



RESUMEN PLAN DE CUIDADOS

SERVICIO DE PEDIATRIA

Este manual es una herramienta básica para la elaboración de planes de cuidado de enfermería en la atención del sujeto de atención pediátrico.

INTRODUCCION

El presente manual es una de las herramientas utilizadas en el **PROYECTO DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS**, siendo una guía para la formulación de los diagnósticos de enfermería en un plan de cuidados. , se divide en cinco partes, formato de un plan de cuidados, diagnósticos más habituales que podemos encontrar en el servicio de cuidados progresivos de adultos y una breve descripción del modelo de Virginia Henderson, las actividades relacionadas a las intervenciones sugeridas y los datos que podemos obtener de cada necesidad.

Este manual de Cuidados Estandarizados en Enfermería está dividido en cuatro partes, en la primera usted encontrará la información más actualizada sobre el formato de los diagnósticos enfermeros, una breve descripción del modelo de Virginia Henderson y los datos más relevantes a tener en cuenta, diagnósticos interrelacionados más habituales y un apartado con las actividades más importantes de cada intervención.

Con esto cumplimos con el propósito original, que es, el simplificar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) para poder ser llevado a la práctica diaria de enfermería, sin restarle calidad al formato, desmitificando el hecho de su imposibilidad en la práctica.

Creo que es importante aclarar que este material surge de bibliografía ya existente y que fue adaptada para su implementación en el medio local, por lo que lo novedoso es su implementación como metodología formal de cuidados en los servicios de internación del hospital Cipolletti "Dr. Pedro Moguillansky" en el periodo 2013 / 2015.

FILOSOFÍA DE VIRGINIA HENDERSON

La base de conocimiento de la enfermería moderna plantea sus cimientos en el **Proceso Atención Enfermero (PAE)**, 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.

MODELO DE CUIDADOS DE VIRGINIA HENDERSON

Además es posible integrar, junto con el modelo de cuidados y el PAE, 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.

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.

Virginia Henderson ofrece 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, legitima 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.

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.

Las Necesidades 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.

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

CONCEPTOS BASICOS

NECESIDAD DE RESPIRAR NORMALMENTE

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: Nº cigarrillos/día, desea dejar de fumar.
- Dificultades o limitaciones relacionadas con la respiración. Causas a las que les 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.

NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

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 incuestionable 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.

NECESIDAD DE ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES

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.

DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE

- Frecuencia de eliminación fecal.
- Características 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.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

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.

NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

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.

NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA: VESTIRSE Y DESVESTIRSE

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.

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

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.

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

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

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS

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

- 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.

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

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 socio familiar.
- 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 si mismo; si ha cambiado respecto a la percepción anterior, causa a lo que lo atribuye; autoestima.
- Métodos anticonceptivos.
- Medicamentos de uso habitual.

NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS

Ésta 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. Ésta necesidad debe ser satisfecha por parte de la enfermera desde el respeto a esos valores y creencias y prestando especial atención a que ésta 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.

NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL

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 autoestima.
- 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.

NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

El ser humano tiene Necesidad e 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.

NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES

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 socio sanitario (especialmente si se ha instaurado un tratamiento nuevo o complicado): fuente usual para su aprendizaje sanitario (médico, enfermera, amigos, libros...), asociaciones de ayuda.

PLANES DE CUIDADO

Plan de cuidados: CONVULSIÓN FEBRIL

Situaciones clínicas que pueden estar presentes: (ALTERACIÓN DEL DESARROLLO, DEL LACTANTE / NIÑO, HIPERtermIA)

DIAGNÓSTICOS NANDA

- Retraso en el crecimiento y desarrollo r/c efectos de la incapacidad física, deficiencias ambientales, múltiples cuidadores, indiferencia, separación de las personas significativas, cuidados inapropiados y/o deficiencias de estimulación.

RESULTADOS NOC

- Desarrollo infantil: 1 mes
- Desarrollo infantil: 2 meses
- Desarrollo infantil: 4 meses
- Desarrollo infantil: 6 meses
- Desarrollo infantil: 12 meses
- Desarrollo infantil: 2 años
- Desarrollo infantil: 3 años
- Desarrollo infantil: 4 años
- Desarrollo infantil: 5 años
- Desarrollo infantil: segunda infancia

INTERVENCIONES NIC

- Fomentar el desarrollo: niño

Plan de cuidados: DISNEA AGUDA

DIAGNÓSTICOS NANDA

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c espasmo de las vías aéreas, alergia en vías aéreas y /o asma
- Patrón respiratorio ineficaz r/c ansiedad, hiperventilación, dolor y/o lesión de la médula espinal.
- Ansiedad r/c amenaza de muerte

RESULTADOS NOC

- Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias
- Estado respiratorio: ventilación
- Nivel de ansiedad

INTERVENCIONES NIC

- Manejo de las vías aéreas
- Manejo de la anafilaxia
- Ayuda a la ventilación
- Disminución de la ansiedad

Plan de cuidados: DOLOR AGUDO

DIAGNÓSTICOS NANDA

- Dolor agudo r/c agente lesivos (biológicos, químicos, físicos y/o psicológicos)

RESULTADOS NOC

- Nivel del dolor
- Dolor: efectos nocivos

INTERVENCIONES NIC

- Manejo del dolor
- Administración de analgésicos
- Ayuda al autocuidado

Plan de cuidados: MOVILIDAD FÍSICA LIMITADA

DIAGNÓSTICOS NANDA

- Deterioro de la movilidad física r/c intolerancia a la actividad, deterioro cognitivo, disminución de la resistencia, disminución del control muscular, disminución de la masa muscular, deterioro musculo esquelético y/o entre otros factores
- Deterioro de la ambulación r/c deterioro musculo esquelético, deterioro del equilibrio, deterioro cognitivo, dolor y/o entre otros factores
- Deterioro de la habilidad para la traslación r/c obesidad, deterioro neuro muscular, deterioro musculo esquelético y/o entre otros factores
- Desatención unilateral r/c lesión cerebral por un traumatismo, lesión cerebral por enfermedad neurológica, hemiplejía y/o entre otros factores
- Dolor crónico r/c incapacidad física crónica
- Riesgo de lesión r/c alteración de la movilidad
- Riesgo de caídas r/c prótesis en extremidades inferiores, uso de dispositivos de ayuda, deterioro de la movilidad física y/o entre otros factores
- Riesgo de traumatismo r/c problemas de equilibrio y/o disminución de la coordinación muscular
- Déficit de autocuidado: alimentación r/c deterioro musculo esquelético
- Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro musculo esquelético
- Déficit de autocuidado: vestido r/c deterioro musculo esquelético
- Déficit de autocuidado: uso del inodoro r/c deterioro musculo esquelético
- Riesgo de baja autoestima situacional r/c deterioro funcional
- Riesgo de baja autoestima crónica r/c acontecimiento traumático y/o situación traumática
- Desesperanza r/c prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento
- Aflicción crónica r/c experimenta discapacidad crónica

