enfermedad necesaria para alcanzar y conseguir una salud óptima.

Indicadores	Escala de medición
182402 Proceso específico de la enfermedad.	1 Ningún conocimiento
182405 Uso correcto de la medicación prescrita.	2 Conocimiento escaso
	3 Conocimiento moderado
182408 Régimen terapéutico.	4 Conocimiento sustancial
	5 Conocimiento extenso

Conducta de adhesión (1600). Acciones autoiniciadas para fomentar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptimas.

Indicadores	Escala de medición
160001 Pregunta cuestiones.	1 Nunca demostrado
160007 Proporciona razones para adoptar una pauta.	2 Raramente demostrado
160010 Utiliza los servicios de atención sanitaria de forma congruente con las necesidades.	3 A veces demostrado
	4 Frecuentemente demostrado
	5 Siempre demostrado

Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza (3012). Grado de la percepción positiva de las instrucciones proporcionadas por el personal de enfermería para mejorar el conocimiento, la comprensión y la participación en los cuidados.

Indicadores	Escala de medición
301203 Explicación de los cuidados de enfermería.	1 No del todo satisfecho
301207 Explicación de las razones para el tratamiento.	2 Algo satisfecho
301215 Discusión de estrategias para mejorar la salud.	3 Moderadamente satisfecho
	4 Muy satisfecho
	5 Completamente satisfecho

INTERVENCIONES

Facilitar el aprendizaje (5520). Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información.

Actividades:

- Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar preparado.
- Establecer metas realistas objetivas con el paciente.
- Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.
- Establecer la información en una secuencia lógica.
- Fomentar la participación activa del paciente.

Enseñanza: medicamentos prescritos (5616). Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

Actividades:

- Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas del medicamento.
- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento.
- Evaluar al paciente para administrarse los medicamentos el mismo.
- Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento.

Enseñanza: activida/ejercicio (5612). Preparar a un paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito.

Actividades:

- Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad / ejercicio prescrito.
- Enseñar al paciente a realizar la actividad / ejercicio prescrito.
- Instruir al paciente para avanzar de forma segura en la actividad / ejercicio.

Enseñanza: dieta prescrita (5614). Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.

Actividades:

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita.
- Explicar el propósito de la dieta.
- Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.
- Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas.
- Incluir a la familia / ser querido, según el caso.

CAPÍTULO XVII

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDON

*José Ibáñez Muñoz,
Isabel Garrido de Toro, Martín David Millán Cobo*

Los Patrones Funcionales de Marjory Gordon (1982), creados por ella para enseñarles a los alumnos de la Escuela de Enfermería de Boston cómo debían de realizar la valoración de los pacientes, son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

Según las propias palabras de Marjory Gordon: “Los patrones funcionales de salud describen una serie de 11 áreas relativas a la salud. Tienen un enfoque funcional, de desarrollo y cultural que permite su aplicación a todos los ámbitos, especialidades y grupos de edad. Los patrones son configuraciones de comportamientos contruidos desde las descripciones del cliente y las observaciones de la enfermera. Entender un patrón puede ser difícil hasta que no se hayan valorado todos los patrones debido a la naturaleza interdependiente de los patrones”.

Así la valoración enfermera enfoca su atención sobre 11 patrones con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, los cuales son interactivos e interdependientes. Estos patrones surgen de la evolución entre el paciente y su entorno y están influenciados por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales.

La utilización de los Patrones Funcionales permite una valoración enfermera sistemática y premeditada con la que se obtiene una cantidad importante de datos relevantes del paciente (físicos, psíquicos, sociales y del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles de una valoración correcta.

La valoración por Patrones Funcionales tiene como objetivo determinar el perfil funcional del individuo, buscando si existe alteración o riesgo de alteración de alguno de ellos para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación y que ayude a eliminar o disminuir la disfuncionalidad.

El juicio sobre si un patrón es funcional o disfuncional se hace comparando los datos obtenidos en la valoración con datos de referencia del individuo, normas establecidas según la edad del individuo, normas sociales o culturales, etc. Un patrón disfuncional puede aparecer ante un problema de salud, o puede conducir a el.

La valoración de cada uno de los patrones debe evaluarse en el contexto de los demás, ya que ningún patrón podrá comprenderse sin el conocimiento de los restantes.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan ya que los diagnósticos de enfermería ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, confirmando la carencia de las necesidades básicas.

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

Describe la percepción del cliente de su patrón de salud y bienestar y cómo lo maneja. Incluye la percepción del individuo de su estado de salud y de su relevancia para las actividades actuales y sus planes futuros. También incluye el manejo de los riesgos para la salud y las conductas generales de cuidado de la misma, tales como las medidas de seguridad y la realización de actividades de promoción de la salud física y mental, prescripciones médicas o enfermeras y revisiones periódicas.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- Percepción actual de su situación de salud y bienestar: Describa su estado de salud.
- Recursos que utiliza para mantener la salud. Participa en aspectos relacionados con su enfermedad.
- Alergias: Medicamentos, alimentos, ambientales...
- Medidas preventivas habituales: Vacunaciones, revisiones...
- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas...
- Tos inefectiva/no productiva.
- Fumador. N° cigarrillos/día.
- Desea dejar de fumar.
- Adhesión al plan terapéutico. Actitud. Motivo de incumplimiento.

