

Plan de Cuidados en ACVA

**Mercedes Amador Bohórquez. M^a Vicenta Gutiérrez Gómez.
Amelia Rincón Ballesteros**

Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina, Pabellón II, 3^a planta. Universidad Complutense de Madrid. Avda Complutense s/n. 28040. Madrid
merceama2009@hotmail.com josyvi@hotmail.com ameliarin@gmail.com

**Tutora
Pilar Mori Vara**

Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina, Pabellón II, 3^a planta. Universidad Complutense de Madrid. Avda Complutense s/n. 28040. Madrid.
pmori@enf.ucm.es

Resumen: el ACVA es una entidad patológica originada al interrumpirse el suministro de sangre a una parte del cerebro produciendo una isquemia cerebral. Dependiendo de la localización y amplitud se alteran distintas funciones: pensamiento, memoria, actividad cognitiva y toma de conciencia. El 70% de casos sucede en mayores de 65 años y es más probable en hombres. La variabilidad de secuelas y discapacidades que ocasiona, supone gran repercusión económico-social generando un coste sanitario del 3 al 4%. Actualmente, es la segunda causa de muerte, la primera de discapacidad física en adultos y la segunda causa de demencia en España. Diversos estudios demuestran que el diagnóstico precoz y la rápida actuación reducen estas cifras. Su pronóstico dependerá de la disminución de la lesión cerebral. Hemos realizado un plan de cuidados en una paciente con ACVA de hemisferio cerebral izquierdo al ingreso, la hospitalización y domicilio. El Ictus es una urgencia neurológica.

Palabras clave: Isquemia cerebral-Cuidados. Ictus-Cuidados.

Abstract: ACVA is a pathological entity originated by the interruption of the fluid of blood to a part of the brain creating a cerebral ischemia. Depending on the localization and extent, different functions are altered: thought, memory, cognitive activity and knowledge. 70% of the cases appear in people over 65 years and is more habitual in men. The different sequels and incapacities that it causes produce great socio-economic repercussion generating a health-care cost of 3 - 4%. Currently, it is the second cause of death, the first cause of adult physical disability and the second cause of dementia in Spain. Various studies demonstrate that the precocious diagnosis and the rapid action reduce these numbers. The prognosis will depend on the decrease of the brain injury. We have realized a care plan for a patient whit ACVA of cerebral left hemisphere to the revenue, hospitalization and domicile. Stroke is a neurological emergency.

Keywords: Cerebral ischemia-Care plans. Stroke-Care plans.

INTRODUCCIÓN

El cerebro contiene miles de millones de células de diferentes tipos que se interconectan para formar una compleja red de comunicación.

- Las neuronas, su organización en el cerebro y la comunicación entre ellas conduce al pensamiento, memoria, la actividad cognitiva y la toma de conciencia.
- Las células glia, proporcionan sustento y apoyo a las neuronas, protegiéndolas contra la infección, las toxinas y los traumas, formando una barrera sanguínea cerebral entre los vasos sanguíneos y la sustancia del cerebro.

Consiste en la interrupción súbita del aporte de oxígeno a las células nerviosas, generalmente causado por obstrucción o rotura de uno o más de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro^(1,2) y al dejar de recibir el oxígeno o nutrientes de la sangre, mueren.

Esta isquemia cerebral focal provoca un área de infarto rodeada por otra zona de penumbra isquémica que corresponde a un tejido metabólicamente comprometido pero potencialmente viable⁽³⁾. La evolución dependerá de la intensidad y localización de la isquemia y de la capacidad del cerebro para recuperarse.

Actualmente se utiliza más Ictus⁽⁴⁾ porque describe su brusquedad e inmediatez.

CLASIFICACIÓN

Popularmente es conocido por múltiples nombres: infarto cerebral, embolia, trombosis, derrame cerebral y apoplejía, lo que produce una confusión en cuanto al concepto y los diferentes tipos⁽⁵⁾.

Según su naturaleza patológica, se dividen en⁽⁶⁾:

- Isquémicos: producidos por obstrucción parcial o completa de una arteria como consecuencia del bloqueo por un coágulo de sangre⁽⁷⁾, el 85-90% de los casos⁽⁸⁾. Pueden ser^(1,9): Accidente isquémico transitorio (AIT) déficit neurológico focal de origen vascular con resolución completa en menos de 24 horas⁽¹⁰⁾ o infarto cerebral cuando los síntomas neurológicos perduran más de 24 horas. El riesgo de sufrir un ictus isquémico es especialmente elevado tras un AIT⁽¹¹⁾.

- Hemorrágicos: se producen por la rotura de un vaso sanguíneo debilitado, provocando que la sangre se escape hacia el cerebro, acumulándose y comprimiendo el tejido cerebral circundante. Son 10-15%. La hemorragia cerebral es una de las formas más graves de accidente cerebrovascular⁽¹²⁾. Puede ser: intercerebral, interventricular, subaracnoidea, subdural y epidural.

CAUSAS

Accidente cerebral isquémico

La causa mas frecuente son los coágulos de sangre, cuando se forman en un lugar incorrecto dentro de la arteria ocasionan una lesión que interfiere con el flujo normal de la sangre. Los coágulos ocasionan isquemia e infarto de dos maneras.

- Un coágulo en alguna parte del cuerpo se traslada a través de los vasos sanguíneos, quedando atrapado en una arteria cerebral: [accidente cerebral embólico](#).
- Un coágulo en una arteria cerebral, fijo en la pared hasta que aumenta lo suficiente de tamaño como para bloquear el flujo de sangre al cerebro: [accidente cerebral trombótico](#).

También por estenosis de una arteria grande o pequeña (Fig. 1), o por la arteriosclerosis, en la que se acumulan depósitos de placa (mezcla de sustancias grasas) provocando un aumento del espesor, endurecimiento y perdida de elasticidad con reducción del flujo sanguíneo; la albúmina ha demostrado múltiples efectos neuroprotectores.

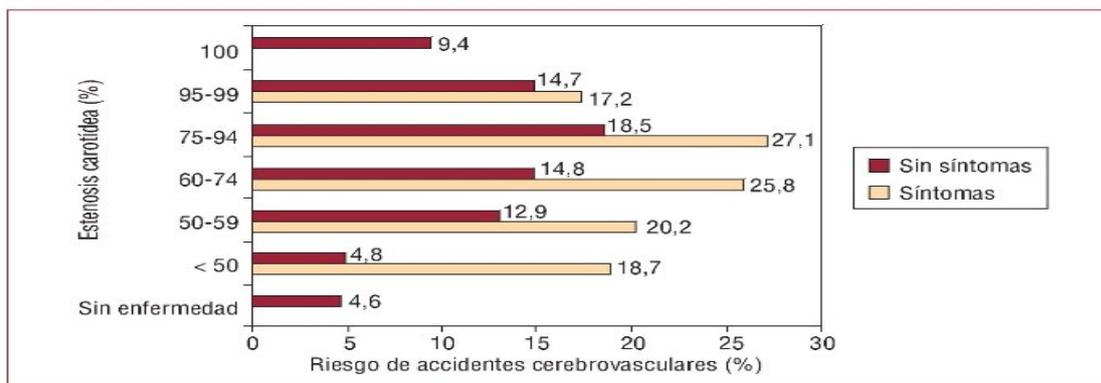


Figura 1: Riesgo accidente cerebrovascular en estenosis carótida. Fuente: Soria Arcos F, Cambroneró Sánchez F. ¿El cardiólogo debe buscar enfermedad vascular cerebral en el paciente con enfermedad coronaria? Técnicas diagnósticas. Rev Esp Cardiol. 2009;09(Supl.D):31-8.

También las lesiones en la cabeza y el cuello pueden dañar el sistema cerebrovascular ocasionando hemorragias, tensión en las arterias vertebrales y carótidas, conduciendo a un accidente cerebrovascular isquémico.

Los infartos cerebrales de dimensiones reducidas son también llamados infartos lacunares, cuyo origen es la oclusión de arterias de pequeño calibre⁽¹³⁾.

Accidente cerebral hemorrágico

Cuando se rompe una arteria en el cerebro se altera el suministro de sangre y el equilibrio químico necesario que requieren las neuronas para funcionar correctamente al ponerse en contacto con la sangre. La hemorragia puede ocurrir:

- **Aneurisma sangrante:** hay un lugar débil en la pared arterial y se dilata o se hincha bajo una TA elevada pudiéndose romper y derramar sangre en el espacio que rodea a las células cerebrales.
- **Rotura de la pared arterial:** la pared arterial pierde elasticidad por una placa, volviéndose quebradiza y con tendencia a romperse.
- **Malformación arteriovenosa:** conglomerado de vasos sanguíneos y capilares defectuosos.

FACTORES DE RIESGO

En las últimas décadas su control ha contribuido al descenso de esta enfermedad en los países desarrollados pero en cambio los éxitos en el tratamiento ocular han sido más limitados⁽¹⁴⁾.

Dentro de los factores que predisponen a sufrir un ictus tenemos^(2,15,16).

- **Factores de riesgo no modificables:** edad, sexo, raza, predisposición genética y bajo peso al nacer.
- **Factores de riesgo modificables:** las enfermedades médicas tratables (HTA, dislipemia, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, accidente cerebrovascular previo y apnea del sueño) y los factores del estilo de vida (tabaco, alcohol, obesidad, inactividad física, uso de drogas y el estrés⁽¹⁷⁾).

Edad

Las personas mayores tienen más riesgo, por cada década por encima de los 55 años, el riesgo se duplica. El 65% se da en mayores de 65 años y el 31% de las personas de la 3ª edad padecen infartos cerebrales subclínicos.

Sexo

Las muertes por enfermedad vascular en España son más numerosas en mujeres que en hombres, es la 1ª causa de mortalidad femenina en España⁽¹⁸⁾, aunque la tasa ajustada por edad y tipo de enfermedad vascular es superior en los hombres⁽¹⁹⁾. (Fig. 2).

TA

La HTA es el factor más poderoso, los hipertensos tienen de 4 a 5 veces más posibilidades de padecer un ACVA. Representa la 1ª causa de complicación cerebrovascular de forma que el 50% de los sujetos que sufren un ACVA son hipertensos y un 20% de los hipertensos severos desarrollan un ACVA. Su importancia disminuye a medida que aumenta la edad.

Enfermedad cardíaca

Fundamentalmente la FA es la que existe un flujo irregular de la sangre y mayor probabilidad de formar coágulos.

Las malformaciones de las válvulas cardíacas suponen un mayor riesgo.

Los pacientes con prótesis mecánicas valvulares corren más riesgo de infarto cerebral o trombosis valvular cuando el INR es menor de 2⁽²⁰⁾.

Tabaco

Factor de riesgo modificable más potente, su consumo duplica la probabilidad de sufrir un ACVA y disminuye inmediatamente después de dejar de fumar, existiendo una reducción importante después de 2 a 4 años. Su consumo favorece la arteriosclerosis y aumenta los niveles de factores de la coagulación de la sangre.

Niveles de colesterol

Supone riesgo el que procede de la dieta elevando el riesgo de arteriosclerosis y al aumento de espesor de las arterias.

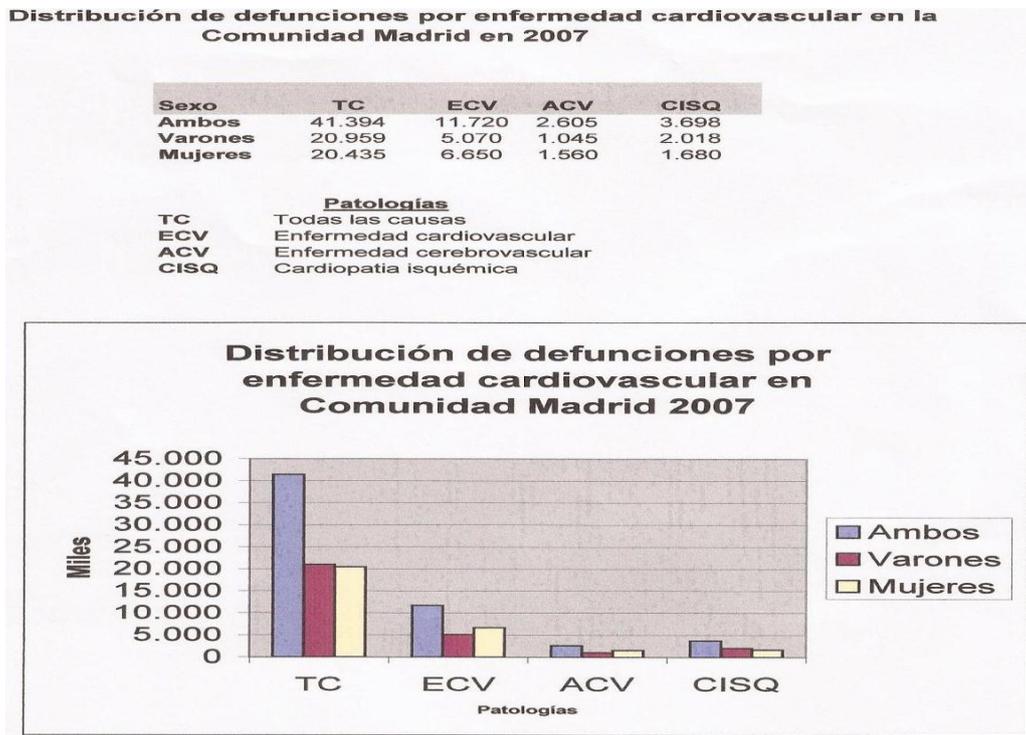


Figura 2. Defunciones enfermedades cardiovasculares CCM 2007. Fuente: INE.