RESULTADOS NOC

- Movilidad
- Ambular
- Adaptación a la discapacidad física
- Nivel de dolor
- Ambiente seguro del hogar
- Conducta de prevención de caídas
- Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)
- Autoestima
- Esperanza
- Nivel de depresión

INTERVENCIONES NIC

- Terapia de ejercicios: ambulación

- Terapia de ejercicios: control muscular
- Terapia de ejercicios: movilidad articular
- Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo
- Manejo del dolor
- Manejo ambiental: seguridad
- Prevención de caídas
- Ayuda al autocuidado
- Potenciación de la autoestima
- Dar esperanza
- Control del humor

Plan de cuidados: HIPERTERMIA

DIAGNÓSTICOS NANDA

- Hipertermia r/c exposición a ambientes excesivamente calientes, enfermedad, deshidratación, actividad vigorosa y/o entre otros factores
- Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c factores que influyen en la necesidad de líquidos (hipertermia)
- Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c desequilibrio de líquidos y/o deterioro de los mecanismos reguladores
- Disconfort r/c síntomas relacionados con la enfermedad

RESULTADOS NOC

- Termorregulación
- Equilibrio hídrico
- Equilibrio electrolítico y ácido-base
- Estado de comodidad: física

INTERVENCIONES NIC

- Regulación de la temperatura
- Tratamiento de la fiebre
- Manejo de líquidos
- Manejo de electrolitos

Plan de cuidados: NÁUSEAS Y/O VÓMITOS

DIAGNÓSTICOS NANDA

- Náusea r/c irritación gástrica, dolor, mareo causado por el movimiento, ansiedad, embarazo y/o otras causas.
- Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c ansiedad, intolerancia alimentaria, ingestión de contaminantes, cirugía y/o otras causas.
- Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c pérdidas excesivas a través de vías normales (vómitos)
- Riesgo de desequilibrio electrolíticos r/c vómitos

RESULTADOS NOC

- Severidad de las náuseas y los vómitos
- Equilibrio hídrico
- Equilibrio electrolítico y ácido-base

INTERVENCIONES NIC

- Manejo de las náuseas
- Manejo del vómito
- Manejo de líquidos
- Manejo de electrolitos

Plan de cuidados: DIARREA

DIAGNÓSTICOS NANDA

- Diarrea r/c ansiedad, viajes, procesos infecciosos, irritación y/o entre otros factores
- Incontinencia fecal r/c diarrea crónica
- Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c pérdida excesiva de líquidos a través de vías normales (diarrea)
- Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c diarrea

RESULTADOS NOC

- Eliminación intestinal
- Continencia intestinal
- Equilibrio hídrico
- Equilibrio electrolítico y ácido-base

INTERVENCIONES NIC

- Manejo de la diarrea
- Manejo de líquidos
- Manejo de electrolitos

Plan de cuidados: HOSPITALIZACIÓN

DIAGNÓSTICOS NANDA

- Interrupción de los procesos familiares r/c cambio en el estado de salud de un miembro de la familia
- Deterioro del patrón del sueño r/c interrupciones (p.ej. Administración de terapias), falta de intimidad, iluminación, olores nocivos, ruidos, compañero de sueño y/o mobiliario desconocido en el dormitorio
- Déficit de actividades recreativas r/c entorno desprovisto de actividades recreativas
- Temor r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (p. ej., hospitalización)
- Estreñimiento r/c actividad física insuficiente, estrés emocional, opiáceos, embarazo, cambio en el patrón de alimentación habitual, y/o entre otros factores
- Riesgo de deterioro de la religiosidad r/c hospitalización

RESULTADOS NOC

- Apoyo familiar durante el tratamiento
- Sueño
- Participación en actividades de ocio
- Nivel de miedo
- Eliminación intestinal
- Salud espiritual

INTERVENCIONES NIC

- Fomentar la implicación familiar
- Mejorar el sueño
- Terapia de entretenimiento
- Apoyo emocional
- Manejo del estreñimiento Impactación
- Facilitar la práctica religiosa.

Plan de cuidados: DESHIDRATACIÓN

DIAGNÓSTICOS NANDA

- Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida activa del volumen de líquidos y/o fracaso de los mecanismos reguladores
- Hipertermia r/c deshidratación

RESULTADOS NOC

- Hidratación
- Termorregulación

INTERVENCIONES NIC

- Manejo de líquidos/electrolitos
- Regulación de la temperatura

Plan de cuidados: HERIDAS

DIAGNÓSTICOS NANDA

- Deterioro de la integridad cutánea r/c deterioro de la sensibilidad, prominencias óseas, sustancias químicas, humedad, factores mecánicos y/o entre otros factores
- Deterioro de la integridad tisular r/c irritantes químicos, factores mecánicos, factores nutricionales, radiación, alteración de la circulación y/o entre otros factores
- Riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas (rotura de la piel y/o destrucción tisular)
- Dolor agudo r/c agentes lesivos (físicos)
- Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz r/c conocimientos deficientes sobre el proceso de la enfermedad (traumatismo)

RESULTADOS NOC

- Curación de la herida: por primera intención
- Curación de la herida: por segunda intención
- Estado inmune
- Nivel del dolor
- Perfusión tisular: periférica

INTERVENCIONES NIC

- Cuidados del sitio de incisión
- Sutura
- Cuidados de las heridas
- Protección contra las infecciones
- Manejo del dolor
- Administración de analgésicos
- Control de hemorragias

Plan de cuidados: POLITRAUMATISMO

DIAGNÓSTICOS NANDA

- Dolor agudo r/c agentes lesivos (físicos)
- Deterioro de la integridad tisular r/c factores mecánicos (traumatismo)
- Riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas (traumatismo tisular, destrucción tisular, retención de los líquidos corporales)
- Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz r/c conocimientos deficientes sobre el proceso de la enfermedad (traumatismo)
- Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz r/c trauma
- Riesgo de perfusión renal ineficaz r/c síndrome compartimental abdominal y/o politraumatismo
- Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca r/c taponamiento cardíaco y/o hipovolemia.
- Deterioro de la integridad tisular r/c factores mecánicos (traumatismo)
- Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz r/c traumatismo craneal
- Patrón respiratorio ineficaz r/c deformidad de la pared torácica, síndrome de hipoventilación, dolor, fatiga de los músculos respiratorios y/o deterioro muscular esquelético.
- Deterioro de la respiración espontánea r/c fatiga de los músculos respiratorios
- Disminución del gasto cardíaco r/c alteración de la poscarga
- Deterioro de la mucosa oral r/c traumatismo