Instrumentos de apoyo a la valoración

- Test de motivación para dejar de fumar –Richmond
- Dependencia de la nicotina - Test de Fagerström

PATRÓN 2. NUTRICIONAL–METABÓLICO

Describe el consumo de alimentos y líquidos del cliente en relación con sus necesidades metabólicas y los indicadores del aporte local de los nutrientes. Incluye los patrones individuales de consumo de alimentos y líquidos: horarios de las comidas, tipo y cantidad de alimentos y líquidos consumidos, preferencias alimentarias y el uso de suplementos nutricionales o vitamínicos. Describe la lactancia materna y el patrón de alimentación del lactante. Incluye lesiones sobre cualquier lesión cutánea, capacidad de cicatrización y medición de la temperatura, el peso y la talla corporal. También se incluye el aspecto general de bienestar y el estado de la piel, el cabello, las uñas, las membranas mucosas y los dientes.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- N° comidas/día; Ingesta líquidos/día; N° calorías/día; Estado nutricional; Alimentación adecuada.
- Sigue algún tipo de dieta.
- Necesidad de ayuda para alimentarse.
- Problemas para comer: en la boca, para masticar, para tragar; Prótesis

dentales y/o problemas de dentición; Sonda nasogástrica; Problemas con las comidas del niño.

- Inapetencia; Existencia de síntomas digestivos (náuseas, vómitos...); Alteración del peso.
- Intolerancia alimenticia.
- Otras pérdidas de líquidos.
- Temperatura.
- Higiene general: corporal, bucal, cabello, uñas...
- Estado de piel y mucosas: características de hidratación, coloración, elasticidad.
- Valoración de miembros inferiores y pies.
- Peso.
- Talla.
- IMC.

Instrumentos de apoyo a la valoración

- Riesgo nutricional -Cuestionario "Conozca su salud nutricional"
- Evaluación estado nutricional -Mini nutritional assessment "MNA". Población general geriátrica
- Autonomía para las actividades de la vida diaria - Índice de Barthel.

PATRÓN 3. ELIMINACIÓN

Describe la capacidad del individuo en relación a la función excretora (intestinal, urinaria y transpiración cutánea) y todos los aspectos relacionados con ella. Incluye la percepción que el propio individuo posee de la misma, la utilización habitual de medidas auxiliares como laxantes para la eliminación intestinal y cualquier cambio o alteración en el modo de excreción, calidad o cantidad. También incluye cualquier dispositivo usado para el control de la eliminación.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

Eliminación intestinal

- Frecuencia
- Características de las heces: Líquida, Formada, Dura, Blanda.
- Presencia de alteraciones en la eliminación: Incontinencia, Estreñi-

miento, Dolor, Hemorroides, Gases, otras.

- Cambios en los hábitos intestinales.
- Hábitos que dificultad o ayudan a la defecación: Dieta, Ejercicio, otros.
- Utilización de algún medio para favorecer la defecación: Laxantes.
- Fármacos, otros.
- Ostomía.

Eliminación urinaria

- Frecuencia.
- Características de la orina.
- Presencia de alteraciones: Incontinencia, Retención, Poliuria, Urgencias urinarias, Nicturia , otras.
- Hábitos que dificultad o ayudan a la micción.
- Recursos que utiliza: Absorbentes, Colector, Sonda y manejo.
- Urostomía.
- Nivel Funcional para el uso del WC.
- Sudoración: Normal o Excesiva.
- Otras pérdidas de líquidos: Exudado de heridas/Drenajes/Aspiración gástrica.

Instrumentos de apoyo a la valoración

- Índice de Barthel.
- Índice de Katz.
- Test de aproximación al diagnóstico validado: IU de urgencia en la mujer, IU de urgencia en el hombre, IU prostática en el hombre, en caso de incontinencia.
- Diario miccional.

PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO

Describe las capacidades para la movilidad autónoma y las actividades de la vida diaria que requieren gasto energético, tales como las de realizar la higiene, comer, cocinar, comprar, trabajar, hacer las tareas de la casa... También están incluidos el tipo, cantidad y calidad del ejercicio así como las costumbres de ocio y recreo llevadas a cabo. Si procede, se incluyen los factores que interfieren con las actividades deseadas o esperadas por el individuo, tales como el déficit neuromuscular, disnea, angina o calambres musculares con el esfuerzo.