Diabetes

Los diabéticos tienen 3 veces más riesgo de padecer un ACVA, siendo más elevado entre los 50 y 60 años, y disminuyendo a partir de esa edad.

Consumo excesivo de alcohol

Va unido al aumento de la TA, además, el consumo de alcohol una vez eliminado del cuerpo produce un efecto rebote, aumentando la viscosidad de la sangre y los niveles de plaquetas lo que aumenta el riesgo de sufrir un ACVA.

Consumo de drogas

La cocaína, las anfetaminas, la heroína, esteroides, anabolizantes, favorecen la disminución de flujo sanguíneo y la estenosis de los vasos sanguíneos.

SÍNTOMAS. CLÍNICA

Depende fundamentalmente de la localización, de la obstrucción y de la amplitud de la misma. Los síntomas aparecen de manera repentina y se da más de un síntoma al mismo tiempo.

Entre los síntomas más comunes^(2,17,21) están: hemiparesias, alteración del nivel de conciencia, dificultad para mantener el equilibrio y/o coordinación, dificultad para deglutir, afasia, pérdida de control de esfínteres, pérdida de memoria, etc.

COMPLICACIONES Y SECUELAS. INCAPACIDADES RESULTANTES

Según consta en la declaración de Helsinborgde 1995 y en la del 2006⁽²²⁾ necesitan tratamiento como emergencia aguda para reducir la mortalidad y las secuelas. Una atención neurológica temprana hace posible prevenir o minimizar el infarto cerebral, por lo que se estableció el código ictus⁽²³⁾, según el cual el personal que recibe en la puerta del SUH será el neurólogo, el médico y la enfermera⁽²⁴⁾.

En España las Unidades de Ictus son ya una realidad⁽²⁵⁾. Una unidad de ictus⁽²⁶⁾ es una estructura geográficamente delimitada para el cuidado de los pacientes con ictus, que tiene personal y servicios diagnósticos disponibles las 24 horas del día.

Las complicaciones más comunes son: edema cerebral, convulsiones, úlceras de decúbito, trombosis venosa profunda, neumonía, infecciones del tracto urinario y depresión.

Las secuelas mas frecuentes son: parálisis de un hemicuerpo, más o menos severo, déficit cognitivo, déficit del lenguaje, déficit emocional, dolor.

La recuperación es compleja porque influye el lugar de la lesión, la importancia del daño cerebral y el estado de salud de la persona afectada⁽²⁷⁾. El grado de discapacidad afecta al estilo y la calidad de vida de la persona afectada y a la de sus cuidadores^(28,29).

EPIDEMIOLOGÍA

Según el estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología⁽³⁰⁾ cada 6 segundos el ictus mata a una persona.

El ACVA constituye la 2ª causa de muerte, la 1ª de invalidez adulta y la 2ª causa de demencia después de la enfermedad de Alzheimer.

En España la incidencia del ictus es de 200 casos por cada 100.000 habitantes.

Alrededor de 84.000 personas sufren al año algún tipo de accidente cerebrovascular agudo.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2008 se registraron en España un total de 386.324 defunciones (Fig. 3); de estas, 31.883 fueron consecuencia de enfermedades cerebrovasculares.

La mortalidad por enfermedades cerebrovasculares⁽³¹⁾ aumenta exponencialmente con la edad, sobre todo a partir de los 75 años y registrándose el mayor pico entre los 85-89 años, sin embargo entre un 5% y un 15% de los pacientes son menores de 50 años⁽³²⁾.

Según datos del Estudio Iberictus, cada año mueren por esta enfermedad en España 3.825 jóvenes, casi 800 más que todos los fallecidos por accidentes de tráfico el año 2008.



Figura 3. Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. INE.

La enfermedad cerebral vascular es una de las patologías de mayor estancia hospitalaria y de mayor elevado coste para las economías de los hospitales (Fig. 4). Según datos del INE las afecciones del ap. Circulatorio en 2008 fueron la primera cause de hospitalización entre los hombres y la segunda entre las mujeres.

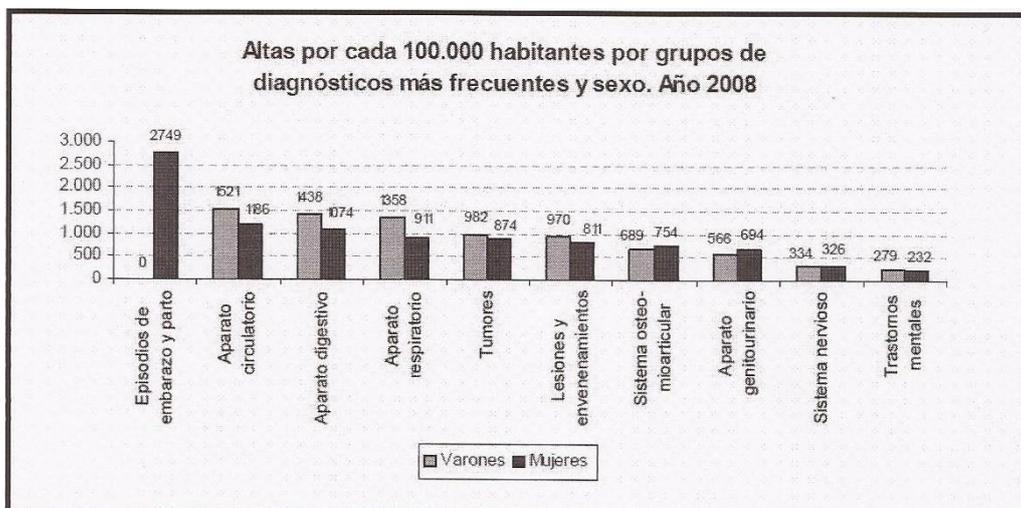


Figura 4. Altas por grupos diagnósticos y sexo.

Altas por cada 100.000 habitantes por grupos diagnósticos más frecuentes y sexo

Año 2008 (INE)

Según las previsiones de la OMS en el 2050, la mitad de la población española será mayor de 65 años⁽³³⁾, lo que implicara mayor prevalencia de sufrir un ictus. Se prevé que en 2030⁽³⁴⁾ las cuatro causas principales de muerte en el mundo sean las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares, el VIH/SIDA y las neumopatías obstructivas crónicas (Fig. 5).

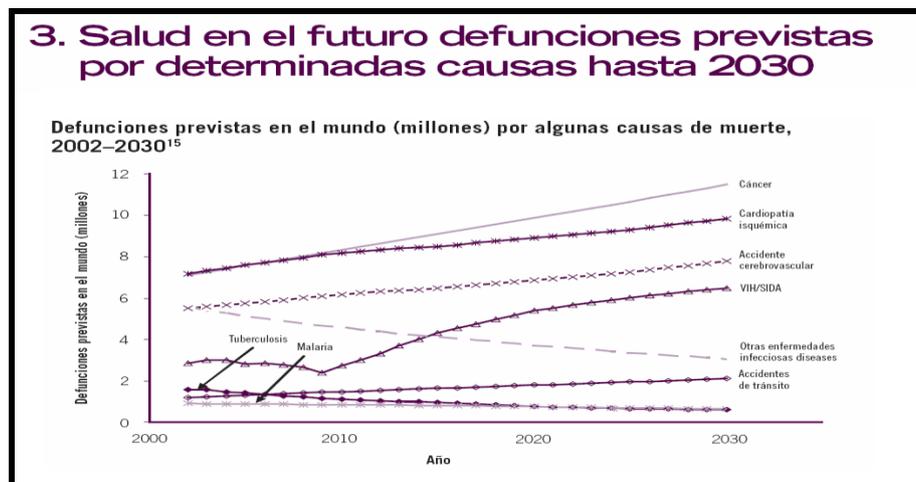


Figura 5. Salud en el futuro. Defunciones previstas por determinadas causas hasta el 2030. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2007. www.who.int/entity/whosis/whostat/WHS2007Sp_Parte1.pdf

En la mitad sur de España la tasa de mortalidad por estas causas es mayor al promedio, y las regiones del norte están por debajo, además, España presenta una mortalidad inferior para ambos sexos comparado con los países del norte de Europa como los Países bajos, Suiza, Irlanda, Islandia y los países nórdicos.

El total de muertes por ECV ha sido menor en 2008 que en 2007 y puede estar relacionado con el control de los factores de riesgo y un mejor tratamiento.

DIAGNÓSTICO

Sus objetivos generales son poder tratar la enfermedad precozmente para evitar o minimizar el daño cerebral irreversible y poder instaurar un plan de prevención secundaria eficaz.

En la actualidad hay diferentes herramientas para diagnosticar un ACVA, e incluso para diagnosticar la causa⁽³⁵⁾: historia clínica, exploración física, examen neurológico, análisis de sangre, ECG, TAC y RMN.

Otras pruebas son: angiografía de RM cerebro, RM funcional, Ultrasonido doppler, arteriografía y SPECT cerebral, utilizado en estudios de investigación para comprobar el efecto de la trombolisis⁽³⁶⁾.

Las escalas de valoración del ictus⁽³⁷⁾: Canadiense, Rankin, Cincinati, son una herramienta esencial para valorar el nivel de conciencia y el estado neurológico del paciente (Anexo I), así como la severidad del ictus (Anexo II).

PRONÓSTICO

Alrededor del 25% de las personas que sufren un ACVA, tendrá otro dentro de 5 años.

El riesgo es mayor después de sufrir un episodio y disminuye con el paso del tiempo, un 3% de los sujetos que padecen un ACVA, sufrirá otro en 30 días y una tercera parte lo tendrá en los 2 años siguientes al primer episodio de ACVA.

La proteína C reactiva ultrasensible se relaciona de forma estadísticamente significativa con el tamaño del infarto y con los infartos más graves⁽³⁸⁾ y el glutamato es el mas potente predictor bioquímico de infarto cerebral progresivo⁽³⁹⁾.

Factores de mal pronóstico: incontinencia vesical y/o intestinal, afectación importante de un hemisferio, déficit de percepción, alteraciones cognitivas graves, ACVA previo, afasia global y otras enfermedades complejas asociadas.

TRATAMIENTO

Sus objetivos son evitar que se repita y minimizar las secuelas.

A pesar de su importancia socio económica la atención terapéutica en estos pacientes es muy limitada⁽⁴⁰⁾. Depende del tipo, la evolución y el paciente. El mejor tratamiento de un coagulo es su prevención. Normalmente hay tres etapas en el tratamiento:

- Prevención del ACVA.

- Terapia inmediata: tto médico farmacológico y tto médico-quirúrgico, la endarterectomía.
- Rehabilitación: se contempla diversos aspectos: terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia psicológica y/o psiquiátrica.

En un ictus isquémico si han pasado menos de tres horas y cumple los criterios de inclusión, se administra el activador de plasminógeno tisular recombinante (rt-PA: Alteplasa) lo que condiciona que sólo entre el 3-8% de los pacientes sean potencialmente tratables mediante la administración de estos fármacos intravenosos, fibrinólisis/trombólisis⁽⁴¹⁾, que permiten disolver el coágulo para restablecer la circulación cerebral, mejorar la evolución y reducir los síntomas. Actualmente, es el tratamiento específico del ictus isquémico^(5,42) y es necesario además firmar un consentimiento informado que se da al paciente o familiar.

JUSTIFICACIÓN

La alta incidencia de mortalidad y morbilidad que produce así como los elevados costes humanos y económicos, además de las diversas complicaciones y secuelas que genera, nos ha llevado a considerarlo como un tema interesante para la actuación enfermera.

Hemos llevado a cabo un plan de cuidados enfermeros individualizado pero global, atendiendo a la evolución más frecuente del proceso haciendo valoraciones en tres momentos diferentes que hemos considerado como más representativos, con el propósito de identificar el estado de salud del paciente, sus problemas reales y potenciales en cada momento, para establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades a lo largo de todo el proceso.

En un primer momento nos centramos en su estabilización, después en su recuperación y por último en su rehabilitación, su vuelta a la vida diaria en el domicilio.

La enfermería tiene una importante función de rehabilitación centrada en la educación del individuo y su familia ante la nueva situación.

El objetivo de los cuidados enfermeros es que el paciente alcance el mayor bienestar posible y para ello es fundamental que trabajemos en colaboración con el individuo y su familia, tanto en la valoración como en la identificación de necesidades.

OBJETIVOS

Todos los cuidados enfermeros pretenden en general, lograr el mayor confort del paciente en todo momento; con este plan de cuidados nuestros objetivos son:

- Conocer la actuación enfermera en un paciente con diagnóstico de ACVA.
- Minimizar complicaciones e incapacidades permanentes.
- Evitar la variabilidad en materia de cuidados.
- Aumentar la autonomía del individuo.
- Disminuir la carga de la enfermedad en la familia.
- Favorecer apoyos para afrontar la nueva situación.
- Recuperación y reinserción en la sociedad.

METODOLOGÍA

Hemos elegido una paciente hipotética con diagnóstico médico de ACVA, en hemisferio izquierdo para la realización de un plan de cuidados individualizado, que sea viable, basándonos en nuestra experiencia como enfermeras de una planta de hospitalización de M. Interna.

Hemos organizado el trabajo de forma que pudiéramos dar una visión general y continua del proceso de la paciente desde su ingreso hasta su domicilio, para ello hemos elegido los tres momentos que hemos considerado más representativos de la evolución de su problema haciendo las valoraciones al ingreso, la hospitalización y el domicilio.

Para las valoraciones hemos utilizado los patrones funcionales de M. Gordon⁽⁴³⁾ y también hemos utilizado las escalas de valoración necesarias en cada momento: Glasgow, Norton, etc.