RESULTADOS NOC

- Nivel del dolor
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas
- Estado inmune
- Perfusión tisular: periférica
- Perfusión tisular: órganos abdominales
- Perfusión tisular: cardíaca
- Perfusión tisular: cerebral
- Estado respiratorio

INTERVENCIONES NIC

- Manejo del dolor
- Administración de analgésicos
- Aplicación de calor o frío
- Cuidados en la emergencia
- Prevención del shock
- Inmovilización
- Protección contra las infecciones
- Precauciones circulatorias
- Manejo de la hipovolemia

- Disminución de la hemorragia: gastrointestinal
- Disminución de la hemorragia
- Cuidados de las heridas
- Restablecimiento de la salud bucal

Plan de cuidados: TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE)

DIAGNÓSTICOS NANDA

- Dolor agudo r/c agentes lesivos (físicos)
- Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz r/c traumatismo craneal
- Deterioro de la deglución r/c traumatismo craneal
- Desatención unilateral r/c lesión cerebral por un traumatismo
- Incontinencia urinaria total r/c traumatismo que afecta a los nervios de la médula espinal

RESULTADOS NOC

- Nivel del dolor
- Perfusión tisular: cerebral
- Estado de deglución
- Movimiento coordinado
- Continencia urinaria

INTERVENCIONES NIC

- Manejo del dolor
- Administración de analgésicos
- Cuidados en la emergencia
- Prevención del shock
- Disminución de la hemorragia
- Precauciones para evitar la aspiración
- Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo
- Cuidados de la incontinencia urinaria

Plan de cuidados: TRAUMATISMOS EN EXTREMIDADES

DIAGNÓSTICOS NANDA

- Dolor agudo r/c agentes lesivos (físicos)
- Deterioro de la integridad tisular r/c factores mecánicos (traumatismo)
- Riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas (traumatismo tisular, destrucción tisular, retención de los líquidos corporales)
- Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz r/c conocimientos deficientes sobre el proceso de la enfermedad (traumatismo)

RESULTADOS NOC

- Nivel del dolor
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas
- Estado inmune
- Perfusión tisular: periférica

INTERVENCIONES NIC

- Manejo del dolor
- Administración de analgésicos
- Aplicación de calor o frío
- Inmovilización
- Protección contra las infecciones
- Precauciones circulatorias

Plan de cuidados: ESTREÑIMIENTO

DIAGNÓSTICOS NANDA

- Estreñimiento r/c actividad física insuficiente, estrés emocional, hemorroides, opiáceos, embarazo, cambio en el patrón de alimentación habitual, deshidratación, malos hábitos alimentarios y/o entre otros factores

RESULTADOS NOC

- Eliminación intestinal

INTERVENCIONES NIC

- Manejo del estreñimiento / Impactación

Plan de cuidados: QUEMADURAS

DIAGNÓSTICOS NANDA

- Deterioro de la integridad cutánea r/c sustancias químicas, hipertermia, hipotermia y/o radiación
- Deterioro de la integridad tisular r/c irritantes químicos, radiación y/o temperaturas extremas
- Riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas (rotura de la piel y/o destrucción tisular)
- Dolor agudo r/c agentes lesivos (físicos)
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos r/c quemaduras
- Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz r/c quemaduras
- Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c quemaduras

RESULTADOS NOC

- Curación de la herida: por segunda intención
- Estado inmune
- Nivel del dolor
- Equilibrio hídrico
- Equilibrio electrolítico y ácido-base
- Perfusión tisular: órganos abdominales
- Estado neurológico: función sensitiva/motora medular

INTERVENCIONES NIC

- Cuidados de las heridas: quemaduras
- Protección contra las infecciones
- Manejo del dolor
- Administración de analgésicos
- Manejo de líquidos/electrolitos
- Manejo de la hipovolemia
- Cuidados del embolismo: periférico

Plan de cuidados: DIFICULTAD EN EL ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

DIAGNÓSTICOS NANDA

- Lactancia materna ineficaz r/c ansiedad materna, déficit de conocimientos, anomalías del lactante, anomalías de la mama, prematuridad y/o entre otros factores.

RESULTADOS NOC

- Establecimiento de la lactancia materna: madre
- Establecimiento de la lactancia materna: lactante

INTERVENCIONES NIC

- Ayuda en la lactancia materna

Plan de cuidados: EPILEPSIA

Situaciones clínicas que pueden estar presentes: *(MOVILIDAD FÍSICA LIMITADA, MAREO Y/O VÉRTIGO, CRONICIDAD)*

DIAGNÓSTICOS NANDA

- Deterioro de la movilidad física r/c intolerancia a la actividad, deterioro cognitivo, disminución de la resistencia, disminución del control muscular, disminución de la masa muscular, deterioro musculo esquelético y/o entre otros factores
- Deterioro de la ambulación r/c deterioro musculo esquelético, deterioro del equilibrio, deterioro cognitivo, dolor y/o entre otros factores
- Deterioro de la habilidad para la traslación r/c obesidad, deterioro neuro muscular, deterioro musculo esquelético y/o entre otros factores
- Desatención unilateral r/c lesión cerebral por un traumatismo, lesión cerebral por enfermedad neurológica, hemiplejía y/o entre otros factores
- Dolor crónico r/c incapacidad física crónica
- Riesgo de lesión r/c alteración de la movilidad
- Riesgo de caídas r/c prótesis en extremidades inferiores, uso de dispositivos de ayuda, deterioro de la movilidad física y/o entre otros factores
- Riesgo de traumatismo r/c problemas de equilibrio y/o disminución de la coordinación muscular
- Déficit de autocuidado: alimentación r/c deterioro musculo esquelético
- Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro musculo esquelético
- Déficit de autocuidado: vestido r/c deterioro musculo esquelético
- Déficit de autocuidado: uso del inodoro r/c deterioro musculo esquelético
- Riesgo de baja autoestima situacional r/c deterioro funcional
- Riesgo de baja autoestima crónica r/c acontecimiento traumático y/o situación traumática
- Desesperanza r/c prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento
- Aflicción crónica r/c experimenta discapacidad crónica