La valoración de los patrones de actividad permitirá la detección de prácticas poco saludables, la prevención de mayores pérdidas funcionales y puede así mismo ayudar a compensar dichas pérdidas.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- Grado de actividad en la vida cotidiana.
- Situación habitual: Deambulante/Sillón-Cama/Encamado
- Actividad física habitual: Sedentario (por incapacidad física y/o psíquica) /Pasea ocasionalmente/Pasea diariamente/Practica algún deporte.
- Nivel funcional para la actividad/movilidad.
- Postura que adopta habitualmente (sentado, de pie, acostado).
- Dificultades o limitaciones para mover: brazos/piernas/manos/columna.
- Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones: Pérdida de fuerza, Falta o reducción de energía para tolerar la actividad.
- Inestabilidad en la marcha
- Alteraciones motoras: temblor, hipertonía, hipotonía, tics, enlentecimiento psicomotor, inquietud, agitación, otros.

Otros factores personales o medioambientales que influyen en su movilidad y postura corporal.

- Higiene general.
- Capacidad funcional para el baño/higiene general.
- Requiere ayuda para ponerse/quitar la ropa.
- Alteraciones respiratorias: Disnea (en reposo, en esfuerzos moderados, a grandes esfuerzos), Respiración superficial, Uso de musculatura accesoria, Tos inefectiva/no productiva, secreciones abundantes.
- Tubos respiratorios, traqueostomía, laringectomía, Medicación respiratoria: Oxígeno, Inhaladores, otros. Utilización correcta / incorrecta.
- Actividades de ocio.

Instrumentos de apoyo a la valoración

- Índice de Barthel.
- Índice de Lawton/Brody.
- Escala de disnea MRC.
- Escala de Riesgo de caídas múltiples. Población de 65 años o más en el ámbito comunitario.

- Escala de valoración del equilibrio y la marcha-Tinetti-. Población general.

PATRÓN 5. SUEÑO-DESCANSO

El objetivo de valorar este patrón es describir la efectividad del sueño-descanso desde la perspectiva del cliente. La preocupación respecto al sueño sólo aparece cuando éste se hace difícil; de lo contrario es algo a lo que no se presta atención. Algunos están bien descansados después de 4 horas de sueño; otros necesitan muchas más, asimismo lo que puede ser relajante para algunos es considerado trabajo para otros. Si se perciben problemas por parte del cliente, deben valorarse las explicaciones, las acciones llevadas a cabo y los efectos derivados de las acciones.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- Patrón de sueño, descanso y relax habitual a lo largo de las 24 h del día.
- Percepción de la calidad y la cantidad de sueño y descanso habitual.
- Percepción del nivel de energía habitual.
- Generalmente, ¿se encuentra descansado y preparado para las actividades de la vida diaria después de dormir?
- Ayudas para dormir: rutinas antes de ir a la cama, toma de medicación, de sustancias naturales, práctica de ejercicios de relajación, lugar dónde duerme/ descansa, etc.
- Cambios en el patrón del sueño habitual: dificultad para conciliar el sueño, interrupciones del sueño, sueño no reparador, duerme durante el día, desvelo prolongado, presenta pesadillas.

Instrumentos de apoyo a la valoración

- Cuestionario de Oviedo del sueño.

PATRÓN 6. COGNITIVO-PERCEPTUAL

El objetivo de la valoración del patrón cognitivo-perceptual es conocer el estado de la capacidad cognitiva del cliente, tanto en sus aspectos más básicos (sensación, percepción, atención y memoria) como los más complejos (pensamiento, lenguaje e inteligencia).

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- Nivel de escolarización: analfabeto, sabe leer y escribir o nivel de estudios (si procede).
- Presenta dificultad para el aprendizaje.
- Presenta pérdidas de memoria inmediata memoria remota.
- Tomar decisiones ¿le resulta fácil/difícil?
- Problemas con el lenguaje hablado.
- Problemas para mantener la atención o la concentración.
- Alteraciones sensorceptivas. Déficit visual, déficit auditivo. Corregidas.
- Dolor, crónico/agudo, localización e intensidad. Ayuda para disminuir el dolor: Medicamentos / higiene postural / métodos físicos naturales/otros.
- Nivel de consciencia: Consciente, Somnoliento, Obnubilado, Estuporoso, Comatoso.
- Nivel de orientación: Orientado, Desorientado en el tiempo, en el espacio, con las personas.
- Sensibilidad aumentada o disminuida al frío o al calor.

Instrumentos de apoyo a la valoración

- Escala visual analógica del dolor.
- Test de Pfeiffer versión española. población general.
- Escala de Glasgow.