Los diagnósticos enfermeros están basados en la Nanda 2009-2011⁽⁴⁴⁾, y el establecimiento de objetivos y sus intervenciones en las interrelaciones⁽⁴⁵⁾.

También hemos utilizado como referencia para nuestro plan la plataforma e-nursing y la información de los diferentes libros que componen la bibliografía, los

gráficos y tablas, y por supuesto toda la tecnología de la información a nuestro alcance con sus bases de datos, buscadores, etc.

La estructura del trabajo se compone de un resumen y una introducción común, la justificación y los objetivos, así como la metodología también común. Hay una presentación general del caso, común y luego el desarrollo de cada plan de cuidados elaborado en una situación diferente que queda definida por el estado actual en el que se encuentra la paciente, realizado por cada una de nosotras y las conclusiones.

Finalmente la bibliografía utilizada y el anexo dónde hemos diferenciado en gráficos y las tablas utilizadas en las valoraciones de la paciente en cada momento.

También hemos consultado en las asociaciones de ictus existentes ya que prestan gran apoyo al enfermo y sobre todo a la familia, para la recuperación y reinserción social ya en el ámbito familiar, estas asociaciones realizan un gran trabajo: información, apoyo, rehabilitación, etc.

PRESENTACIÓN

La paciente realizaba una vida activa e independiente hasta la fecha de ingreso. Vivía con su hija. Salía todos los días a la calle a pasear con sus vecinas y a las compras diarias. Era una persona optimista.

Tenía antecedentes de fibrilación auricular anticoagulada con Sintrom, HTA, DM en tratamiento con AO y DL, bien controlada, cumplía el tratamiento prescrito y la dieta y realizaba los controles oportunos. Su patrón de eliminación era normal, hacía una deposición diaria, sin necesidad de laxantes, y la eliminación urinaria también era normal. No tomaba medicación para dormir y descansaba sin problemas.

No tenía hábitos tóxicos.

Presenta cuadro brusco de ausencia de emisión del lenguaje y disminución de la movilidad de hemicuerpo derecho. Se encontraba haciendo la compra en ese momento cuando se cayó al suelo bruscamente, por lo cual, presenta traumatismo craneo-encefálico leve y herida contusa en cuero cabelludo que precisa dos puntos de sutura.

Se avisa a los servicios de emergencia que la trasladan al hospital. A la exploración presenta afasia motora, desviación óculo-cefálica a la izquierda que pasa línea media, paresia facial inferior derecha, paresia derecha, estuporosa. Tras 12 h de ingreso se traslada a la planta de M. Interna dónde hacemos la 1ª valoración.

Presenta gran riesgo de presentar upp debido sobre todo a su inmovilidad, su estado de salud, nivel de consciencia, etc. (Anexo III).

Los días siguientes al ingreso se encuentra hemodinámicamente estable y afebril. Recupera el nivel de consciencia permaneciendo cada vez más tiempo despierta. Una vez descartado sangrado mediante neuroimagen, se reinicia tratamiento anticoagulante con HBPM, para comenzar el paso a Sintrom.

Se retira la sueroterapia y se coloca una SNG para alimentarla, dar los líquidos y la medicación porque se atraganta.

Se empieza a levantar al sillón, aunque no puede moverse por sí misma por lo que hay gran riesgo de caídas (Anexo IV).

Es dependiente para AVD y para autocuidados (Anexo V).

Comprende pero no puede hablar, a veces intenta comunicarse con algún gesto o movimiento de cabeza.

Es una enferma tranquila y colaboradora.

La SV se retira pero aunque no hace retenciones no controla esfínteres.

En este momento hacemos la 2ª valoración, lleva 5 días en la planta.

La vía endovenosa es retirada tras cumplir el ciclo antibiótico.

La herida se cura a diario y tras 8 días se retiran los dos puntos de sutura.

Previo al alta y comprobada la tolerancia y que no hay disfagia significativa se retira la SNG.

El VM al principio es necesario pero según va recuperándose, es posible ponerle unas gafas nasales a 2 l. p.m y finalmente retirarlas.

Pasa la mayor parte del día despierta, aunque duerme a ratos, por la noche se despierta varias veces, duerme a intervalos, pero permanece tranquila.

Está acompañada por su hija que está atenta en todo momento a las necesidades y los cambios en el estado de salud y colabora en todo lo posible, por lo cual es muy probable que exista cansancio en su papel como cuidadora cuando lleguen a casa. (Anexo VI).

Se va recuperando y consigue expresarse a través de movimientos de cabeza y gestos, comienza la rehabilitación, se moviliza a silla de ruedas además de para realizar las diferentes pruebas, para relacionarse acompañada de su familia.

La enferma recibe el alta hospitalaria trasladándose a su domicilio donde realizamos la 3ª y última valoración.

DESARROLLO PLAN DE CUIDADOS ACVA I: INGRESO

Estado actual

La paciente llega a planta de MI, con diagnóstico médico de ACVA.

Lleva 12 horas en urgencias, la enferma esta consciente, no responde a preguntas sencillas, responde a estímulo doloroso con retirada de miembros, alterna estados de conexión con el medio, con momentos en los que se muestra estuporosa, reflejo nauseoso ausente, hemiparesia derecha.

Presenta herida contusa en cuero cabelludo, con dos puntos de sutura, tiene buen aspecto, no signos de infección.

Trae sonda vesical, para control de diuresis.

Vía venosa periférica en MSI, para mantener la Exploración y para antibioticoterapia intravenosa.

Exploración

Antecedentes personales: HTA en tto con enalapril, DM en tto con ADO, FA en tto con dicumarínicos orales e hiperlipemia en tto.

- TA: 180/93.
- FC: 78.
- Tª: 36.7.
- Glucemia basal: 189mg.
- Peso: 65Kg.
- Altura: 1.60cm.
- IMC:<26: sobrepeso.
- NARMC (no alergias ni reacciones medicamentosas conocidas).
- VVP EN MSD (cambio de apósito c/48h).
- SV FOLEY Nª18

Tratamiento médico

- Dieta absoluta.
- Ctes. c/6h.
- B.H. estricto (SV).
- Reposo en cama: Cabecero elevado 45°.
- VM 28% (3-5lpm, SAT O2 >94%).
- Sueroterapia: S. Salino 0.9% 1500cc/24h, Glucosa 5% 1000cc/24h, y, 10meq CLK en cada 500cc.
- Control de glucemia capilar previo a cada cambio de S. GLUCOSA 5% con la siguiente pauta de Insulina Actrapid:
 - ✓ 200-250----4 Unid. de I. Actrapid S.I
 - ✓ 250-300----6 " " " "
 - ✓ 300-350----8
 - ✓ 350-400----10 Unid. de I. Actrapid SI
- Meropenem 1Gr IV c/8h.
- Pantoprazol 1 Vial c/24h.
- Clexane 40mg SC c/12h.
- Paracetamol 1g IV Si dolor o fiebre.

VALORACIÓN POR PATRONES. PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON

Patrón 1. Mantenimiento. Percepción de la salud

Valoración: la paciente hasta el momento de su ingreso, conocía sus problemas de salud, se realizaba autoanálisis de glucemia capilar, cumplía el tto prescrito, sabía el nombre de los medicamentos que tomaba ,así como el horario de los mismos, cumplía la dieta prescrita ,para su problema de DM y DL.

Acudía a todas sus citas médicas. Actualmente, es difícil valorar este patrón por el deterioro cognitivo que implica la situación aguda.

Patrón 2. Nutricional-metabólico

Valoración: la paciente hasta el momento de su ingreso, realizaba una dieta hipocalórica de 1.500 calorías, exenta de sal y de azúcares simples y/o refinados.

Hacía 3 comidas principales al día y 2 tentempiés (uno a media mañana y otro a media tarde).

Tenía apetito y le gustaba cocinar, por lo que estaba conforme con su alimentación.

En el momento actual, el reflejo nauseoso y no es posible por su parte una actitud colaboradora para realizar ingesta, por lo que se mantiene en dieta absoluta con sueroterapia para una adecuada hidratación y mantenimiento de electrolitos.

Patrón 3. Eliminación

Valoración: la paciente antes de su ingreso realizaba una deposición diaria, de características normales, en la eliminación urinaria no tenía ningún problema, mantenía una adecuada higiene diaria, resto de datos al respecto sin interés.

Ahora es portadora de sonda vesical, hace balances negativos, olor y color de la orina normales, de momento no ha realizado deposición, abdomen discretamente timpánico, ruidos abdominales dentro de los límites de la normalidad.

Patrón 4. Actividad-ejercicio

Valoración: la paciente antes de su ingreso era IAVD, realizaba paseos diarios, era una mujer activa y con una actitud positiva, le gustaba arreglarse, y se preocupaba de su aspecto físico.

Actualmente necesita ayuda total para los autocuidados.

Patrón 5. Descanso-sueño

Valoración: la paciente antes de su ingreso, dormía aproximadamente 7 horas nocturnas y 30'-1 hora de siesta, no necesitaba medicación y conciliaba bien el descanso.

Actualmente, hace ciclos de vigilia-sueño, intercalados con algún episodio de discreta agitación psicomotriz, probablemente relacionado, con el ambiente hostil que supone el hospital (ruidos, luz, vías, etc.) y con la alteración cognitiva que produce la patología aguda que sufre, y aquí nos ocupa.

Patrón 6. Cognitivo-perceptual

Valoración: la paciente antes de su ingreso, era una mujer con capacidad autónoma en la toma de decisiones propias, su nivel cultural y de conocimientos le permitía desenvolverse perfectamente en el día a día.

No era portadora de audífono, ni de gafas, tan sólo ópticos para solventar la presbicia propia de su edad.

Actualmente, teniendo en cuenta algunos indicadores objetivos como la TA, FC, expresión facial, parece estar confortable, con ausencia de dolor, salvo en los

momentos que los cuidados de enfermería implican movilización de la enferma, en los cuales cambia su expresión y parece agitarse.

Patrón 7. Autopercepción-autoconcepto

Valoración: la paciente hasta el ingreso, es una mujer autónoma, que se ocupa de su aspecto, tiene amigas, con las que sale a pasear, le preocupa su salud, y los problemas del mundo en general y los de su familia y sus amigos en particular.

Actualmente patrón funcional.

Patrón 8. Rol-relaciones

Valoración: hasta el ingreso es una mujer con un marcado rol de madre, dentro de la estructura familiar, se encarga de hacer la compra, cuida de su hija y de sí misma, se siente bien en este periodo de su vida y se sentía apoyada y respaldada por su hija.

Actualmente patrón funcional.

Patrón 9. Sexualidad-relaciones

Valoración: la paciente es viuda desde hace 10 años y según refiere su hija, no mostraba ningún interés en torno a la sexualidad, desde entonces.

Actualmente patrón funcional.

Patrón 10. Afrontamiento-tolerancia al estrés

Valoración: la paciente era una mujer muy positiva, con un desarrollo afectivo maduro, ha sabido afrontar con entereza, las cualitativas pérdidas personales por las que ha pasado (padres, hermana, marido) desarrollando en cada momento un proceso de duelo dentro de los límites de la normalidad.

Actualmente, probablemente, sufra algún grado de estrés fisiológico, producto de la situación aguda que padece.

Patrón 11. Valores-creencias

Valoración: la paciente es católica, bautizada, no practicante.

La religión no ocupa un lugar relevante en su vida.

Actualmente patrón funcional.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS BASADOS EN DOMINIOS

El diagnóstico de enfermería se refleja mediante una etiqueta diagnóstica y su correspondiente etiología.

Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)

Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar.

Mantenimiento inefectivo relacionado con el deterioro cognitivo, manifestado con el deterioro perceptivo

Resultados NOC⁽⁴⁶⁾

- Conocimiento, fomento de la salud (000179), detección del riesgo.

Indicadores: mantiene higiene personal: 1 gravemente comprometido; se alimenta: 1 gravemente comprometido.

Intervenciones NIC⁽⁴⁸⁾

- Apoyo a la familia.
- Apoyo al cuidador principal.
- Apoyo emocional.
- Ayuda con los autocuidados.
- Manejo de la medicación.

Actividades:

- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo.
- Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes en el ambiente.

Deterioro de la deglución (00103)⁽⁴⁴⁾

Relacionado con ictus isquémico en hemisferio derecho manifestado por disfagia.

Según queda reflejado en el libro de Luis Rodrigo, este diagnóstico se centra más en un problema fisiopatológico que en una situación de salud. Por ello, hemos decidido desarrollar el diagnóstico de riesgo de aspiración, en el que la enfermería puede prestar actividades de prevención.

Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades (000002)⁽⁴⁴⁾

Relacionado con disfagia, dificultad para masticar e incapacidad para ingerir los alimentos, manifestado por disminución de peso y disminución del apetito.

En este momento, este problema no es prioritario, por que nuestra paciente no se encuentra en disposición de ingerir alimentos.

Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195)

Relacionado con el deterioro de los mecanismos reguladores y el tto.

Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)⁽⁴⁴⁾

Relacionado con perdida de la actividad física, con el aporte dietético y el estado de salud.

Resultados (NOC)

- Control del riesgo.

Intervenciones (NIC)

- Potenciación de la seguridad.
- Identificación de riesgos.
- Aumentar los sistemas de apoyo.

Riesgo de estreñimiento (00015)

Relacionado con actividad física insuficiente y cambios en el patrón de alimentación.

Resultados (NOC)

- Eliminación intestinal.

Indicadores:

Estreñimiento (62059) 1 muy leve, ruidos abdominales (04832), 2 leve, control de movimientos intestinales, 2, levemente comprometido.

Intervenciones (NIC)

- Manejo del estreñimiento/impactación.
- Cuidados perineales; manejo de líquidos.