RESULTADOS NOC

- Movilidad
- Ambular
- Adaptación a la discapacidad física
- Nivel de dolor
- Ambiente seguro del hogar
- Conducta de prevención de caídas
- Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)
- Autoestima
- Esperanza
- Nivel de depresión

INTERVENCIONES NIC

- Terapia de ejercicios: ambulación
- Terapia de ejercicios: control muscular
- Terapia de ejercicios: movilidad articular
- Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo
- Manejo del dolor
- Manejo ambiental: seguridad
- Prevención de caídas
- Ayuda al autocuidado
- Potenciación de la autoestima
- Dar esperanza
- Control del humor

Plan de cuidados: FRACTURA RADIO Y CUBITO

Situaciones clínicas que pueden estar presentes: (MOVILIDAD FÍSICA LIMITADA, DOLOR AGUDO, POLITRAUMATISMO, TRAUMATISMOS EN EXTREMIDADES)

DIAGNÓSTICOS NANDA

- Deterioro de la movilidad física r/c intolerancia a la actividad, deterioro cognitivo, disminución de la resistencia, disminución del control muscular, disminución de la masa muscular, deterioro musculo esquelético y/o entre otros factores
- Deterioro de la ambulación r/c deterioro musculo esquelético, deterioro del equilibrio, deterioro cognitivo, dolor y/o entre otros factores
- Deterioro de la habilidad para la traslación r/c obesidad, deterioro neuro muscular, deterioro musculo esquelético y/o entre otros factores
- Desatención unilateral r/c lesión cerebral por un traumatismo, lesión cerebral por enfermedad neurológica, hemiplejía y/o entre otros factores
- Dolor crónico r/c incapacidad física crónica
- Riesgo de lesión r/c alteración de la movilidad
- Riesgo de caídas r/c prótesis en extremidades inferiores, uso de dispositivos de ayuda, deterioro de la movilidad física y/o entre otros factores
- Riesgo de traumatismo r/c problemas de equilibrio y/o disminución de la coordinación muscular
- Déficit de autocuidado: alimentación r/c deterioro musculo esquelético
- Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro musculo esquelético
- Déficit de autocuidado: vestido r/c deterioro musculo esquelético
- Déficit de autocuidado: uso del inodoro r/c deterioro musculo esquelético
- Riesgo de baja autoestima situacional r/c deterioro funcional
- Riesgo de baja autoestima crónica r/c acontecimiento traumático y/o situación traumática
- Desesperanza r/c prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento
- Aflicción crónica r/c experimenta discapacidad crónica

RESULTADOS NOC

- Movilidad
- Ambular
- Adaptación a la discapacidad física
- Nivel de dolor
- Ambiente seguro del hogar
- Conducta de prevención de caídas
- Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)
- Autoestima
- Esperanza
- Nivel de depresión

INTERVENCIONES NIC

- Terapia de ejercicios: ambulación
- Terapia de ejercicios: control muscular
- Terapia de ejercicios: movilidad articular
- Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo
- Manejo del dolor
- Manejo ambiental: seguridad
- Prevención de caídas
- Ayuda al autocuidado
- Potenciación de la autoestima
- Dar esperanza
- Control del humor

Plan de cuidados: BRONQUIOLITIS AGUDA

Situaciones clínicas que pueden estar presentes: (*DISNEA AGUDA, DOLOR AGUDO, HIPERTERMIA, ASTENIA*)

DIAGNÓSTICOS NANDA

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c espasmo de las vías aéreas, alergia en vías aéreas y /o asma
- Patrón respiratorio ineficaz r/c ansiedad, hiperventilación, dolor y/o lesión de la médula espinal.
- Ansiedad r/c amenaza de muerte

RESULTADOS NOC

- Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias
- Estado respiratorio: ventilación
- Nivel de ansiedad

INTERVENCIONES NIC

- Manejo de las vías aéreas
- Manejo de la anafilaxia
- Ayuda a la ventilación
- Disminución de la ansiedad

Plan de cuidados: EPISTAXIS

Situaciones clínicas que pueden estar presentes: (DISNEA AGUDA, ANSIEDAD / ESTRÉS, DESHIDRATACIÓN)

DIAGNÓSTICOS NANDA

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c espasmo de las vías aéreas, alergia en vías aéreas y /o asma
- Patrón respiratorio ineficaz r/c ansiedad, hiperventilación, dolor y/o lesión de la médula espinal.
- Ansiedad r/c amenaza de muerte

RESULTADOS NOC

- Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias
- Estado respiratorio: ventilación
- Nivel de ansiedad

INTERVENCIONES NIC

- Manejo de las vías aéreas
- Manejo de la anafilaxia
- Ayuda a la ventilación
- Disminución de la ansiedad

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

ACUERDO CON EL PACIENTE (Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico).

- Animar al paciente a que determine sus virtudes y habilidades.
- Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados.
- Ayudar al paciente a establecer límites de tiempo realistas.
- Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados.
- Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos.

ADMINISTRACION DE ANALGESICOS (utilización de agtes. Farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor).

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Comprobar el historial de alergias del paciente.
- Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos.
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración.
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

ALIMENTACION ENTERAL POR SONDA (aporte de nutrientes y de agua a través de una sonda es gastrointestinal).

- Aplicar sustancias de anclaje o fijación a la piel.
- Observar si la colocación de la sonda es correcta inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si de residuo gástrico o escuchando durante la inyección y extracción del aire.
- Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada cuatro a ocho horas si fuera necesario.
- Elevar la cabecera de la cama durante la alimentación.
- Comprobar la existencia de residuo gástrico cada cuatro o seis horas desechar la alimentación enteral y los equipos de administración según protocolo de la institución.

APOYO A LA FAMILIA (estimulación de los valores, intereses y objetivo familiares).

- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.
- Aceptar lo valores familiares sin emitir juicios.
- Proporcionar recursos espirituales a la familia, según lo precisen.
- Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado.

- Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.

APOYO EN TOMA DE DECISIONES (proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios).

- Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y el punto de vista de los cuidadores sanitarios sobre la condición del paciente.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
- Remitir a grupos de apoyo, si es necesario.
- Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios.
- Proporcionar la información solicitada por el paciente.

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

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Establecer metas.
- Disponer de intimidad para asegurar la confidencialidad.
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades.
- Ayudar al paciente a que identifique sus fortalezas y reforzarlas si fuera necesario.

ASPIRACION DE LAS VIAS AEREAS (extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral y/o tráquea del paciente).