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

El objetivo de la valoración de este patrón es conocer el concepto y la percepción que el individuo tiene de sí mismo. Incluye las actitudes hacia uno mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas), imagen, identidad, sentido general de valía y patrón emocional general. Valora también la postura corporal y el movimiento, así como el contacto visual y los patrones de voz y conversación (lenguaje no verbal). Generalmente la valoración del autoconcepto y la autopercepción no es exacta si el cliente no confía en la enfermera, por ello ésta precisa de crear un ambiente de empatía, confianza y de no enjuiciamiento.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- ¿Cómo se ve a sí mismo?
- ¿Se han producido cambios en su cuerpo? Si es así, ¿cómo los ha asumido?
- La mayor parte del tiempo, se siente conforme consigo mismo
- Se enfada frecuentemente. Se aburre. Suele sentir ansiedad, tristeza ¿Qué cosas le hacen que esto le ocurra?
- ¿Tiene periodos de desesperanza, de falta de ilusión?
- ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?
- Observar y registrar datos sobre lenguaje no verbal: la postura corporal, el movimiento, contacto ocular, patrones de voz y conversación, si presenta nerviosismo o está relajado, si es asertivo o pasivo al contestar.

Instrumentos de apoyo a la valoración

- Escala de Goldberg: población general.
- Escala de depresión geriátrica. Test de Yesavage.
- Escala de riesgo suicida de Plutchick.
- Escala de evaluación de insatisfacción corporal Gardner – EEICA.

PATRON 8. PATRÓN ROL RELACIONES

Describe el patrón de compromiso del rol y relaciones. Incluye la percepción de los roles más importantes y las responsabilidades en la situación actual del cliente. Están incluidos la satisfacción o las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.

Los individuos se comprometen en diferentes niveles de relaciones. Algunas son muy próximas, como las relaciones familiares. Otras son superficiales y sin nada real que compartir.

El objetivo de la valoración del patrón rol-relaciones es describir el patrón del cliente de los roles familiares y sociales. La percepción del cliente acerca de sus patrones de relaciones (satisfacciones e insatisfacciones). Deben obtenerse los problemas percibidos por el cliente, si existen, la causa percibida, las acciones llevadas a cabo y los efectos de dichas acciones.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- ¿Con quién vive Vd? Estructura familiar
- Problema familiar que le resulte difícil de tratar.
- ¿Tiene alguna persona a su cargo? ¿Qué tal lo lleva?
- ¿Cómo vive la familia su enfermedad/ hospitalización?
- ¿Tiene problemas con sus hijos? ¿Dificultad para tratar con ellos?
- ¿Tiene amigos próximos?
- ¿Se siente solo con frecuencia?
- ¿En el trabajo generalmente las cosas marchan bien?
- Si procede ¿Los ingresos son suficientes para cubrir las necesidades?
- ¿Se siente parte (o aislado) del barrio donde vive?
- ¿Conoce los recursos disponibles de la comunidad?
- Dificultad para realizar sus pasatiempos habituales
- Condiciones de habitabilidad /seguridad del hogar

Instrumentos de apoyo a la valoración

- Percepción de la función familiar - Cuestionario apgar familiar . Población general.
- Cuestionario de apoyo social percibido -Duke-UNC-. Población general.
- Riesgo social - escala de valoración sociofamiliar. Población mayor de 65 años.
- Escala de sobrecarga del cuidador –Zarit. Población cuidadora de personas dependientes
- Índice de Esfuerzo del cuidador . Población cuidadora de personas dependientes en general.
- Cribado para detectar la violencia contra la mujer -Test de Cribado – WAST. Población general de mujeres.

PATRON 9. DE SEXUALIDAD–REPRODUCCIÓN

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad; describe el patrón de reproducción. Incluye la satisfacción percibida por el individuo o las alteraciones de su sexualidad. También se incluye el estado reproductor en las mujeres, premenopausia o posmenopausia y los problemas percibidos.

La sexualidad es la expresión del comportamiento de la identidad sexual. Incluye, pero no se limita a las relaciones sexuales con una pareja. Las normas culturales regulan su expresión. Los problemas pueden aparecer cuando se producen discrepancias entre la expresión de la sexualidad que la persona ha alcanzado y aquella que desea. Es importante no olvidar los problemas relativos a la sexualidad a cualquier edad.

Los patrones reproductivos incluyen la capacidad reproductiva y la reproducción en sí misma: menarquia y climaterio, número de embarazos y de hijos nacidos vivos, en clientes jóvenes (desarrollo genital y características sexuales secundarias), anticonceptivos...

El objetivo de la valoración en el patrón de la sexualidad-reproducción es describir la percepción de los problemas reales o potenciales. Si existen problemas se ha de preguntar al cliente acerca de los factores contribuyentes, las acciones llevadas a cabo y el efecto percibido por esas acciones.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- Si procede según la edad y situación: ¿Las relaciones sexuales son satisfactorias? ¿Ha habido cambios? ¿Problemas?
- Si procede ¿Utiliza anticonceptivos? ¿Problemas?

En mujeres:

- Embarazos/Abortos.
- Edad menarquia. ¿Mantiene las reglas? (Sí: regulares o no).
- Edad de la menopausia. Problemas posmenopáusicos.

Instrumentos de apoyo a la valoración

- Cuestionario evaluador de la función sexual de la mujer-FSM Población general mujer.
- Cuestionario de Screening para la disfunción eréctil-SQUED. Población varón general.
- Índice internacional de función eréctil. Población general.