Actividades:

- Observar si se produce estreñimiento.
- Establecer un medio de evacuación si se precisa.
- Administrar analgésico si es necesario.

Trastorno del patrón del sueño (00198)⁽⁴⁴⁾

Relacionado con ruidos, luz y adopción de postura no habitual para dormir (dormía en decúbito lateral antes del ingreso, ahora no es posible, precisa cambios posturales) manifestado por pequeños episodios de agitación.

Resultados NOC⁽⁴⁶⁾

- Sueño (0004)

Indicadores:

Duerme toda la noche (000418); 3, moderadamente comprometido; patrón del sueño (000403); 4, levemente comprometido.

Intervenciones NIC⁽⁴⁸⁾

- Manejo ambiental: confort (6482)

Actividades:

- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
- Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.

Intervenciones NIC

- Mejorar el sueño (1850)

Actividades:

- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.

Deterioro de la movilidad física (00085)⁽⁴⁴⁾

Relacionado con hemiparesia y aumento del tono muscular del hemicuerpo derecho, manifestado por limitación de las actividades motoras gruesas y en la amplitud de movimientos.

Resultados NOC⁽⁴⁶⁾

- Movilidad (0208).
- Movimiento coordinado (0212).

Indicadores:

Movimiento muscular (020803) 2, sustancialmente comprometido, mantenimiento de la posición corporal (020802), 3, moderadamente comprometido, tono muscular (021202) 2, sustancialmente comprometido, control del movimiento (021205) 3, moderadamente comprometido.

Intervenciones NIC⁽⁴⁸⁾

- Terapia de ejercicios: control muscular (0226).

Actividades

- Evaluar el progreso del paciente en la mejora.
- Restablecimiento del movimiento y la función corporal.

Riesgo de síndrome de desuso (00040)⁽⁴⁴⁾

Relacionado con parálisis parcial, manifestado por incapacidad para mover el hemicuerpo afectado.

La NANDA la describe como riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad músculo-esquelética, prescrita o inevitable.

Según la definición, es un diagnóstico de nuestro caso, pero debido a que no es prioritario, por la situación aguda de la paciente, lo vamos a obviar, por lo que no estableceremos NIC ni NOC, correspondientes.

Deterioro de la movilidad en la cama (00091)

Relacionado con el deterioro cognitivo, con el deterioro neuromuscular manifestado por deterioro de la capacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama.

Resultados (NOC)

- Consecuencia de la inmovilidad: fisiológicas.

Intervenciones (NIC)

- Cuidados del paciente encamado.
- Cambio de posición.

Indicadores:

Articulaciones anquilosadas (00337) grave hasta ninguno, tono muscular (05468) desviación grave.

Actividades:

- Colocar al paciente en una cama o colchón terapéutico.
- Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.
- Mantener la ropa de la cama limpia seca y libre de arrugas.
- Aplicar los dispositivos que evitan los pies equinos.

Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201)⁽⁴⁴⁾

- Relacionado con FA, HTA e ICTUS reciente.
- Consultado el libro de diagnósticos NANDA, encontramos dicha etiqueta diagnóstica, no la abordamos por falta de desarrollo de la misma.

Riesgo de perfusión renal ineficaz (00203)

Relacionado con DM, HTA, hiperlipidemia.

Resultados (NOC)

- Equilibrio electrolítico y ácido-base, función renal, equilibrio hídrico.

Intervenciones (NIC)

- Manejo de electrolitos.
- Manejo de líquidos.

Indicadores:

Albúmina sérica, creatinina sérica, frecuencia respiratoria, desviación grave rango normal hasta sin desviación.

Actividades:

- Vigilar los signos vitales si procede.
- Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de líquidos.
- Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos.

Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca (00200)

Relacionado con DM, HTA E hiperlipidemias.

Resultados (NOC)

- Estado circulatorio, signos vitales.

Intervenciones:

- Monitorización signos vitales.
- Administración de medicación.

Indicadores:

Distensión de las venas del cuello (01606), eliminación urinaria (01824), presión arterial sistólica (04184).

Actividades:

- Reconocer la presencia de alteraciones en la TA.

- Observar los pulsos periféricos, el llenado capilar, tª y calor de las extremidades.
- Elevar el cabecero si procede.
- Auscultar los pulmones para ver si hay crepitantes u otros ruidos adventicios.

Déficit de autocuidado: Baño (00108)⁽⁴⁴⁾

Relacionado con dificultad para percibir una parte corporal, deterioro cognitivo, físico y neuromuscular manifestado por incapacidad para desplazarse al baño y para lavarse el cuerpo.

Resultados NOC⁽⁴⁶⁾

- Autocuidados actividades de la vida diaria (0300).
- Autocuidados: baño (0301).

Indicadores:

- Higiene (030006), 2 (sensiblemente comprometido).

Intervenciones NIC⁽⁴⁸⁾

- Baño (1610)

Actividades:

Realizar baño con el agua a temperatura agradable.

Intervenciones NIC:

- Ayuda total con los autocuidados: baño/higiene (1803).

Actividades:

- Proporcionar ayuda total hasta que la paciente sea capaz de asumir los autocuidados.

Déficit de autocuidado: uso del inodoro (00110)

Relacionado con deterioro cognitivo, físico, neuromuscular, con la movilidad y perceptual manifestado por incapacidad para desplazarse al inodoro.

Resultados NOC⁽⁴⁶⁾

- Autocuidados: uso del inodoro (0310).

Indicadores: 2 sustancialmente comprometido.

Intervenciones NIC⁽⁴⁸⁾

- Ayuda de los autocuidados: aseo (1804).

Actividades:

- Realizar el aseo diario.
- Controlar la integridad cutánea del paciente.

Déficit de autocuidado: vestido (00109)⁽⁴⁴⁾

Relacionado con deterioro cognitivo, físico, neuromuscular y dificultad para percibir una parte corporal (perceptual) manifestado por incapacidad para coger, ponerse y quitarse la ropa y los zapatos.

Resultados (NOC)

- Autocuidados: Vestir.

Indicadores: 2, sustancialmente comprometido.

Intervenciones (NIC)

- Ayuda con los autocuidados: Vestir/arreglo personal.

Actividades:

- Vestir al paciente con ropas que no le aprieten.
- Identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse.

Desatención unilateral (00123)⁽⁴⁴⁾

Relacionado con ICTUS cerebral en hemisferio izquierdo manifestado por no percibir el lado afectado, derecho, como suyo, tiende a mirar hacia el lado no afectado y no ve objetos situados en el lado afectado.

Resultados NOC⁽⁴⁶⁾

- Adaptación a la discapacidad física (1308).

Indicadores: 2 sensiblemente comprometido (130803).

Intervenciones NIC⁽⁴⁸⁾

- Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo (2760).

Actividades:

- Asegurar que las extremidades afectadas estén en una posición correcta

Trastorno de la percepción sensorial: cenestésica y táctil (0012)

Relacionado con alteración de la integración sensorial, manifestado con deterioro de la comunicación.

Resultados (NOC)

- Estado neurológico: función sensitiva-motora de pares craneales.
- Estado neurológico: control motor central.
- Función sensitiva: cutánea.

Indicadores:

Reflejo de Babinski, 0 no comprometido, movimiento intencionado a partir de una orden, 2 levemente comprometido.

Intervenciones (NIC)

- Cambio de posición.
- Ayuda al autocuidado.
- Estimulación cognoscitiva.

- Estimulación cutánea.
- Administración de medicación.

Actividades:

- Consulta con la familia para establecer las guías cognoscitivas anteriores a la lesión del paciente.
- Dispensar una estimulación sensorial planificada.
- Utilizar el contacto de manera terapéutica.
- Valorar y registrar la respuesta a la estimulación.

Deterioro de la comunicación verbal (00051)⁽⁴⁴⁾

Relacionado con lesión cerebral manifestado por dificultad para la emisión del lenguaje (disartria).

Resultados NOC⁽⁴⁶⁾

- Comunicación expresiva (0903)

Indicadores:

- No se comunica, 3 sustancialmente comprometido.

Intervenciones NIC

- Mejorar la comunicación: déficit del habla (4976)

Actividades:

- Abstenerse de gritar al paciente con trastornos de comunicación.
- Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje del paciente.

Interrupción de los procesos familiares (00060)⁽⁴⁴⁾

Relacionado con alteración del estado de salud de un miembro de la familia manifestado por cambios en la vida de todos sus integrantes.

La resolución de este problema se abordara a través del deterioro de la interacción social y por la disposición para mejorar el afrontamiento familiar.

Deterioro de la interacción social (00052)⁽⁴⁴⁾

Relacionado con aislamiento terapéutico y limitación física manifestado por cambios en las situaciones sociales

Resultados NOC⁽⁴⁶⁾

- Implicación social (1503).
- Clima social de la familia (2601).

Indicadores:

Recibe visitas de amigas y de todos los miembros de su familia (260104): 4, levemente comprometido.

Intervenciones NIC⁽⁴⁸⁾

- Estimulación de la integridad familiar (7100).

Actividades:

- Informar a los miembros de la familia de que es segura y aceptable, la utilización de expresiones típicas de afecto en un entorno hospitalario.

Intervenciones NIC

- Facilitar las visitas (7560).

Actividades:

- Determinar la necesidad de favorecer las visitas de familiares y amigos.

Disposición para mejorar el ambiente familiar⁽⁴⁴⁾

Relacionado con manifestación verbal del cuidador principal.

Resultados NOC⁽⁴⁶⁾

- Bienestar del cuidador principal (2508).

Indicadores, rol del cuidador (250809): 5; no comprometido.

Intervenciones NIC⁽⁴⁸⁾

- Apoyo al cuidador principal (7040).

Actividades:

- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
- Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.
- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.

Intervenciones NIC

- Asesoramiento (5240).

Actividades:

- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades.

Riesgo de infección (00004)⁽⁴⁴⁾

Relacionado con procedimientos invasivos, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos y defensas primarias inadecuadas.

Resultados (NOC)

- Control del riesgo.

Intervenciones (NIC)

- Protección contra las infecciones administración de medicación.

Actividades:

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.
- Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.

- Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario.

Riesgo de aspiración (00039)⁽⁴⁴⁾

Relacionado con deterioro de la deglución.

Resultados NOC

- Estado de deglución (1010).

Indicadores:

Atragantamiento, tos, nauseas, (101012): 4, levemente comprometido.

Intervenciones NIC

- Terapia de deglución (1860).

Actividades:

- Colaborar con los miembros del equipo de cuidados para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)⁽⁴⁴⁾

Relacionado con inmovilización física, manifestado por eritema cutáneo.

Resultados NOC⁽⁴⁶⁾

- Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (0204).

Indicadores, UPP (020401): 5, no comprometido.

Intervenciones NIC⁽⁴⁸⁾

- Cuidados del paciente encamado (0740).

Actividades:

- Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado.
- Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.
- Cambiarle de posición, según lo indique el estado de la piel.

- Vigilar el estado de la piel.

Riesgo de caídas (00155)⁽⁴⁴⁾

Relacionado con hemiparesia derecha y hemianopsia homónima derecha.

Nuestra paciente presenta susceptibilidad a las caídas, que pueden causarle daño físico aunque no presenta historia de caídas previas, por lo que esta etiqueta, puede abordarse desde una perspectiva mas general y que describe con mayor afinidad el caso a tratar.

Abordaremos este diagnostico desde el de riesgo de lesión.

Riesgo de lesión (00035)⁽⁴⁴⁾

Relacionado con hemiparesia derecha y hemianopsia homónima derecha.

Resultados NOC⁽⁴⁶⁾

- Estado de la función sensorial (2405).

Indicadores:

Capacidad para notar los cambios de posición de la cabeza y el cuerpo.

Intervenciones NIC⁽⁴⁸⁾

- Manejo ambiental: seguridad (6486).

Actividades:

- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
- Disponer de dispositivos de adaptación (barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente.

Riesgo de disfunción neurovascular periférica (00086)

Relacionado con inmovilización.

Resultados (NOC)

- Estado neurológico: función sensitivo-motora.
- Perfusión tisular: periférica.

Intervenciones (NIC)

- Precauciones circulatorias.
- Vigilancia de la piel.
- Cuidados del embolismo periférico.

Indicadores:

Fuerza del pulso braquial derecho (02489), parestesia (03815), presión arterial media (04181).

Actividades:

- Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica.
- Evitar lesiones en la zona afectada.
- Evitar infecciones en heridas.

Deterioro de la integridad cutánea (00046)

Relacionado con factores mecánicos.

Resultados (NOC)

- Curación de la herida por 1ª intención.
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Intervenciones (NIC)

- Cuidados de las heridas.
- Vigilancia de la piel.
- Cuidados del sitio de incisión.

Indicadores:

Integridad de la piel (03026), temperatura de la piel (05406), hidratación (02648).

Actividades:

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y membranas mucosas.
- Vigilar el color y tª de la piel.
- Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.

APLICACIÓN

Fase de acción, realización y registro de las actividades de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones.

EVALUACIÓN

Actividad planificada, continua, con el fin de que los pacientes y los profesionales sanitarios determinen el progreso del paciente, hacia la consecución de los objetivos y la eficacia del plan de asistencia de enfermería.

CONCLUSIONES

Diferentes estudios han demostrado la importancia de que en el ICTUS exista una atención diferenciada, donde se hace alusión a las unidades de ICTUS (IU), definidas como: “una estructura geográficamente delimitada para el cuidado de pacientes con ictus, que tiene un personal entrenado, específicamente dedicado, coordinado por un neurólogo experto, con servicios diagnósticos disponibles durante las 24 horas del día y que dispone de protocolos escritos para el manejo de los pacientes, basados en evidencias científicas”.