- Determinar la necesidad de la aspiración oral o traqueal.
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
- Informar al paciente y a la familia sobre el procedimiento si fuera posible
- Hiperoxigenar con oxígeno al cien por ciento, antes de realizar la aspiración.
- Comprobar el adecuado funcionamiento del equipo previo al procedimiento.
- Utilizar equipo descartable para la aspiración traqueal.
- Aspirar la orofaringe después de terminar la aspiración traqueal.
- Variar las técnicas de aspiración en función de la respuesta clínica del paciente.
- Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.
- Enseñar al paciente y/o familia seguimiento si fuera necesario.

CAMBIO DE POSICION (movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y/o psicológico).

- Colocar en un colchón anti escaras si procede.
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
- Colocar en posición de alineación corporal correcta.
- Poner apoyos en zonas edematosas.
- Elevar miembros afectados según proceda.
- Elevar la cabecera, si procede.

- Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.
- Desarrollar un programa escrito de reposicionamiento, si procede.

CONTROL DE HEMORRAGIA (disminución o eliminación de una pérdida rápida y excesiva de sangre).

- Identificar la causa de la hemorragia.
- Aplicar vendaje compresivo.
- Aplicar presión manual sobre el punto hemorrágico o zona.
- Control de signos vitales.
- Control de estado neurológico.

CONTROL DE INFECCIONES (minimizar el contagio y transmisión de agtes. infecciosos).

- Cumplir normas con las normas vigentes de la institución. (comité de infecciones hospitalarias).
- Limitar el número de visitas.
- Explicar al paciente y familiares motivo y duración si procede.

CUIDADOS DE LAS HERIDAS (prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas).

- Utilizar el protocolo de la institución para la limpieza de heridas.
- Anotar las características de la herida.
- Verificar el estado de la herida cada 24 horas, si fuera necesario.
- Revisar en busca de signos de infección.
- Colocar la zona afectada de manera que se evite la presión directa sobre la herida.

CUIDADOS DE LAS HERIDAS: DRENAJES CERRADOS (mantenimiento de un sistema de drenaje de presión negativa en una herida).

- Vaciar el sistema de drenajes del día cerrado, de acuerdo con el procedimiento.
- Registrar el volumen y las características del drenaje a intervalos adecuados.
- Comprobar la permeabilidad del drenaje.
- Numerada los dispositivos de drenaje, si hubiera más de uno.
- Inspeccionar las suturas, manteniendo el drenaje en su sitio.
- Evitar acordar los tubos.
- Fijar el drenaje a las ropas del paciente o a la cama, si fuera necesario.

CUIDADO DEL DRENAJE (actuación ante un paciente con un dispositivo de drenaje externo en el cuerpo).

- mantener la permeabilidad del drenaje, si procede.
- Mantener el recipiente del drenaje a un nivel adecuado.
- Observar y registrar periódicamente color, cantidad y consistencia del líquido drenado.

- Vaciar el recipiente recolector según corresponda.
- Fomentar periodos de ejercicios, si procede.

CUIDADOS DEL SITIO DE INCISION (limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas).

- Explicar el procedimiento al paciente.
- Tomar nota de las características de cualquier drenaje.
- Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
- Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.
- Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de la incisión.
- Enseñar al paciente y/o familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección.

CUIDADO EN LA EMERGENCIA (puesta en práctica de las medidas de salvamento en aquellas situaciones que resulten amenazadoras para la vida).

- Activar el sistema de urgencia médica.
- Mantener la vía herida abierta.
- Realizar resucitación cardiopulmonar, si fuera necesario.
- Trasladar al paciente a un sitio seguro, si fuera necesario.
- Aplicar presión manual sobre el sitio de hemorragia, cuando corresponda.
- Vigilar los signos vitales.
- Girar el nivel de conciencia.
- Inmovilizar la fracturas, heridas grandes y cualquier parte lesionada.
- Registro de las intervenciones.

DERIVACION (poner los arreglos para el suministro de servicios por parte de otros cuidadores o institución).

- Establecer la preferencia del paciente, familia, ser querido del centro al que ha de remitirse.
- Establecer los cuidados necesarios.
- Disponer el modo de transporte.
- Comentar el plan de cuidados del paciente con el siguiente proveedor de cuidados si corresponde.
- Determinar si dispone de cuidados de apoyos adecuados en el hogar/comunidad.

DISMINUCION DE LA ANSIEDAD (minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado).

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitar la ansiedad.
- Escuchar con atención.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.

CUIDADOS EN LA EMERGENCIA: (puesta en práctica de las medidas de salvamento en aquellas situaciones que resulten la amenazadora para la vida).

- Tolerar personal correspondiente a que solicite ayuda, si fuera necesario.
- Mantener la vía aérea abierta.
- Realizar resucitación cardiopulmonar Básica o avanzada, Según corresponda.
- Trasladar al paciente a un sitio seguro, si es posible.
- Vigilar los signos vitales.
- Determinar la causa del emergencia, sí se pudiera.

ESCUCHA ACTIVA (gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente).

- Mostrar interés en el paciente.
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Estar atento a la propia actitud física en la comunicación de mensajes no verbales.
- Verificar la comprensión del mensaje.
- Estar atento alto uno, tiempo, volumen, entonación e infracción de la voz.
- Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).

ESTABLECER LÍMITES (establecer los parámetros de una conducta deseable y aceptable del paciente).

- Discutir las preocupaciones con el paciente acerca de su conducta.
- Identificar (con la participación del paciente, cuando corresponda) la conducta indeseables del paciente.
- Establecer expectativas razonables de la conducta del paciente, en función de la situación y del paciente.
- Observar si se producen o no las conductas deseadas del paciente.
- Establecer objetivos sencillos y razonables.

FOMENTAR LA SALUD BUCAL (fomentar la higiene bucal y cuidados dental en un paciente con salud local y dental normal).

- Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como rutina.
- Inspeccionar la mucosa bucal regularmente.
- Ayudar con ese pisado de los dientes y enjuague de la boca, de acuerdo con la capacidad de autocuidado del paciente.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal y, si fuera necesario.
- Extraer, limpiar y volver a colocar la dentadura postiza, si fuera necesario.

MANEJO AMBIENTAL (manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos).

- Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta.
- Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.

- Exponer de medidas de seguridad mediante barandillas laterales hoy acolchamiento de barandillas, si fuera necesario.
- Proporcionar una habitación individual, si fuera necesario.
- Disminuir los estímulos ambientales.
- Limitar las visitas.
- Permitir que la familia/seres queridos se queden con el paciente.

MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD (vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad).

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta del paciente.
- Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos).
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
- Utilizar dispositivos de protección (restricción física, puertas cerradas, vacías y portones) para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas observaron si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente.
- Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro (hogar).