PATRÓN 10. ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

Describe el patrón general de adaptación, de afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para

la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones. Incluye: Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad, manejo del estrés, sistemas de soporte y ayuda y capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- ¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis?
- ¿Cuando tiene problemas, en vez de afrontarlos, se escuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos?
- ¿Tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza? ¿Lo hace cuando es necesario?
- ¿Cómo trata los problemas cuando se presentan?
- Afrontamiento de la enfermedad: verbalización de la incapacidad de afrontamiento o de pedir ayuda.
- Falta de información sobre el proceso de enfermedad o la salud.
- Alteración en la participación social.
- Cansancio.
- Cambio en los patrones de la comunicación.
- Manipulación verbal.
- Tabaquismo excesivo.
- Consumo excesivo de bebida.
- Falta de apetito.
- Sensación habitual de estrés.
- Participación en la toma de decisiones que le afectan.
- Conocimiento de los recursos disponibles.
- Sensación de utilidad.
- Limitaciones socio-económicas, de rol y/o parentales.

PATRÓN 11. VALORES-CREENCIAS

Describe el patrón de los valores, objetivos y creencias espirituales y/o religiosas que influyen o guían las decisiones y opciones vitales del individuo y en la adopción de decisiones. Incluye lo percibido como importante en la vida

y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud. Cosas percibidas como importantes en la vida. La percepción de la calidad de vida. Conflicto con los valores o creencias importantes. Las expectativas relacionadas con la salud.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- Jerarquía de valores.
- ¿Es religioso?
- ¿La religión es importante en su vida? ¿Le ayuda cuando surgen dificultades?
- ¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna práctica religiosa que desearía realizar?
- ¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general?
- ¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte?
- Actitud ante la enfermedad y/o la muerte.
- Interferencias de la enfermedad o de la hospitalización en: Prácticas religiosas habituales, prácticas o creencias habituales, tradiciones familiares, etc.
- Adaptación a la enfermedad y/o creencias sobre su imagen y autoestima.
- Recursos que utiliza para mantener la salud.
- Sistema de soporte: recursos económicos, red de apoyo sociofamiliar.
- Grado de satisfacción en las relaciones familiares y sociales.
- Valores y creencias socioculturales y religiosas de la familia o grupo de pertenencia.
- Circunstancias que influyen en su filosofía de vida: prohibiciones, rol en función de su sexo, prácticas religiosas o alternativas comunitarias....
- Planes de futuro.
- Posesión de testamento vital.

PATRÓN FUNCIONAL DE SALUD	DIAGNÓSTICOS NANDA ASOCIADOS						
	00004 Riesgo de infección	00035 Riesgo de lesión	00037 Riesgo de intoxicación	00078 Gestión ineficaz de la propia salud.	00079 Incumplimiento		
Patrón de percepción y control de la salud	00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades	00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos	00039 Riesgo de aspiración		
	00046 Deterioro de la integridad cutánea	00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	00104 Lactancia materna neficaz	00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable			
	00011 Estreñimiento	00017 Incontinencia de esfuerzo	00019 Incontinencia urinaria de urgencia	00020 Incontinencia urinaria funcional			
Patrón de eliminación	00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas	00032 Patrón respiratorio ineficaz	00040 Riesgo de síndrome de desuso	00078 Riesgo de lesión postural peroperatoria	00085 Deterioro de la movilidad física		
	00092 Intolerancia a la actividad	00097 Déficit de actividades recreativas	00102 Déficit de autocuidado: alimentación	00108 Déficit de autocuidado: baño	00109 Déficit de autocuidado: vestido		
	00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro	00155 Riesgo de caídas	00168 Sedentarismo				
Patrón de reposo y sueño	00198 Trastorno del patrón del sueño						
Patrón cognoscitivo y perceptual	00126 Conocimientos deficientes (especificar)						
Patrón de autopercepción y autoconcepto	00120 Baja autoestima situacional	00146 Ansiedad	00148 Temor				
Patrón de función y relación	00051 Deterioro de la comunicación verbal	00061 Cansancio del rol de cuidador	00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidador	000136 Duelo			
Patrón de sexualidad: reproducción	00065 Patrón sexual ineficaz	00208 Disposición para mejorar el proceso de maternidad	00209 Riesgo de alteración de la diada materno / fetal				
Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés	00069 Afrontamiento ineficaz	00071 Afrontamiento defensivo	00074 Afrontamiento familiar comprometido				
Patrón de valores y creencias	00068 Disposición para aumentar el bienestar espiritual	00214 Discomfort					

GLOSARIO

Actividad de enfermería: Actividades o acciones específicas que las enfermeras realizan para poner en práctica una intervención y que ayudan a los pacientes a obtener el resultado deseado. Para ejecutar una intervención se requiere una serie de actividades.

Clasificación: Disposición sistemática de fenómenos relacionados en grupos o categorías basándose en las características que tienen en común.