La adaptación a la discapacidad física después de un ictus, es un proceso de colaboración entre el paciente, la familia y los profesionales de salud, que debe continuar durante todo el curso de la enfermedad.

Atendiendo a nuestro caso y observando la valoración, detectamos que las intervenciones de enfermería dirigidas a la paciente por su situación actual, se centran prácticamente en el ámbito de la recuperación de la salud.

Se ha dado cierta prioridad a la familia-la hija-en nuestro caso, como pilar fundamental de nuestra paciente.

La familia que participa activamente en la atención del enfermo si dispone de información clara a cerca de la enfermedad y su evolución sabrá como cuidar activamente la rehabilitación de la paciente.

Una planificación de cuidados enfermeros de forma individualizada consigue notables beneficios para la calidad de vida del sujeto.

DESARROLLO PLAN DE CUIDADOS ACVA II: HOSPITALIZACIÓN

Voy a desarrollar un plan de cuidados individualizado, para esta paciente en concreto y en este momento determinado: la hospitalización. La situación en la que se encuentra actualmente la paciente queda definida por el Estado Actual.

El plan de cuidados se compone de diferentes fases: la valoración, el diagnóstico, la planificación, ejecución y la evaluación.

Estado actual

La paciente lleva cinco días en la planta, está consciente, alerta, colaboradora comprende lo que pasa a su alrededor pero no puede hablar, a veces mediante algún gesto o movimiento de cabeza intenta comunicarse. Afebril. Sus constantes vitales son normales. Sus niveles de glucemia están controlados. Es dependiente para las actividades de la vida diaria y autocuidados y presenta hemiparesia derecha. No puede tragar y no controla esfínteres. Tiene ruidos peristálticos. Pasa la mayor parte del día despierta aunque duerme a ratos y por la noche se despierta varias veces, pero permanece tranquila. Se la moviliza al sillón. Lleva tres días sin hacer deposición. No necesita oxigenoterapia. No edemas, bien hidratada, buena coloración piel y mucosas.

VALORACIÓN

Es el aspecto más importante para la elaboración de un buen plan de cuidados ya que de ella se derivan los siguientes parámetros que completarán el Plan. En esta fase recogemos los datos objetivos de la paciente, a través de la exploración o examen físico; y los datos subjetivos, de la información dada por la paciente, si es posible, o por sus familiares.

Recogida de datos

- Sexo.- Mujer.
- Edad.- 69 años.
- Estado civil.- Viuda – Jubilada.

- Nacionalidad.- Española.
- Servicio.- M. Interna.
- Diagnóstico médico.- ACVA HEMISFERIO IZQUIERDO.
- Antecedentes personales:
 - ✓ HTA en tto. con Enalapril.
 - ✓ DM en tto. con AO (Daonil).
 - ✓ Fibrilación auricular en tto. con anticoagulantes (Sintrom).
 - ✓ DL en tto con Sinvastatina.
- No alergias.
- No hábitos tóxicos.
- No antecedentes quirúrgicos.

Exploración física

Tensión Arterial.- 134/ 71 mm Hg. Frecuencia cardíaca.- 62 lpm.

Temperatura.- 36.8°C.

Saturación de oxígeno.- 97% Glucemia capilar.- 118 mgr/dl.

Peso.- 65 Kg. Talla.- 160cm.

Coloración piel y mucosas.- Buena.- No edemas.

Consciente, alerta y colaboradora, incapacidad para hablar y moverse por sí sola por afasia motora y hemiparesia derecha. No controla esfínteres. No puede tragar. No lleva prótesis dental.

Herida inciso-contusa limpia en cuero cabelludo con dos puntos de sutura.

VIAS.- Abocath Nº 18 MSD para antibioterapia.

SNG Nº 12 de silicona para alimentación, líquidos y medicación.

HERIDAS.- Herida contusa limpia en cuero cabelludo con dos puntos de sutura.

Tratamiento

Meropenem 1 gr/8 horas IV.

Perfalgan 1 gr/8 horas IV si precisa.

Clexane 40 mg/12 horas SC.

Renitec 5 mg/24 horas por SNG.

Dx previo a De- Co- Ce e I. Actrapid SC según Dx - 150 - 200 mg/dl: 4 UI.

201 - 250 mg/dl: 6 UI.
251 - 300 mg/dl: 8 UI.
Ranitidina c/12 horas por SNG.
Nutrición enteral y agua por SNG según S. Nutrición.
Levantar al sillón.

PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON⁽⁴³⁾

Vamos utilizar los 11 patrones funcionales de salud (Gordon. 2007) para una valoración global y determinar el estado de salud de la paciente. Tienen la característica de conducir de forma lógica al diagnóstico enfermero, recogen toda la información necesaria del paciente, familia y entorno.

La valoración de cada patrón nos da datos para formular las hipótesis diagnósticas, generar diagnósticos enfermeros y planificar los cuidados enfermeros en la promoción, prevención y recuperación de la salud.

Cuando sea posible, la persona y la familia, deben estar implicadas desde el principio hasta el final en los procesos de valoración y diagnóstico.

Patrón 1. Mantenimiento-Percepción de la salud

La paciente antes de la fecha de ingreso llevaba una vida activa y pacífica. Es viuda, vivía con su hija y no necesitaba ayuda de nadie pues era muy independiente y activa, solía salir a la calle todos los días a pasear con sus vecinas y a las compras diarias; también realizaba las tareas domesticas.

No tenía hábitos tóxicos. Hacía poco ejercicio salvo caminar con sus vecinas.

Llevaba una dieta adecuada para sus problemas de salud, cumplía el tratamiento y acudía periódicamente a los controles. No trabaja, es pensionista.

Paciente encamado con un deterioro neurológico que le impide realizar acciones como moverse o hablar, además de la incapacidad para comer, vestirse, tomar la medicación.

No puede movilizarse por sí sola, se la levanta dos veces al día al sillón.

Debido a la paresia facial, presenta dificultad en la deglución y por la paresia derecha dificultad para llevarse la comida a la boca.

Es consciente de su estado de salud y se relaciona con sus familiares mediante gestos, a veces muestra signos de enfado al no poder expresarse.

Lleva una vía venosa periférica en MSD para la administración de antibióticos, por lo que tiene riesgo de infección.

En su estado actual no puede mantenerse en pie pues tiene hemihipoestesia, tiene riesgo de caídas (según escala de Downton es 3) de traumatismo y de lesión.

Duerme a ratos por la noche, despertándose varias veces, pero permanece tranquila.

Consciente, tranquila y colaboradora.

No edemas, hidratada, buena coloración piel y mucosas.

Cumple el tratamiento pautado, administrándosele las enfermeras de planta y se le realizan valoraciones periódicas para detectar cualquier mejoría o empeoramiento en su estado de salud.

Su hija la acompaña y está pendiente en todo momento, mostrándose también tranquila y colaboradora; recibe visitas de familiares y sus vecinas.

Patrón 2. Nutricional-metabólico

Llevaba una dieta adecuada para sus problemas de salud, con una ingesta adecuada de nutrientes y líquidos. Ella misma realizaba las compras y preparaba los alimentos. Según refieren sus familiares es una persona con buen apetito que no tenía ningún problema a la hora de comer.

Actualmente, debido a la paresia facial la paciente tiene dificultad en la deglución por lo que la alimentamos a través de la SNG, también se le administran los líquidos y también se utiliza para dar la medicación pautada, por tanto, sus necesidades alimenticias y de líquidos están cubiertas y controladas adecuadamente. Buena tolerancia y no vómitos.

Debido al sondaje nasogástrico, la paciente tiene la boca seca y son necesarios lavados diarios de la boca y realizar sus cuidados habituales porque ella por sí misma no puede debido a la hemiparesia derecha al igual que no podría alimentarse.

No lleva prótesis dental, se cepillaba los dientes una sola vez al día. No alteración significativa.

Parece estar bien hidratada, a la vista y al tacto. No edemas. En el MSD tiene una vía.

Buen cuidado del pelo y las uñas, y también de los pies (no pie diabético).

Es hipertensa, pero mantiene tensiones normales y su frecuencia cardiaca tampoco está alterada. No tiene fiebre actualmente.

En cuanto a su Diabetes, también se encuentra en cifras controladas precisando puntualmente algún aporte de I. Rápida.

La paciente pesa 65 Kg y mide 160 cm.

Patrón 3. Eliminación

Urinaria. Presenta incontinencia urinaria. Su orina es clara, de color normal, y en cantidad adecuada aunque no es posible establecer cifras ya que lleva pañales que se cambian según las necesidades porque ella no puede.

Gastrointestinal. La paciente lleva tres días sin hacer deposición cuando realizaba una deposición diaria, presenta estreñimiento por su poca movilidad cama-sillón y el cambio de alimentación, heces normales en consistencia y color y en poca cantidad. También presenta incontinencia fecal controlada con pañales. Tiene ruidos intestinales.

Es importante mantener una buena higiene y la piel seca por lo cual se cambian los pañales según las necesidades y se realizan los cuidados oportunos.

No tiene edemas.

No sudoración excesiva ni olor desagradable.

Patrón 4. Actividad-ejercicio

La paciente antes de la fecha de ingreso, solía salir a caminar y a comprar todos los días con sus vecinas. No trabaja pues es pensionista y vive con su hija.

Actualmente presenta hemihipoestesia derecha y no puede realizar ningún tipo de actividad, por lo que tiene deterioro de la movilidad física, deterioro de la habilidad para la traslación, movilidad en la cama, movilidad en silla de ruedas, ambulación y un riesgo de disfunción neurovascular periférica.

Se le realiza movilización cama-sillón varias veces al día, no ha empezado la rehabilitación.

No puede realizar ninguna de las AVD ni autocuidados. Es dependiente y necesita ayuda para alimentación, baño, uso del inodoro y vestido, la hemiparesia derecha le impide realizar ningún movimiento. Su grado de dependencia funcional es 3-4, necesita ayuda personal y equipo.

Su valoración según la escala de Norton es alta, 13, por lo cual tiene gran riesgo de presentar una UPP y colocamos un colchón antiescaras, además de hidratación piel.

Su valoración neurológica según la escala Canadiense es de 5. No puede hablar.

La fuerza muscular y la sensibilidad también están alteradas en el lado derecho.

Su respiración es normal, no necesita oxigenoterapia y la auscultación es normal.

Patrón 5. Descanso-sueño

Antes del ingreso dormía sin problemas y sin utilizar ninguna medicación. No dormía siesta.

La paciente se despierta varias veces durante la noche, duerme a intervalos, pero permanece tranquila.

Durante el día, permanece despierta la mayor parte del tiempo, aunque duerme algún rato.

Patrón 6. Cognitivo-perceptual

La paciente no tiene dificultades en la audición pues oye perfectamente.

Ve bien y no usa gafas, salvo para leer y hacer alguna labor.

No presenta alteraciones en el gusto ni el olfato.

Consciente y alerta, entendiendo lo que se le dice aunque no puede responder porque no puede hablar. Problemas de expresión, no de comprensión, utiliza algún gesto para comunicarse. Reconoce a sus familiares.

El lado derecho presenta disminución de la sensibilidad.

No muestras de dolor.

Tranquila y colaboradora.

Patrón 7. Auto percepción-autoconcepto

La paciente es consciente de su enfermedad y de su estado de salud y entiende su situación.

No puede hablar y esta incapacidad para comunicarse con los demás a veces parece que le produce malestar, así como tener que depender de alguien en todas las actividades.

No es agresiva ni hacia sí ni hacia los demás y no hay signos de tristeza ni depresión.

Colabora con el personal de planta y no ofrece resistencia a las intervenciones.

Patrón 8. Rol-relaciones

La paciente no puede comunicarse debido a la afasia motora que presenta y la hemiparesia derecha facial, pero entiende lo que pasa a su alrededor y algunas veces intenta comunicarse con algún gesto o movimiento de cabeza.

Su hija viene todos los días a visitarla y está atenta a las necesidades y los cambios de su madre. A veces también viene algún familiar o alguna de sus vecinas a verla.

Vivía con su hija. Realizaba las tareas del hogar, cocinaba.

Salía a caminar con sus vecinas todos los días y a comprar.

Era muy activa e independiente. No trabajaba, es pensionista.

Ahora está hospitalizada y por su hemiparesia derecha no puede realizar ninguna actividad por sí sola y será necesario rehabilitación para recuperar las secuelas tanto en la movilidad como la comunicación lo que le condicionará sus relaciones porque depende de alguien, pero cuenta con el apoyo continuo de su hija que está atenta a las necesidades, sus vecinas que la visitan y la animan y sus familiares.

Patrón 9. Sexualidad-relaciones

La paciente es viuda y no tiene pareja.

En este momento de su vida las relaciones sexuales no eran importantes, por lo tanto no hay ninguna alteración.

Patrón 10. Afrontamiento-tolerancia al estrés

Su vida era tranquila y sin elementos estresantes y vivía con su hija. Era una persona alegre, optimista, activa e independiente. Administraba su casa y se ocupaba y realizaba sus tareas tanto domésticas como administrativas como ir al banco, pago de recibos.

Es una enferma tranquila en general, aunque muestra signos de inquietud al intentar expresarse, movilizarla, realizar los autocuidados, pero no hay signos de tristeza ni depresión.

Colaboradora y no opone resistencia a las intervenciones que se le realizan.

Su hija está pendiente de ella, de sus necesidades, sus progresos y colabora con el personal de la planta en todo lo que puede, comprende la situación y ha reaccionado positivamente, se muestra fuerte y cuenta con el apoyo necesario.