MANEJO DE LA DIARREA (prevención y alivio de la diarrea).

- Obtener una muestra de heces para realizar cultivo determinar la sensibilidad, si fuera necesario.
- Evaluar el perfil de la medicación por si hubiera efectos secundarios gastrointestinales.
- Ordenar al paciente que notifique al personal de cada episodio de diarrea que se provoca.
- Pesar regularmente.
- Realizar balance hidroelectrolítico.
- Observar la turgencia de la piel regularmente.

MANEJO DE LA MEDICACION (facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de la libre dispensación).

- Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción medica.
- Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.
- Utilizar los cinco correctos.
- Observar si se producen interacciones no terapéuticas por la medicación.
- Explicar al paciente o familiar la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.

MANEJO DE LIQUIDOS (mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o deseados).

- Pesar a diario y controlar la evolución.
- Contar o pesar pañales, si fuera necesario.
- Realizar balance hidroelectrolítico.

- Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, un uso adecuado y presión sanguínea ortostática).
- Monitorizar signos vitales.
- Vigilar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos indicada.

MANEJO DE LIQUIDOS/ELECTROLITOS (regular y prevenir las complicaciones derivadas de niveles de líquidos y/o hectolitros alterados).

- Vigilar signos vitales.
- Pesar a diario y valorar la evolución.
- Realizar balance hidroelectrolítico.
- Controlar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos indicada.
- Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos.
- Valorar las mucosas del paciente.
- Observar si existe pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea).

MANEJO DEL DOLOR (alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente).

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor o que incluso a la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no puedan comunicarse eficazmente.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica) que facilite de la libido del dolor.
- Utilizar un enfoque multidisciplinar al manejo del dolor, si fuera necesario.
- Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.

MONITORIZACION DE LOS SIGNOS VITALES (recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones).

- Controlar periódicamente presión sanguínea, un uso, temperatura estado respiratorio.
- Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea.
- Auscultar las presiones sanguíneas en ambos brazos y comparar, si fuera necesario.
- Observar la presencia y calidad de los pulsos.
- Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría).
- Observar sí hay cianosis central o periférica.
- Observar si hay relleno capilar normal.
- Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.

MONITORIZACION RESPIRATORIA (reunión y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas el intercambio de gas adecuado).

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supra clavículares.
- Controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de kussmaul, respiraciones de Cheyne-stokes, etc.
- Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.
- Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.

OXIGENOTERAPIA (administración de oxígeno y control de su eficacia).

- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, si fuera necesario.
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Administrar oxígeno suplementario, según indicaciones.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (saturómetría).
- Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno.
- Vigilar el flujo de litro de oxígeno.

PLANIFICACION DEL ALTA (preparación para trasladar al paciente desde un nivel de cuidados a otro dentro o fuera del centro de cuidados actual).

- Colaborar con el médico, pacientes, familia, seres queridos y demás miembros del equipo sanitario de salud en la planificación de la continuidad de los cuidados.
- Coordinar los esfuerzos de distintos profesionales sanitarios para asegurar una alta óptima.
- Identificar lo que debe aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta.
- Registrar los planes respecto del alta y paciente en el plan de cuidados.
- Buscar el apoyo de un cuidador, si fuera necesario.

PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACION (prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgos de aspiración).

- Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de tos, y capacidad deglutiva.
- Mantener una vía aérea permeable.
- Colocar al paciente a 90° o lo más incorporado posible.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.
- Alimentar en pequeñas cantidades, si fuera necesario.
- Evitar alimentación, si los residuos son abundantes.

PREVENCION DE CAIDAS (establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas).

- Identificar déficit cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.

- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos, escaleras sin barandillas).
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulaci3n.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (bast3n, andador, trípode etc.) Para conseguir una deambulaci3n estable.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si fuera necesario.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
- Exponer una iluminaci3n adecuada para aumentar la visibilidad.

PUNCION INTRAVENOSA (I.V.)(inserci3n de una aguja en una vena periférica o el efecto de administrar líquidos, sangre o fármacos).

- Instruir al paciente acerca del procedimiento si fuera posible.
- Realizar una técnica aséptica estricta.
- Identificar si el paciente tiene problemas de coagulaci3n o est3 tomando alg3n fármaco que pudiera afectar a la coagulaci3n.
- Seleccionar una vena apropiada para la venopunci3n.
- Seguir el protocolo de venopunci3n de la instituci3n.

REGULACION DE LA TEMPERATURA (consecuci3n y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen normal).

- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Controlar la presi3n sanguínea, el pulso y la respiraci3n, si fuera necesario.
- Utilizar medios físicos para disminuir la temperatura o aumentarla.
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.
- Administrar medicamentos antipiréticos, si estuvieran indicados.

TERAPIA DE EJERCICIOS CONTROL MUSCULAR (utilizaci3n de protocolos de actividad o ejercicios específicos para mejorar o restablecer el movimiento controlado del cuerpo).

- Determinar la disposici3n del paciente para comprometerse realizar un protocolo de actividades o ejercicios.
- Consultar al fisioterapeuta o kinesiólogo para determinar la posici3n óptima del paciente durante el ejercicio y el número de veces que debe realizar cada movimiento.
- Explicar el fundamento del tipo de ejercicio al paciente y la familia.
- Ayudar al paciente a formular objetivos realistas, mensurables.
- Evaluar el progreso del paciente en la mejora, restablecimiento del movimiento y la funci3n corporal.
- Realizar un registro de los ejercicios y sus consecuencias.
- Colaborar con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y de recreaci3n en el desarrollo y ejecuci3n de un programa de ejercicios, si es necesario.

TERAPIA DE EJERCICIOS: DEAMBULACION (Estimulo y asistencia en la deambulaci3n para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento o recuperaci3n de una enfermedad o lesi3n).

- Vestir al paciente con ropa cómoda.
- Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales.
- Consultar con el fisioterapeuta o kinesiólogo acerca del plan de deambulación, si fuera necesario.
- Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si fuera necesario.
- Ayudar al paciente en el traslado, si fuera necesario.
- Instruir al paciente/familiar acerca de las técnicas de traslado y deambulación seguras.
- Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.
- Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de la seguridad.

TERAPIA INTRAVENOSA (administración y control de líquidos y fármacos por vía intravenosa).

- Verificar el orden de la terapia intravenosa.
- Realizar una técnica aséptica estricta.
- Examinar el tipo, cantidad, fecha de caducidad y carácter de la solución y que no haya daños en el envase.
- Administrar los líquidos intravenosos a temperatura ambiente.
- Administrar medicamentos intravenosos, según prescripción y observar los resultados.
- Realizar los cuidados del sitio de la punción intravenosa de acuerdo con el protocolo del hospital.
- Registrar los ingresos y egresos.
- Mantener precauciones universales.