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Orden y disposición de las actividades de enfermería en grupos en función de sus relaciones y la asignación de denominaciones de intervenciones a estos grupos.

Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Estandarización de los resultados enfermeros para ser utilizados por enfermeras y otros profesionales sanitarios interesados en los cambios en el estado del paciente después de la intervención.

Criterio de Resultado/Resultado Enfermero: "Un estado, comportamiento o percepción del individuo, familia o comunidad, que se mide de forma continuada y que se puede atribuir a las intervenciones de Enfermería". Cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores utilizado para determinar el estado del paciente en relación con el resultado.

Diagnóstico enfermero (AENTDE) "Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente"

Diagnóstico enfermero (NANDA): "Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales, que proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras, para lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable (aprobado en la novena conferencia, 1990)".

Componentes del diagnóstico enfermero:

- **Etiqueta diagnóstica:** Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificadores.
- **Definición:** proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.
- **Características definitorias:** claves o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real, de salud o de promoción de la salud.
- **Factores de riesgo:** factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable.
- **Factores relacionados:** factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, coadyuvantes al diagnóstico. Solo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados.

Diagnóstico de bienestar: describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que están en disposición de mejorar. Esta disposición se apoya en las características definitorias. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. El enunciado contiene solo la denominación y no existen factores relacionados.

Diagnóstico de promoción de salud: es un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, expresado por su disposición para mejorar con-

ductas específicas de salud tales como la nutrición o el ejercicio.

Diagnóstico posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir.

Diagnóstico real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados.

Diagnóstico enfermero de riesgo: Describe respuestas humanas a estados de salud / procesos vitales que pueden desarrollarse en una persona, familia o comunidad.

Enfermería: “La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas.

Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.” Consultar también capítulo 16 (Modelo de Cuidados de Virginia Henderson).

Escala de medición: Escala tipo Likert de cinco puntos que cuantifica un resultado del paciente, o un estado del indicador de forma continuada desde menos a más deseable, y proporciona una puntuación en un punto del tiempo.

Indicador de resultado: Estado, conducta o percepción del individuo, familia o comunidad más concreto que sirve para medir un resultado.

Intervención enfermera: “Todo tratamiento basado en el conocimiento y el juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para obtener resultados sobre el paciente/cliente”.

Lenguaje estandarizado: acuerdo sobre una terminología para objetos específicos/condiciones/acciones, que incluyen definiciones. Se trata de un conjunto estructurado de palabras que representan un fenómeno de interacción para enfermería. Incluye los procesos de: Diagnóstico (NANDA), resultados esperados (NOC), intervenciones (NIC).

Marco Conceptual Enfermero: está constituido por conceptos globales y abstractos que encuadran y delimitan una forma de actuar propia de las enferme-

ras. Son fenómenos que identifican imágenes mentales, y relacionan los elementos esenciales de la práctica de la enfermería: persona, salud, entorno y rol profesional. Florence Nightingale adelanta un esbozo de estos fenómenos en su obra *Notas sobre Enfermería: qué es y qué no es* (1859).

Modelo de Cuidados: marco amplio de referencia para los enfoques sistemáticos de los fenómenos de los que se encarga la disciplina enfermera, de su misión y de los objetivos de los cuidados enfermeros. Ofrecen distintos puntos de vista de la enfermería según las características de cada modelo, y orienta la práctica enfermera.

Marco de Valoración: sistema organizado de recogida de datos clínicos del paciente que facilita información ordenada y estructurada. En la actualidad los que tienen mayor difusión son las Necesidades humanas de Henderson, y los Patrones Funcionales de Gordon.

Necesidad: situación en la que la enfermera tiene que aportar algo a la persona para que alcance su independencia. Para Henderson, necesidad adquiere un sentido positivo, por lo que se entiende como aquellos requisitos indispensables para mantener la armonía del ser humano en todas sus dimensiones.

Paciente: El paciente es una persona, grupo, familia o comunidad que constituye el centro de la Intervención de Enfermería.

Patrones funcionales de salud: configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

Plan de cuidados estandarizado: protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.

Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.

Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja.

Proceso Enfermero: "Conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de Salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de Enfermería". Consiste en la aplicación del método cien-

tífico en la resolución de problemas en Enfermería, permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El Proceso Enfermero ha ido evolucionando desde sus inicios en 1955 cuando fue considerado por primera vez un Proceso de tres etapas (valoración, planificación y ejecución), hasta la actualidad en que se identifican cinco: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Problema de colaboración/interdependiente: son ciertas complicaciones fisiológicas que las enfermeras/os controlan para detectar apariciones o cambios en el estado de salud. Para este tipo de problemas se realizan actuaciones prescritas por el médico y por la enfermera, con la finalidad de minimizar las complicaciones fisiológicas.

Taxonomía: Estudio teórico de la clasificación sistemática incluyendo sus bases, principios, reglas y procedimientos. Ciencia de como clasificar e identificar.