Patrón 11. Valores-creencias

Es católica no practicante; la religión no supone una parcela importante en su vida.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (NANDA 2009-2011)⁽⁴⁴⁾

Son los problemas de salud o necesidades detectados en la Valoración y que entran dentro de la competencia de Enfermería. Estos problemas pueden ser tratados de forma totalmente independiente por el profesional de Enfermería.

Es la siguiente fase del desarrollo de nuestro Plan de Cuidados, vamos a plantear todos los diagnósticos de los problemas de salud de nuestra paciente, para más adelante, en la siguiente fase, la planificación, dedicarnos a los prioritarios.

Evaluamos mentalmente los datos obtenidos durante la valoración y los diagnósticos relacionados, durante esta evaluación podemos decidir que no tenemos suficiente evidencia para llegar a un diagnóstico probable, en cuyo caso podemos realizar una recogida de datos focalizada, o que tenemos suficientes evidencias que lo apoyen, entonces, se formula y se valida este diagnóstico.

El diagnóstico enfermero es un juicio clínico acerca del individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso deliberado sistemático de recogida de datos y análisis. Proporciona la base de las prescripciones para la terapia definitiva, de la cual la enfermera es responsable (NANDA). Los diagnósticos pueden ser reales o potenciales (de riesgo).

Hemos utilizado para su elaboración el libro de la NANDA⁽⁴⁴⁾ y están organizados por dominios y dentro de cada dominio a la clase a la que pertenecen.

Dominio 1. Promoción de la salud

Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar o la normalidad de la función.

- CLASE 2: Gestión de la salud: - Mantenimiento ineficaz de la salud.

Dominio 2. Nutrición

Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

- CLASE 1: Ingestión: - Deterioro de la deglución.
- CLASE 4: Metabolismo: - Riesgo de nivel de glucemia inestable.

Dominio 3. Eliminación e intercambio

Secreción y excreción de los productos corporales de desecho.

- CLASE 1: Función urinaria: Incontinencia urinaria refleja.
- CLASE 2: Función gastrointestinal: Incontinencia fecal
- Estreñimiento.

Dominio 4. Actividad/reposo

Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

- CLASE 1: Reposo/sueño: Trastorno del patrón del sueño.
- CLASE 2: Actividad/ejercicio: Deterioro de la movilidad física.

Deterioro de la movilidad en la cama.

Deterioro de la habilidad para la traslación.

Deterioro de la ambulación.

- CLASE 4: Resp. cardiovascular/pulmonar.

Riesgo de perfusión cerebral ineficaz.

Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca.

Riesgo de disminución de perfusión renal ineficaz.

- CLASE 5: Autocuidado:

Déficit de autocuidado: alimentación.

Déficit de autocuidado: baño.

Déficit de autocuidado: uso del inodoro.

Déficit de autocuidado: vestido.

Dominio 5. Percepción/Cognición

Sistema de procesamiento de la información humana que incluye atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

- CLASE 3: Sensación/percepción:

Trastorno de la percepción (cenestésica y táctil).

- CLASE 5: Comunicación:

Deterioro de la comunicación verbal.

Dominio 6. Auto percepción

Conciencia del propio ser.

- CLASE 2: Autoestima:

Riesgo de impotencia.

Dominio 7. Rol/Relaciones

Conexiones y asociaciones positivas y negativas entre personas o grupo de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.

- CLASE 2: Relaciones familiares:

Interrupción de los procesos familiares.

- CLASE 3: Desempeño del rol:

Deterioro de la interacción social.

Dominio 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.

- CLASE 2: Respuestas de afrontamiento:

Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.

Dominio 11. Seguridad/Protección

Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, prevención de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.

- CLASE 1: Infección:

Riesgo de infección.

- CLASE 2: Lesión física:

Deterioro de la integridad cutánea.

Riesgo de aspiración.

Riesgo de caídas.

Riesgo de disfunción neurovascular periférica.

Riesgo de lesión.

Riesgo de traumatismo.

Riesgo de deterioro de La integridad cutánea.

PLANIFICACIÓN

Tercera fase de nuestro plan. Hemos valorado los datos y establecidos los diagnósticos y vamos a organizar nuestros cuidados, siempre priorizando los problemas de salud basándonos en las necesidades de la paciente.

Hemos analizado todos los diagnósticos y vamos a centrarnos en los que se detallan a continuación procediendo a establecer sus objetivos (NOC), las intervenciones (NIC) y las actividades necesarias para conseguirlos, y con los

indicadores valoraremos la eficacia de nuestras intervenciones. Implica la toma de decisiones y la solución de problemas.

Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)⁽⁴⁴⁾

Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

Características definitorias: Incapacidad para asumir la responsabilidad de llevar a cabo las prácticas básicas de salud (3620).

Factores relacionados:

- Habilidades para la comunicación deficientes (3623).
- Falta parcial de habilidades motoras finas (1824).
- Falta parcial de habilidades motoras gruesas (1825).

Criterios de resultados (NOC)^(45,46,47)

- NOC. Nivel de autocuidado (0313)

Indicadores⁽⁴⁷⁾:

Mantiene higiene personal (03309): 2 sustancialmente comprometido.

Se alimenta (04946): 2 sustancialmente comprometido.

Controla su propia medicación no parenteral (01115): 2 sustancial. Comprometido.

- NOC. Autogestión de los cuidados (1613)

Indicadores⁽⁴⁷⁾:

Obtiene los recursos necesarios (03737): Nunca demostrado.

Intervenciones (NIC)^(45,47,48)

- Ayuda al autocuidado (1800).
- Manejo de la medicación (2380).
- Manejo de la nutrición (1100).

Actividades^(47,48,49)

- Proporcionar la ayuda necesaria hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados (09505).

- Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo (03918).
- Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes en el ambiente (03645).
- Determinar en colaboración con el dietista el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación (03706).

Deterioro de la deglución (00103)

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

Características definitorias: Atragantamiento (300).

Factores relacionados: Deterioro neuromuscular (996).

Criterios de resultados (NOC).

- NOC.- Estado de deglución (1010).

Indicadores:

Atragantamiento, tos o náuseas (00371): 3 Moderadamente comprometido.

Momento del reflejo de deglución (03503):3 Moderadamente comprometido.

- NOC.- Prevención de la aspiración (1918).

Indicadores:

Identifica factores de riesgo (02728): 3 Nunca demostrado.

Intervenciones (NIC)

- Precauciones para evitar la aspiración (3200).
- Alimentación enteral por sonda (1056).

Actividades:

- Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica (02470).
- Romper o desmenuzar las píldoras antes de su administración (10781).

- Elevar y mantener el cabecero de la cama elevado durante 30 a 45 minutos después de la alimentación (7702).
- Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación. (11393).
- Comprobar si la ingesta de calorías, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales es adecuada con el dietista (02581).

Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)

Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa en sangre.

Factores de riesgo: Nivel de actividad física (2711).

Estado de salud física (1408).

Criterios de resultados (NOC).

- NOC.- Nivel de glucemia (2300).

Indicadores:

Concentración sanguínea de glucosa (00871): Sin desviación del rango normal.

Cetonas en orina (00705): Sin desviación del rango normal.

Intervenciones (NIC)

- Muestra de sangre capilar (4035).
- Manejo de la medicación (2380).
- Manejo de la hiperglucemia (2120).
- Manejo de la hipoglucemia (2130).

Actividades:

- Utilizar técnicas asépticas en la punción (11320).
- Vigilar los niveles de glucosa en sangre (11679).
- Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo (03918).
- Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas (08573).
- Determinar signos y síntomas de la hipoglucemia (04033).

Incontinencia urinaria refleja (00018)

Pérdida involuntaria de orina a intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen vesical específico.

Características definitorias: Falta de sensación de micción (1806).

Factores relacionados: Deterioro neurológico (993).

Criterios de resultados (NOC).

- NOC.- Eliminación urinaria (0503).

Indicadores:

Cantidad de orina (00640): No comprometido.

Color de la orina (00762): No comprometido.

Patrón de eliminación (03925): No comprometido.

- NOC.- Continencia urinaria (0502)

Indicadores:

Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina (00678): Alguna vez.

Capaz de manejar la ropa de forma independiente (00679): Nunca demostrado.

- NOC.- Integridad tisular: piel y membranas (1101).

Indicadores:

Integridad de la piel (03026): No comprometido.

Hidratación (02648): No comprometido.

Intervenciones (NIC)

- Manejo de la eliminación urinaria (0590).
- Entrenamiento de la vejiga urinaria (0570).
- Cuidados de la incontinencia urinaria (610).
- Cuidados perineales (1750).
- Vigilancia de la piel (3590).

Actividades:

- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, si procede (03119).
- Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria (8588).
- Expresar confianza en la posibilidad de mejorar la continencia (05959).
- Ayudar a seleccionar la prenda/compresa de incontinencia para el manejo a corto plazo mientras se determina un tratamiento más definitivo (01469).
- Ayudar con la higiene (01856).
- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas (08428).

Incontinencia fecal (00014)

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

Características definitorias: Incapacidad para retrasar la defecación (2154).

Incapacidad para reconocer la urgencia de defecar (2144).

Factores relacionados: Pérdida de control del esfínter rectal (2870).

Deterioro de la capacidad de contener las heces (933).

Criterios de resultados (NOC).

- NOC.- Continencia intestinal (0500)

Indicadores:

Tono esfinteriano adecuado para el control de la defecación (05467): Rara vez.

Responde a la urgencia de manera oportuna (04718): Alguna vez identifica la urgencia para defecar (02739): Alguna vez.

- NOC.- Eliminación intestinal (0501).

Indicadores:

Tono esfinteriano (05466): Moderadamente comprometido.

- NOC.- Integridad tisular: piel y membranas (1101).

Indicadores:

Integridad de la piel (03026): No comprometido.

Intervenciones (NIC)

- Entrenamiento intestinal (0440).
- Ayuda con los autocuidados: aseo (1804).
- Cuidados de la incontinencia intestinal (0410).
- Manejo intestinal (0430).
- Vigilancia de la piel (3590).

Actividades:

- Planificar un programa intestinal con el paciente y demás personas relacionadas (09092).
- Ayudar al paciente en el aseo/cuña (01792).
- Proporcionar pañales de incontinencia (09812).
- Mantener la cama y la ropa de cama limpia (07739).
- Controlar los movimientos intestinales incluyendo la frecuencia, consistencia (03066).
- Controlar la integridad cutánea del paciente (02955).

Estreñimiento (00011)

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

- Características definatorias: Cambios en el patrón intestinal (490).
- Incapacidad para eliminar las heces (2086).
- Factores relacionados:
 - Cambio en el patrón de alimentación habituales (443).
 - Actividad física insuficiente (44).
 - Cambios ambientales recientes (464).

Criterios de resultados (NOC).

- NOC.- Eliminación intestinal (501)

Indicadores:

- Estreñimiento (02059): Moderado.
- Ruidos abdominales (04832): No comprometido.
- Patrón de eliminación (03925): Moderadamente comprometido.

Intervenciones (NIC)

- Manejo intestinal (0430).
- Manejo estreñimiento-impactación (0450).
- Manejo de la nutrición (1100).

Actividades:

- Controlar los movimientos intestinales, la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color (03066).
- Observar si hay sonidos intestinales (08604).
- Obtener un estimulante para las heces, si procede (08864).
- Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda (00206).
- Determinar en colaboración con el dietista, el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios (03706).

Trastorno del patrón de sueño (00198)

Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.

Características definitorias:

- Cambios en el patrón del sueño (489).
- Informes de haberse despertado (3836).

Factores relacionados: Interrupciones, p.ej. administración de terapias (3840).

- Iluminación (3842).
- Ruidos (3843).

Resultados (NOC)

- NOC.- Sueño (0004)

Indicadores:

- Duerme toda la noche (01657): levemente comprometido.
- Patrón del sueño (03935) levemente comprometido.

Intervenciones (NIC)

- Mejorar el sueño (1850).
- Manejo ambiental (6482).

Actividades:

- Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo (05662).
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo (03245).
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño (00465).
- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente (00471).
- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales (10492).

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 capacidad para habilidades motoras finas (2478).
- Limitación de la capacidad para habilidades motoras groseras (2480).
- Limitación de la amplitud de movimientos (4027).
- Inestabilidad postural (2216).

Factores relacionados: Deterioro neuromuscular (995).

Criterios de resultados (NOC)

- NOC.- Movilidad (0208)

Indicadores:

- Movimiento articular (03537): 3 Moderadamente comprometido
- Movimiento muscular (03555): 3 Moderadamente comprometido
- Se mueve con facilidad (05026): 3 Moderadamente comprometido.
- Mantenimiento de la posición corporal (03245): 3 Moderadamente comprometido.
- Mantenimiento del equilibrio (03266): 2 Sustancialmente comprometido.
- NOC.- Movimiento coordinado (0212)

Indicadores:

- Control del movimiento (01038):2 Sustancialmente comprometido.
- Tono muscular (05468): 3 Desviación moderada de rango normal.

Intervenciones (NIC)

- Fomentar mecanismos corporales (0140).
- Cambio de posición (0840).
- Vigilancia: seguridad (6654).
- Prevención de caídas (6490).
- Terapia de ejercicios: control muscular (0226).
- Terapia de ejercicios: movilidad articular (0224).

Actividades:

- Disponer la utilización de colchones/sillas o almohadas (04280).
- Utilizar los principios de la mecánica corporal junto con el manejo seguro del paciente y ayudar para el movimiento (11262).
- Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados (02289).
- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas (06580).
- Incorporar actividades de la vida diaria en el protocolo de ejercicios (11847).
- Colaborar con fisioterapeutas en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios (11829).