ORIENTACION PARA LA RECOLECCION DE DATOS

1 – Respirar Normalmente

- Estado de conciencia
- Valores de tensión arterial, pulso y respiración con todas sus características.
- Movimientos respiratorios, músculos que intervienen.
- Respiración nasal o bucal
- Permeabilidad de las vías aéreas
- Posición adoptada por el paciente
- Tolerancia al ejercicio o cambios de posición
- Coloración de la piel (peri bucal, nasal, y en el pulpejo de los dedos)
- Presencia de tos (tipo)
- Presencia de secreciones, características, capacidad de eliminarlas.
- Estado de miembros inferiores a nivel circulatorio (coloración, estado de la red venosa, presencia de edemas)
- Presencia de dolor torácico o de miembros inferiores.
- Pulso apical, periférico
- Relleno capilar.
- Auscultación de los campos pulmonares, presencia de sibilancias, estertores, roncus.
- Uso de oxigenoterapia
- Irritabilidad, somnolencia, agitación.
- Gasometría arterial
- Presencia de arritmias cardíacas o respiratorias
- Antecedentes de alteraciones pulmonares o cardíacas
- Tabaquismo
- Contacto laboral con químicos o gases irritantes.
- Diaforesis
- En niños, presencia de objetos que obstruyan vías aéreas
- En mayores, capacidad de masticación y deglución.

2- Comer y Beber Adecuadamente

Nos podemos encontrar con dos tipos de alteración:

Por exceso

Por insuficiencia

En el primer caso debemos recabar los siguientes datos:

- Antropometría (peso, talla, grosor del pliegue cutáneo)
- Antecedentes familiares de obesidad
- Patrones y hábitos dietéticos actuales
- Nivel diario de actividad (trabajo, ejercicio)
- Factores psicológicos que pueden estar relacionados (tensión, aburrimiento)

- Por insuficiencia, implica incapacidad para ingerir, digerir o absorber los alimentos, o todo lo relacionado con la provisión de los mismos (aspectos sociológicos, biológicos o económicos)

En este caso, los datos tendrán que ver con:

- Antropometría.
- Estado de fáneras (uñas, pelo).
- Estado y coloración de piel y mucosas.
- Estado de la cavidad bucal (dientes, encías, caries, prótesis)
- Pérdida de masa muscular.
- Capacidad para procurarse los alimentos y llevarse la comida a la boca.
- Capacidad para masticar y deglutir los alimentos.
- Cantidad y calidad de los alimentos ingeridos diariamente.
- Actividad física.
- Situación socioeconómica.
- Conocimientos sobre nutrición.
- Estado anímico (autoimagen corporal, miedo a engordar, depresión, culpa, ansiedad).

3- Eliminar por todas las Vías Corporales

Eliminación urinaria

- Cantidad y frecuencia de las micciones.
- Quejas de disuria, incontinencia, retención y urgencia.
- Características de la orina (color, densidad, olor).
- Ingesta de líquidos, estado de hidratación.
- Aumento de la presión abdominal (embarazo, obesidad).
- Debilidad de la musculatura pélvica (envejecimiento, partos múltiples, prolapso).
- Antecedentes de sondaje vesical prolongado.
- Pérdida motora o sensitiva.
- Desorientación, confusión, ansiedad, estrés, demencia.
- Tratamientos farmacológicos (sedantes, diuréticos).
- Anomalías del tracto urinario (estenosis, hipertrofia prostática).

Eliminación intestinal

- Patrón de eliminación (frecuencia, cantidad, olor, consistencia, aspecto)
- Cambios de nivel de actividad física
- Movilidad corporal (terapéutica, limitaciones)
- Intimidad (presencia de condiciones para preservarla)
- Dolor (hemorroides, fisura, absceso)
- Distensión abdominal, flatulencias)
- Fármacos que provocan estreñimiento (opiáceos) o diarrea (A.T.B.)
- Presencia de sustancias extrañas en las heces (sangre, pus, mocos, parásitos)
- Intolerancias alimentarias

- Alimentación y bebidas ingeridas en las últimas horas
- Abuso de laxantes

4 – Moverse y Mantener Posturas Adecuadas

- Capacidad de moverse de manera independiente.
- Forma de andar.
- Gestos y posturas.
- Presencia de deformaciones.
- Posiciones viciosas.
- Movimientos corporales inusuales (temblores, convulsiones).
- Coordinación motora.
- Atrofia muscular.
- Trastornos del equilibrio (debilidad muscular, inflamación articular, dolor).
- Modificación de la piel en los puntos de apoyo.
- Estado mental (apatía, depresión, ansiedad, postración, impotencia).
- Restricciones impuestas por el tratamiento (tracciones, férulas, escayolas, drenajes).
- Condiciones del entorno (barreras arquitectónicas o ambientales).
- Uso de prótesis.
- Tolerancia a los ejercicios/esfuerzos.
- Deterioro perceptual o cognitivo.
- Fatiga y/o debilidad.
- Patrones habituales de actividad y reposo.

5 – Dormir y Descansar

- Estado de conciencia.
- Manifestaciones verbales de dificultades para conciliar o conservar el sueño.
- Despertar antes o después de lo deseado.
- Sueño interrumpido (por la terapéutica por ejemplo).
- Quejas de no sentirse descansado.
- Cambios de conducta y desempeño en las actividades diarias.
- Agitación, desorientación, letargo, apatía.
- Signos físicos (temblor, ptosis palpebral, ojeras, bostezos)
- Voz apagada, mala pronunciación.
- Edad.
- Presencia de dolor.
- Presencia de miedos.
- Ambiente, iluminación, ruidos (diferenciar el día y la noche).
- Actividades antes del descanso.
- Medicación (efectos adversos o insuficientes).
- Presencia de objetos de referencia.
- Rutina previa (baño, cena, cepillado de dientes, lectura).