Taxonomía NANDA: Clasificación sistemática de juicios clínicos enfermeros o diagnósticos según unas reglas y procedimientos. La taxonomía NANDA-I es un lenguaje enfermero reconocido que cumple con los criterios establecidos por el Committee for Nursing Practice Information Infrastructure (CNPII) de la American Nurse Association (ANA), por lo tanto es un sistema de clasificación aceptado como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil. Los diagnósticos están clasificados por orden alfabético del concepto diagnóstico, no por la primera palabra o descriptor del diagnóstico. La NANDA-II, presenta una estructura taxonómica de tres niveles: dominios, clases y diagnósticos.

Taxonomía NIC: Organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de las similitudes de lo que puede considerarse como estructura conceptual. La estructura de taxonomía de la NIC tiene tres niveles: campos, clases e intervenciones.

Taxonomía NOC: Organización sistemática de resultados en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y medidas.

Valoración de enfermería: Observación sistemática e informe sobre la situación del paciente en las cinco esferas de la experiencia humana: biológica /fisiológica, ambiental /seguridad, sociocultural/interpersonal, psicológica/de autoestima y espiritual / autorrealización.

BIBLIOGRAFÍA

- AlfaroLefevre, R. (2002). Aplicación del proceso enfermero. Barcelona: Masson.
- Arribas Cachá, A., Aréjula Torres, J. L., Borrego de la Osa, R., Domingo Blázquez, M., Morente Parra, M., Robledo Marín, J., & et al. (2006). Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: FUDEN.
- Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos Enfermeros (AENTDE). (2001). Definición de diagnóstico de enfermería. Consultado Octubre/3, 2010, disponible en: <http://www.aentde.com/modules.php?nameContent&pa=showpage&pid=4>
- Beare, P., & Myers, J. L. (1995). Enfermería Medicoquirúrgica (vol 1) (2nd ed.). Madrid: Mosby-Doyma.
- Bellido-Vallejo, J. C. (2005). Proceso de Atención en el Área Quirúrgica. De la universidad a los lenguajes estandarizados (1ª ed.). Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Bobes García, J., González, M. P., Saiz Martínez, P. A., Bascarán Fernández, M. T., Iglesias Álvarez, C., & Fernández Domínguez, J. M. (2000). Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema*, 12(1), 107-12.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) (5ª ed.). Barcelona: ELSEVIER-MOSBY.

- Carpenito, L. J. (2002). Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. (9th ed.). Madrid: McGrawHill-Interamericana.
- Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F., & Sanjosé, V. (2006). La sobrecarga de las cuidadoras de pacientes dependientes. análisis y propuestas de intervención psicosocial. Valencia: Tirant lo Blanc.
- Consejería de Salud, Junta de Andalucía. (2007). Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. (1st ed.). Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.
- Consejería de Salud, Junta de Andalucía. (2007). Planes de cuidados estandarizados. Retrieved Agosto/4, 2010, from <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/procesos/docs/A%20PORTADA%20WEB.pdf>
- Consejo Internacional de Enfermeras. (12 Abril 2010). La definición de enfermería. Consultado: Octubre/3, 2010, disponible en: <http://www.icn.ch/es/abouticn/icnzdefinitionzofznursing/>
- De Haro, F., Flores Antigüedad, M. L., Gorlat Sánchez, B., Peña Gómez, E., Quero Rufián, A., Quiñoz Gallardo, M. D., et al. (2009). Guía de práctica clínica. Diagnósticos enfermeros NANDA, Resultados NOC, Intervenciones NIC. (1ª ed.). Granada (España): Colegio Oficial de Enfermería de Granada.
- Del Pino, R. (2010). Factores culturales y sobrecarga subjetiva en el cuidado familiar de mayores dependientes. Universidad de Jaén).
- Dirección de Enfermería Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz. (2009). Dossier para la realización de planes de cuidados. Retrieved 24 julio, 2010, from http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hpm/descargas/enfermeria/Documentacion_clinica.pdf
- Domingo Pozo, M., & Gómez Robles, J. (2003). El concepto de Necesidad Humana Básica como aproximación a la definición del cuidado. Index Enferm, Año XII(43), 23-27.
- Fawcett, J. (1989). Analisis and evaluation of conceptual models of nursing (2nd ed.). Filadelfia: F.A. Davis.
- Ferrer, M., Vilagut, G., Monasterio, C., Montserrat, J. M., Mayos, M., & Alonso, J. (1999). Medida del impacto de los trastornos del sueño: Las versiones españolas del cuestionario del impacto funcional del sueño y de la escala de somnolencia de epworth. Med Clin, (113), 250-5.
- Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN). Observatorio de Metodología Enfermera. Proyecto CENES. estandarización y aplicaciones me-