Deterioro de la movilidad en la cama (00091)

Limitación del movimiento independiente para cambiar de postura en la cama.

Características definitorias: Deterioro de la habilidad para deslizarse o cambiar de posición en la cama (955)

Factores relacionados: Deterioro neuromuscular (995)

Criterios de resultados (NOC)

- NOC.- Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (0204)

Indicadores:

Úlceras por presión (05531): Ninguno.

- NOC.- Movilidad (0208)

Indicadores:

Se mueve con facilidad (05026):3 Moderadamente comprometido.

Intervenciones (NIC)

- Cambio de posición (0840).
- Cuidados del paciente encamado (0740).
- Fomento de los mecanismos corporales (140).

Actividades:

- Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados (02289).
- Colocar en la posición terapéutica especificada (02218).
- Fomentar ejercicios activos o pasivos con un margen de movimientos (06376).
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas (7777).
- Vigilar el estado de la piel (11541).
- Subir las barandillas (10948).
- Ayudar con las medidas de higiene (01862).
- Ayudar con las actividades de la vida diaria (01861).

Deterioro de la habilidad para la traslación (00090)

Limitación del movimiento independiente entre dos superficies cercanas.

Características definitorias:

- Incapacidad para trasladarse de la cama a la silla (2167).
- Incapacidad para trasladarse de la silla a la cama (2168).

Factores relacionados: Deterioro neuromuscular (995).

Criterios de resultados (NOC)

- NOC.- Realización de la transferencia (210)

Indicadores:

- Traslado de la cama a la silla (05489). Moderadamente comprometido.
- Traslado de la silla a la cama (05490). Moderadamente comprometido.
- Traslado de una sup a otra estando echado (05493). Moderadamente comprometido.

Intervenciones (NIC)

- Cambio de posición (0840).
- Fomento de los mecanismos corporales (0140).

- Fomento del ejercicio (0200).
- Prevención de caídas (6490).
- Ayuda autocuidados: transferencia (1806).

Actividades:

- Revisar en la historia las órdenes de actividad (10742).
- Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente (04480).
- Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, si procede (07120).
- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas (06580).
- Bloquear las ruedas de las sillas, camas, u otros dispositivos en la transferencia (01944).
- Observar la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa (08259).

Deterioro de la ambulación (00088)

Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.

Características definitorias: Deterioro de la habilidad para caminar las distancias requeridas (959).

Factores relacionados: Deterioro neuromuscular (995).

Este diagnóstico no se desarrolla porque actualmente la enferma sólo se levanta al sillón.

Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201)

Riesgo de disminución de la circulación tisular cerebral.

Factores de riesgo:

- Fibrilación auricular (3895).
- Hipertensión (1961).
- Hipercolesterolemia (3901).

No abordamos esta etiqueta diagnóstica por falta de desarrollo de la misma.

Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca (00200)

Riesgo de disminución de la circulación cardíaca (coronaria).

Factores de riesgo:

- Diabetes mellitus (3699).

- Hiperlipidemia (3871).
- Hipertensión (1961).

Esta etiqueta diagnóstica no está desarrollada por lo cual no nos ocupamos de ella.

Riesgo de perfusión renal ineficaz (00203)

Riesgo de disminución de la circulación sanguínea renal que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo:

- Diabetes mellitus (3699).
- Hiperlipidemia (3871).
- Hipertensión (1961).

La falta de desarrollo de esta etiqueta diagnóstica hace que no la abordemos.

Déficit de autocuidados: 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 (2111).
- Incapacidad para manejar los utensilios (2112).
- Incapacidad para deglutir los alimentos (2082).
- Incapacidad para masticar la comida (2120).

Factores relacionados: Deterioro neuromuscular (995).

Criterios de resultados (NOC)

- NOC Autocuidados: comer (0303)

Indicadores:

Maneja utensilios (03223): 2 Sustancialmente comprometido.

Se lleva comida a la boca con utensilios (05020): 2 Sustancial. Comprometido.
Mastica la comida (03394): 3 Moderadamente comprometido.

Deglute la comida (01265): 3 Moderadamente comprometido.

Traga líquidos (05484): Sustancialmente comprometido.

- NOC Estado de deglución (1010)

Indicadores:

- Atragantamiento, tos o náuseas (00371): 3 Moderado.
- Momento del reflejo de deglución (03503): 3 Moderadamente comprometido.

Intervenciones (NIC)

- Ayuda con los autocuidados: alimentación (1803).
- Alimentación enteral por sonda (1056).
- Cambio de posición (0840).
- Manejo de la nutrición (1100).
- Precauciones para evitar la aspiración (3200).

Actividades:

- Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible (02118).
- Mantener el equipo de aspiración disponible (07711).
- Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica antes de la alimentación (02470).
- Romper o desmenuzar las píldoras antes de su administración (10781).
- Mantener el cabecero elevado durante 30-45 min. después de la alimentación (07702).
- Determinar con el dietista, el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios (03706).
- Establecer una rutina de cuidados bucales (05415).

Déficit de autocuidado: baño (00108)

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

Características definatorias:

- Incapacidad para lavarse el cuerpo (2104).
- Incapacidad para secarse el cuerpo (2163).

Factores relacionados: Deterioro neuromuscular (995).

Criterios de resultados (NOC)

- NOC Autocuidados: baño (0301)

Indicadores:

- Se lava la parte inferior del cuerpo (05009): 2 Sustancialmente comprometido.
- Se lava la parte superior del cuerpo (05010): 2 Sustancialmente comprometido.
- Seca el cuerpo (05059): 2 Sustancialmente comprometido.

- NOC Autocuidados: higiene (0305)

Indicadores:

- Mantiene la higiene corporal (03329):2 Sustancialmente comprometido.

- NOC Autocuidados: higiene bucal (0308)

Indicadores:

Se cepilla los dientes (04970): 2 Sustancialmente comprometido.

Intervenciones (NIC)

- Ayuda autocuidados: baño/higiene (1801).
- Baño (1610).
- Mantenimiento de la salud bucal (1710).
- Vigilancia de la piel (3590).

Actividades:

- Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable (10060).
- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada (03722).
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir los autocuidados. (9505).
- Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca (1008).
- Establecer una rutina de cuidados bucales (05415).
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, s/p (942).
- Controlar la integridad cutánea del paciente (02955).

Déficit de autocuidado: uso del inodoro (00110)

Deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí mismo las actividades de evacuación.

Características definatorias:

- Incapacidad para realizar la higiene adecuada tras evacuar (2139).
- Incapacidad para manipular la ropa para la evacuación (2114).

- Incapacidad para llegar al inodoro (2110).

Factores relacionados: Deterioro neuromuscular (995).

Criterios de resultados (NOC)

- NOC.- Autocuidado: uso del inodoro (0310)

Indicadores:

- Se limpia después de orinar o defecar (05014): 2 Sustancial comprometido.
- Se coloca en el inodoro o en el orinal (04972): 2 Sustancialmente comprometido.

Intervenciones (NIC)

- Ayuda autocuidados: aseo (1804).
- Cuidados de la incontinencia intestinal (0410).
- Cuidados de la incontinencia urinaria (0610).

Actividades:

- Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación (06084).
- Ayudar al paciente en el aseo/cuña/cuña a intervalos especificados (01792).
- Proporcionar pañales de incontinencia (09812).
- Mantener la cama y la ropa de cama limpias (07739).
- Proporcionar intimidad para la evacuación (09729).
- Controlar la integridad cutánea del paciente (02955).

Déficit de autocuidado: vestido (00100)

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

Características definitorias:

- Incapacidad para coger y ponerse la ropa (947).
- Incapacidad para quitarse la ropa (948).

Factores relacionados: Deterioro neuromuscular (995).

Criterios de resultados (NOC)

- NOC.- Autocuidados: vestir (0302).

Indicadores:

- Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo (05032):2 Sustancialmente comprometido.
- Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo (05033):2 Sustancialmente comprometido.
- Se quita la ropa (05042): 2 Sustancialmente comprometido.

Intervenciones (NIC)

- Ayuda con autocuidados: vestir/arreglo personal (1802).
- Vestir (1630).

Actividades:

- Disponer las prendas del paciente en una zona accesible (04284).
- Vestir al paciente después de completar la higiene personal (11518).
- Fomentar el uso de mecanismos para el autocuidado, si procede (06281).
- Vestir al paciente con ropas que no le aprieten (11517).
- Facilitar el peinado del cabello del paciente (06030).

Trastorno de la percepción sensorial: cenestésica y táctil (00122)

Cambio en la cantidad o en el patrón de los estímulos que percibe acompañado por una respuesta disminuida, exagerada, distorsionada o deteriorada a los mismos.

Características definitorias: Cambio en las respuestas usuales a los estímulos (454).

Cambios en la agudeza sensorial (4050).

Factores relacionados: Alteración de la recepción sensorial (142).

Criterios de resultados (NOC).

- NOC Función sensitiva: propioceptiva (2402)

Indicadores:

Sentido del equilibrio (05122): 3 Desviación moderada de rango normal.

- NOC Función sensitiva cutánea (2400)

Indicadores:

Discriminación de estímulos nocivos (01499):3 Desviación moderada.

Intervenciones (NIC)

- Fomentar los mecanismos corporales (0140).
- Fomento del ejercicio (0200).
- Manejo de la sensibilidad periférica alterada (2660).
- Contacto (5460).

Actividades:

- Comprobar la discriminación filo/romo o calor/frío (02476).
- Observar si hay parestesia: entumecimiento, hormigueos, híper e hipoestesia (08488).
- Utilizar dispositivos de alivio de la presión, si procede (11166).
- Animar al paciente a que utilice la parte corporal no afectada para determinar la temperatura de la comida, líquidos, agua del baño, etc. (00793).
- Animar al paciente a que utilice la parte corporal no afectada para identificar la localización y la textura de los objetos (00794).

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 (2733).
- Dificultad para mantener patrón de comunicación habitual (1047).
- Factores relacionados: Disminución de la circulación cerebral (1085).

Criterios de resultados: (NOC)

- NOC Comunicación (0902)

Indicadores:

- Utiliza el lenguaje escrito (05635): 2 Sustancialmente comprometido.
- Utiliza el lenguaje hablado (05636): 2 Sustancialmente comprometido.
- Utiliza el lenguaje no verbal (05639): 3 Moderadamente comprometido.

Intervenciones (NIC)

- Mejorar la comunicación: déficit del habla (4976).
- Contacto (5460).

- Disminución de la ansiedad (5820).

Actividades:

- Permitir que el paciente oiga lenguaje hablado con frecuencia (09048).
- Disponer guías/recordatorios verbales (04248).
- Animar al paciente a que repita las palabras (00780).
- Reforzar la necesidad de seguimiento con un foniatra después del alta (10363).
- Explicar todos los procedimientos (05917).
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo (09030).
- Crear un ambiente que facilite la confianza (03242).

Riesgo de impotencia (00152)

Riesgo de percibir falta de control sobre la situación y/o sobre la propia capacidad para influir en el resultado de forma significativa.

Factores de riesgo: Enfermedad (1326).

Estilo de vida dependiente (0845).

Criterios de resultados (NOC)

- NOC.- Autonomía personal (1614)

Indicadores:

Participa en las decisiones de los cuidados de salud (03871) Alguna vez demos.

- NOC.- Creencias sobre la salud: percepción de control (1702)

Indicadores:

Creer que las propias acciones controlan los resultados sobre la salud (01155): moderadamente.

Intervenciones (NIC)

- Potenciación de la autoestima (5400).
- Apoyo emocional (5270).
- Disminución de la ansiedad (5820).
- Facilitar el aprendizaje (5520).
- Enseñanza: individual (5606).

Actividades:

- Animar al paciente a identificar sus virtudes (00732).
- Recompensar o alabar el progreso del paciente en el logro de objetivo s(10282).
- Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos (00747).
- Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros (01511).
- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad (11346).
- Crear un ambiente que facilite la confianza (3242).
- Utilizar un lenguaje familiar (11354).

Interrupción de los procesos familiares (00060)

Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar.

Características definitorias:

- Cambio en las tareas asignadas (512).
- Cambio en los patrones de comunicación (515).

Factores relacionados:

- Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia (441).
- Cambio en los roles familiares (438).

Criterios de resultados (NOC)

- NOC: Apoyo familiar durante el tratamiento (2609).

Indicadores:

Los miembros de la familia animan al miembro enfermo (03186). Siempre demos.

Los miembros de la familia preguntan si pueden ayudar (03191) Siempre demostrado.

Los miembros de la familia proporcionan contacto al miembro enfermo (03192). Siempre demostrado.

- NOC Clima social de la familia (2601).

Indicadores:

- Mantiene relaciones con la familia extensa (03354): A veces demostrado.
- Mantiene relaciones con los amigos (03355): A veces demostrado.

Intervenciones (NIC)

- Facilitar la presencia de la familia (7170).
- Fomentar la implicación familiar (7110).
- Mantenimiento procesos familiares (7130).

Actividades:

- Determinar las necesidades de apoyo emocional, físico, psicosocial y espiritual del paciente y de la familia, y tomar las medidas oportunas para satisfacer dichas necesidades (03883).
- Establecer una relación personal con el paciente y la familia (05409).
- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado (06615).
- Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse con el paciente (06622).
- Facilitar la flexibilidad de las visitas para cumplir con las necesidades de los miembros de la familia y el paciente (06081).
- Informar sobre los mecanismos de apoyo sociales existentes para la familia (07061).

Deterioro de la interacción social (00052)

Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.

Características definitorias.- Observación de incapacidad para transmitir una sensación.

Factores relacionados.- Barreras comunicación.

Este diagnóstico actualmente no es prioritario y queda desarrollado con el anterior.