6 – Escoger Ropa y Vestirse

- Si elige su vestimenta, a delega la elección.
- Si posee vestimenta para poder escoger (factores económicos, sociales u otros).
- Si lo que viste es adecuado a su edad, cómodo para su estado físico, y adecuado a la temperatura del medio ambiente.
- Si tiene iniciativa para higienizarse y decidir cambiarse con ropa limpia.
- Si tiene importancia para esta persona, el arreglo personal y ponerse ropa variada

7 – Mantener la Temperatura Corporal

- Determinar la variabilidad térmica normal en esa persona.
- Verificar cambios significativos en los demás signos vitales.
- Observar el estado de la piel (color, temperatura, lesiones, pilo erección sudoración).
- Averiguar tolerancia a las variaciones de temperatura.
- Detectar presencia de signos de congelación (falta de sensibilidad, rigidez).
- Estado general (sensación de frío intenso).
- Estado mental (confusión, obnubilación).
- Edades extremas (niños o ancianos).
- Estado de la circulación (pulsos, edemas).
- Hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, otras drogas).
- Temperatura ambiental.
- Cambios climáticos bruscos.
- Vestimenta.
- Calefacción.
- Actividad física.

8 – Higiene Corporal e Integridad de la Piel

- Hidratación, textura y turgencia de la piel.
- Coloración de la piel y mucosas.
- Temperatura de la piel.
- Estado de grasitud de la piel.
- Desarrollo muscular.
- Desarrollo del tejido celular subcutáneo.
- Características de la sudoración.
- Olor general.
- Estado de las zonas de apoyo.
- Movilización.
- Posición en la que permanece.
- Estado de higiene de la piel.
- Presencia de micosis.
- Estado de las mucosas.

- Características del cabello, estado de higiene.
- Características de las uñas, estado de higiene.
- Presencia y distribución del vello.
- Presencia de heridas, tipo, características.
- Presencia de cicatrices, tipo, características.
- Presencia de edemas.
- Excreciones corporales irritantes.
- Contacto con sustancias químicas (terapéuticas o no).
- Agentes térmicos (temperaturas extremas).
- Agentes mecánicos (presión, fricción).
- Radiación (terapéutica o no).
- Presencia de cuerpos extraños (sondas, drenajes, tracciones, prótesis, lentes de contacto).
- Edad.
- Afectación instalada (grado, tipo, extensión, localización).
- Incontinencia esfinteriana (vesical, intestinal).
- Híper o hipotermia.

9 – Evitar Peligros Ambientales y Lesiones

- Sistema inmunitario (laboratorio, ganglios).
- Cicatrización (observación de heridas).
- Coagulación (laboratorio, observación).
- Respuesta de adaptación al estrés (nerviosismo, llanto, insomnio).
- Los sentidos (olfato, vista, oído, tacto, gusto).
- Grupo conviviente (familia, otras personas).
- Hábitat (vivienda, sala de internación).
- Medio ambiente (calefacción, ventilación, contaminación)
- Servicios (agua, luz, gas, cloacas, recolección de residuos).
- Accesibilidad a servicios de salud (distancia, horarios, transporte).
- Obra social (cobertura, rapidez en las respuestas).
- Ocupación laboral (tareas, riesgos, horarios, distancias).
- Cobertura salarial (sueldo, beneficios sociales).
- Jubilación (montos percibidos, frecuencia).
- Único sustento familiar.
- Creencias, confianza en el equipo de salud y en la terapéutica.
- Hábitos alimentarios, de higiene, de reposo y sueño.
- Nivel de educación, comprensión de lo que le pasa, acepta y ayuda en la terapéutica, acepta el ambiente de internación.
- Complicaciones inesperadas en su salud, como infecciones.
- Accidentes como caídas o quemaduras.

10 – Comunicarse con los Demás

- Estado de la conciencia.
- Orientación témporo-espacial.

- Estado de los órganos de los sentidos.
- Idioma.
- Gesticulación, lenguaje corporal.
- Características de la lectura y escritura.
- Negativa para hablar, aislamiento.
- Tartamudeo.
- Disnea.
- Desorientación.
- Presencia de dispositivos que impidan la comunicación (tubos, máscaras, férulas etc.).

11 - Rendir Culto según Creencias

- Vínculos culturales y religiosos.
- Hábitos relacionados con creencias y valores.
- Ética de la terapia (transfusiones, trasplantes, aborto, eutanasia).
- Actitud ante el sufrimiento.
- Actitud ante la muerte.
- Relación con el contexto hospitalario.
- Cuestionamientos ante el sufrimiento.
- Negación o incapacidad para participar de las prácticas religiosas habituales.
- Autoinculpación.
- Negación de la responsabilidad personal en los problemas.

12 – Trabajar y Realizarse

- Si trabaja
- En que trabaja
- Elementos de trabajo
- Horarios
- Salario (suficiente para cubrir las necesidades básicas o no)
- Composición familiar
- Es único sostén o no
- Situación laboral (precaria o no).

13 – Jugar y Recrearse.

- Debemos considerar:
- Hábitos de recreación, tiene o no, cuales son.
- Capacidades físicas.
- Presencia de dolor.
- Terapéutica empleada (posición corporal, drenajes).
- Compañía.
- Ambiente, espacio, luz, ruidos.

14 – Aprender y Descubrir

- Capacidad cognitiva.
- Interés.
- Edad.
- Entorno familiar.
- Prejuicios.
- Nivel educacional.
- Fuentes de información múltiple, inadecuada o divergente.
- Falta de información significativa.
- Retraso o dificultad para realizar habilidades típicas de su grupo o edad.
- Referencias que informan sobre ideas erróneas relacionadas con la salud.
- Seguimiento inadecuado de las instrucciones que recibe en cuanto a su salud.
- Deficiencias sensoriales.

BIBLIOGRAFIA

- NANDA INTERNATIONAL (2010) DIAGNOSTICOS ENFERMEROS: DEFINICION Y CLASIFICACION 2009 – 2011. Barcelona. España.
- JOHNSON M. et al (2007) INTERRELACIONES NANDA, NIC Y NOC 2006. Barcelona: España.
- CHARRIER J. RITTER B. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS Un soporte del diagnóstico enfermero.2005. Barcelona. España.
- CABALLERO E. BECERRA R. HULLIN C. – Proceso de ENFERMERIA E INFORMATICA para la gestión de cuidado (2010). Santiago. Chile.
- MADOERY D. OROSCO L. Diagnósticos Enfermeros “dilema de una práctica diaria” 2010. Buenos Aires. Argentina.
- KEROUAC S. et al. EL PENSAMIENTO ENFERMERO 2009 - Barcelona. España.
- OME.ES (2013) TIPOLOGÍA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS. http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=424.
- www.ome.es – Observatorio Metodología Enfermera.
- www.prescripcionenfermera.com - <http://www.prescripcionenfermera.com/planes-de-cuidados-de-enfermeria> -
- <http://www.prescripcionenfermera.com/apuntes/apuntes-de-metodologia-y-terminologia-nanda-noc-nic>.