- todológicas. valoración enfermera estandarizada. Consultado: Septiembre/14, 2010, disponible en: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=11#ancla4
- Gallego Torres, R., & Díaz Guerrero, R. (2006). Definición de las catorce necesidades básicas de los individuos. *Desarrollo Científico De Enfermería*, 14(7), 268-273.
- García González, María de Jesús. (2004). El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería. (2ª ed.). México: Editorial Progreso.
- García González, M. (2004.). El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson (2nd ed.). México D.F.: Progreso.
- García, F., Carrascosa, M., Bellido, J., Rodríguez, M., & Casa, F. e. a. (2005). Guía para el manejo de: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular, relacionado con las úlceras por presión. *Evidentia*, sept(2 (supl)), <http://www.indexf.com/evidentia/2005supl/guiaapp.pdf>.
- Gordon, M. (2003). Manual de diagnósticos enfermeros (10ª ed.). Madrid: Elsevier.
- Gordon, M. (1999). Diagnóstico enfermero. proceso y aplicación (3rd ed.). Madrid: Harcourt-Brace.
- Heather Herdman, T. Hearh, C., Lunney, M., & Scroggins, L. V., B. (2010). NANDA-Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. (2009-2011 ed.). Barcelona: Elsevier.
- Henderson, V. A. (1995). La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. (1ª ed.). Madrid: McGRAW-HILL.INTERAMERICANA.
- Jiménez Olmedo, C. (2010). Un caso de afrontamiento familiar comprometido. *Evidentia*, 7(29), Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n29/ev1029.php-Consultado> el 28-08-10.
- Jiménez-Castro, A. B., Salinas-Durán, M. T., & Sánchez-Estrada, T. (2004). Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. *Rev Enferm IMSS*, 12(2), 61-63.
- Johnson, M., Bulechek, G. M., Butcher, H. K., McCloskey Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S., et al. (2007). Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones (2ª ed.). Madrid: Elsevier.
- Luis Rodrigo, M. T. (2006). Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y prác-

- tica clínica (7th ed.). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Luis Rodrigo, M. T., Fernández Ferrín, C., & Navarro Gómez, M. V. (2005). De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. (3ª ed.). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Luis Rodrigo, M. (1997). Diagnósticos de enfermería, un instrumento para la práctica asistencial (3rd ed.). Madrid: HarcourtzBrace.
- Marriner, M. T. (2003). Modelos y teorías de enfermería (5th ed.) Elsevier Science.
- Moordead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2008). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (4ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Morilla Herrera, J., Martín Santos, F., Blanco Morgado, J. & Morales Asencio, J. (2007). Guía de práctica clínica para el manejo del deterioro de la integridad cutánea: Úlceras por presión. Consultado: septiembre/20, 2010, disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lco281.php>
- Morilla Herrera, J., Morales Asencio, J., Martín Santos, F., & Cuevas Fernández-Gallego, M. (2006). El juicio clínico enfermero: Conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras (2ª parte). Metas De Enferm, 9(2), 6-12.
- Morilla Herrera, J., Morales Asencio, J., Martín Santos, F., & Cuevas Fernández-Gallego, M. (2005). El juicio clínico enfermero: Conjugación de modelo, lenguaje y efectividad de las intervenciones enfermeras (1ª parte). Metas De Enferm, 8(10), 58-62.
- Pancorbo Hidalgo, P., García Fernández, F., Soldevilla Ágreda, J., & Blasco-García, C. (2009). Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión
- Rodríguez Torres, M., & Gila Selas, C. (2009). Gestión de un caso de afrontamiento inefectivo mediante reestructuración cognitiva en el hospital. Inquietudes, XV(41), 12-15.
- Ruiz de Alegría Fernández de Retana, B., Basabe Barañano, N., Fernández Prado, E., & et al. (2009). Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo. Rev Soc Esp Enferm Nefrol, 12(1), 11-17.
- Servicio Andaluz de Salud. (2004). Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. Consultado: Agosto/30, 2010, disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodeterminado.asp?idp=139>

- Taxonomíafenfermera.com. (2010). Taller de taxonomía enfermera. Consultado: Octubre/3, 2010, disponible en: <http://www.taxonomiaenfermera.com>
- Vallejo, J., Rodríguez, M., & Valverde, M. M. (2007). Valoración enfermera geriátrica. un modelo de registro en residencias de ancianos.. Madrid, 18(2), 19-23.
- Vargas Chávez, M. Y. (2007). Algunos fundamentos teóricos para el cuidado de enfermería. Rev Mexicana de Enfermería Cardiológica, 15(1), 28-30.
- Vega Angarita, O., & González Escobar, D. (2009). Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enferm Global, 2(16), Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/66351>-Consultado el 28-08-10.
- Vernet Aguiló, F. (2007). Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el modelo virginia henderson. GEROKOMOS, 18(2), 77-83.
- Vila Coll, M., Fernández Parcés, M., Florensa Claramunt, E., Orejas López, V., Dalfó Baqué, A., & Romea Lecumberri, S. (1997). Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria. At Prim, 19(3), 122-126.
- Watson, J. (2006). Una visión crítica sobre los diagnósticos enfermeros. ROL Enf, 29(7-8), 494-497.