Riesgo de infección (00004)

Aumento del riesgo de ser invadido por organismos patógenos.

Factores de riesgo: Defensas primarias inadecuadas, herida cuero cabelludo (4001).

Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos (309).

Procedimientos invasivos (3008).

Criterios de resultados (NOC).

- NOC.- Curación de la herida, por primera intención (1102).

Indicadores:

Aumento de la temperatura cutánea (00388): Ninguno.

Edema perilesional (01673): Ninguno.

Intervenciones (NIC).

- Cuidados de las heridas (3660).
- Cuidados de sitio de incisión (3440).
- Identificación de riesgos (6610).
- Protección contra las infecciones (6550).

Actividades:

- Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje (07160).
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio en la herida (02392).
- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada (08330).
- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo (07795).
- Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión (11576).
- Limpiar la zona que rodea la incisión con una sol. antiséptica apropiada (07637).

Riesgo de aspiración (00039)

Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones, sólidos o líquidos.

Factores de riesgo:

- Sondaje gastrointestinal (3456).
- Alimentación por sonda (112).
- Depresión reflejo nauseoso (849).
- Deterioro de la deglución (952).

Criterios de resultados (NOC)

- NOC.- Estado de deglución (1010)

Indicadores:

- Atragantamiento, tos: 3 Moderadamente comprometido.
- Momento del reflejo de deglución: 3 Moderadamente comprometido.

- NOC.- Prevención de la aspiración (1918)

Indicadores:

- Tolera la alimentación enteral sin aspirar: Habitualmente.
- Evita factores de riesgo: Habitualmente.

Intervenciones (NIC)

- Precauciones para evitar la aspiración (3200).
- Alimentación enteral por sonda (1056).
- Cambio de posición (0840).
- Vigilancia (6650).

Actividades:

- Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible (02118).
- Mantener el equipo de aspiración disponible (07711).
- Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica antes de la alimentación (02470).
- Romper o desmenuzar las píldoras antes de su administración (10781).
- Mantener el cabecero elevado durante 30-45 min. después de la alimentación (07702).
- Parar la alimentación por sonda 1 hora antes de realizar algún procedimiento o si el paciente se ha de colocar en una posición la cabeza a menos de 30° (08979).
- Irrigar la sonda cada 4 a 6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente (07531).
- Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación (11393).
- Preparar al individuo y a la familia para la alimentación por sonda en casa, si procede (09207).

Riesgo de caídas (00155)

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

Factores de riesgo:

- Edad superior a 65 años (1220).
- Deterioro de la movilidad física (973).

Medicación hipertensiva (70).
Incontinencia (2201).

Criterios de resultados (NOC)

- NOC.- Conducta de prevención de caídas (1909)

Indicadores:

- Colocación de barreras para prevenir caídas (00744). Siempre demostrado.
- Uso correcto de dispositivos de ayuda (05540) Siempre demostrado.
- Adaptación de la altura adecuada de la cama (00140) Siempre demostrado.
- NOC.- Conocimiento: prevención caídas (1828).

Indicadores:

Cuándo pedir ayuda personal (01163): Algún conocimiento.

Intervenciones (NIC):

- Manejo ambiental: seguridad (6486).
- Prevención de caídas (6490).
- Vigilancia (6650).
- Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (5612).

Actividades:

- Identificar las necesidades de seguridad del paciente (06684).
- Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente, físicos (0675).
- Disponer dispositivos de adaptación para aumentar la seguridad del ambiente (04233).
- Bloquear las ruedas de las sillas, camas, etc. en la transferencia del paciente (01944).
- Observar la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa (08259).
- Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente (11247).
- Usar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama (11140).

Riesgo de disfunción neurovascular periférica (00086)

Riesgo de sufrir una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad.

Factores de riesgo: Inmovilización.

Criterios de resultados (NOC)

- NOC.- Perfusión tisular periférica (0407)

Indicadores:

- Edema periférico (01671) Ninguno.
- Temperatura de extremidades (05404) Sin desviación de rango normal.

Intervenciones (NIC)

- Precauciones circulatorias (4070).
- Vigilancia de la piel (3590).

Actividades:

- Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica, comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad (10193).
- Evitar infecciones en heridas (05661).
- Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre (07859).

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:

- Humanos (2926).
- Físicos (1854).
- Disfunción sensorial (1074).
- Alteración de la movilidad (1855).

Criterios de resultados (NOC)

- NOC.- Conducta de seguridad., ambiente físico del hospital.
- NOC.- Conducta de seguridad personal (1911).

Indicadores: Controla los factores de riesgo: 4 a menudo.

Intervenciones (NIC)

- Manejo ambiental, seguridad (6486).
- Identificación de riesgos (6610).
- Vigilancia: seguridad (6654).

Actividades:

- Identificar las necesidades de seguridad del paciente (06684).
- Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente, físicos (06750).
- Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible (4516).
- Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes en el ambiente (03645).

Riesgo de traumatismo (00038)

Aumento del riesgo de lesión tisular accidental.

Factores de riesgo:

- Externos: sillas defectuosas, dispositivos mal estado, etc.
- Internos: debilidad, tacto reducido, falta equilibrio, coordinación.

Criterios de resultados (NOC)

- NOC.- Conducta de seguridad, personal (1911)

Indicadores:

Evita comportamientos de alto riesgo: 5 habitualmente.

- NOC.- Integridad tisular, piel y membranas mucosas (1101)

Intervenciones (NIC)

- Manejo ambiental, seguridad (6486).
- Vigilancia seguridad (6654).
- Ayuda autocuidados (1800).
- Identificación de riesgos (6610).

Actividades:

- Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente, físicos, etc. (06750).
- Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible (04516).
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos (07957).
- Comprobar la movilidad y actividad del paciente (02502).
- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo estable, escala de Braden (11377).
- Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libres de presiones continuas (11258).

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)

Riesgo de alteración cutánea adversa.

Factores de riesgo:

- Externos: excreciones, humedad, presión, inmovilización, hidratación.
- Internos: herida, prominencias óseas, alteración de la sensibilidad, etc.

Criterios de resultados (NOC)

- NOC.- Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (0204)

Indicadores:

Úlceras por presión (05531): 5 Ninguno.

- NOC.- Curación de la herida: por primera intención (1102).

Indicadores:

Formación de cicatriz (02431): 5 amplia.

- NOC.-Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)

Indicadores:

- Hidratación (02648): 5 No comprometido.
- Integridad de la piel (03026): 5 No comprometido.
- Sensibilidad: 3 Moderadamente comprometido.

Intervenciones (NIC)

- Cuidados del paciente encamado (0740).
- Cuidados de las heridas (3660).
- Protección contra las infecciones (6550).
- Vigilancia de la piel (3590).
- Prevención de las úlceras por presión (3540).

Actividades:

- Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado (02185).
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas (07777).
- Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo (11375).
- Monitorizar las características de la herida (08039).

- Observar si hay zonas de presión y fricción (08618).
- Aplicar protectores para los codos y los talones, (00970).
- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada (08330).
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro (01115).

EJECUCIÓN

Ponemos en práctica todo lo que hemos planificado, llevamos a cabo todas las acciones.

EVALUACIÓN

Analizamos los objetivos planteados y los conseguidos a través de los indicadores y así determinamos el progreso de la paciente y la eficacia de nuestro plan.

El paciente ha logrado la mayoría de los objetivos esperados, presentando mayor dificultad en el deterioro de la comunicación verbal por lo cual sería necesario un logopeda y en cuanto a la movilidad es necesario empezar a bajar al gimnasio. Alguna vez controla esfínteres y también ha mejorado la deglución. Continúa siendo dependiente pero ya puede realizar alguna actividad

DESARROLLO PLAN CUIDADOS ACVA 3: EN DOMICILIO

SITUACIÓN ACTUAL

Su hija solicita visita a domicilio a la enfermera de Atención Primaria, para su madre María que ha sido dada de alta del hospital tras sufrir un ACVA de hemisferio izquierdo.

Está muy preocupada, porque su madre esta triste, necesita ayuda para movilización, AVD (bañarse, aseo, vestirse, alimentarse, etc.). No sabe si va a ser capaz de cuidarla ella sola, ahora ha pedido permiso en el trabajo, pero tendrá que volver a trabajar y su madre no puede manejarse sola. También le comenta que necesita controles de TA, glucemia, control de Sintrom.

La enfermera concierta cita para acudir a domicilio. Antes de acudir revisa Hª de María, para ver antecedentes y problemas previos.

VALORACIÓN

Se trata de la recogida de datos de forma continua del estado del paciente. Los objetivos de esta fase es obtener información veraz de la salud del paciente, con el fin de poder planificar individualmente los cuidados. Se recogen datos objetivos y subjetivos. Se detectan necesidades y problemas

Las fuentes de información van a ser: paciente, familia, Hª médica, etc. La recogida de datos se realiza mediante la observación, conversación informal, cambio de impresiones, entrevista, examen físico, revisión historial, información de otros profesionales que participan en el cuidado y tratamiento.

Exploración física

- Talla: 160 cm
- Peso: 65 Kg
- TA: 138/ 80
- FC: 80 lpm
- Tª: 36.5°C
- Glucemia capilar: 138 mg/dl antes de comida.
- INR: 2.3
- Buena coloración e hidratación de piel y mucosas.
- Consciente, orientada, alerta, colaboradora.
- Ligero edema de MMII.
- Hemiparexia del lado derecho.
- Dificultad para expresarse, no problemas de comprensión.

Valoración por Patrones Funcionales de Gordon⁽⁴³⁾

Los Patrones Funcionales de Salud, surgen de la evolución entre el cliente y el entorno. Cada patrón es una expresión de integración psicosocial. Ningún patrón puede comprenderse sin el conocimiento de los restantes. Los patrones están influidos por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales. Los patrones disfuncionales (descritos por los diagnósticos enfermeros), pueden aparecer con la enfermedad o conducir a ella.

Patrón 1. Manejo - percepción de la salud

Ha padecido las enfermedades propias de la infancia, no intervenciones quirúrgicas.

Con antecedentes de hipertensión, diabetes tipo II y FA.

Ingreso hospitalario por ACVA, dada alta en hospital para seguir cuidados en domicilio.

No alergias medicamentos ni alimentos.

Se vacuna regularmente de la gripe, y acude a los controles de TA, glucemias y control de Sintrom.

No fuma, no alcohol, ni drogas.

- Describe su estado de salud como bastante malo, no se ha recuperado bien, y piensa que no se va a recuperar nunca como estaba antes de que le ocurriera el ACVA.
- Conoce la dieta que debe realizar y ejercicio adecuado a su situación, aunque piensa que le va a ser muy difícil realizarlo.
- Medicación prescrita:
 - ✓ Enalapril 20: 1 comp c/24 hora en De.
 - ✓ Metformina 850 mg 1 comp c/12 horas, en De y Ce.
 - ✓ Simvastatina 20 mg 1 comp c/24 horas en la cena.
 - ✓ Sintrom según control de coagulación.
 - ✓ Paracetamol 1 gr c/8 horas: si dolor.
 - ✓ Ranitidina 150 mg 1 comp c/12 horas; De y Ce.

Patrón 2. Nutricional - metabólico

- Realiza 5 pequeñas comidas/día.
- Alimentos bajos en sal, pobres en grasa, ricos en residuos, bajo contenido HC.
- Tiene una ingesta de líquidos de 1.5 l/día.
- Tiene poco apetito, esta desganada, las comidas sin sal no le gustan.
- Dificultada para masticar, portadora de dentadura postiza.
- No problemas de deglución.
- No presencia de náuseas ni vómitos.
- Ha perdido un poco de peso durante el ingreso.
- Mantiene Tª dentro de límites normales.
- Piel limpia e hidratada, no presencia de heridas, lesiones ni ulcera.

Patrón 3. Eliminación

- Sudoración normal.
- Tiene pérdidas de orina frecuentes, y problemas para iniciar y cortar la orina.
- La orina es de color y olor normal.
- Diuresis de acuerdo con la ingesta de líquidos.

- No dolor ni escozor al orinar.
- Usa pañales para la incontinencia.
- Realiza deposición cada 2 días, consistencia dura, color normal.
- Le cuesta mucho llegar hasta el servicio, la taza esta muy baja por lo que le cuesta levantarse, y a veces se aguanta aunque tenga ganas.
- Tienen que pedirle a su hija que la acompañe y no quiere darle tanto trabajo.
- Necesita ayuda para usar inodoro y para la limpiarse después de usado.

Patrón 4. Actividad - ejercicio

- TA: 132/78, FC: 84 lpm, FR: 18 rpm.
- Dificultada para realizar las ACVD.
- Camina ayudada por andador y acompañada de familia, solo lo hace por casa, no se atreve a salir a la calle, se siente insegura.
- La mayoría del tiempo se lo pasa sentada en el sillón.
- Realiza pequeños paseos por el pasillo, varias veces/día.
- Le cuesta mucho caminar y mantener el equilibrio, le duelen las piernas y aunque toma paracetamol no le ayuda mucho.
- Necesita ayuda para el aseo, baño, acicalamiento, alimentarse.
- Buen estado respiratorio, presenta deficiencias músculo-esqueléticas y neurológicas (hemiparexia derecha).
- No realiza ninguna actividad de ocio, nada más que ver la tele.
- Se siente cansada, sin fuerzas.

Patrón 5. Reposo - sueño

- Duerme mejor que durante su estancia en el hospital, tarda menos en dormirse, pero se despierta varias veces en la noche.
- Duerme de 4-5 horas a intervalos por la noche, y suele echarse de 1/2 h a 1 hora de siesta.
- No se siente del todo descansada al despertar.
- Tiene problemas para acomodarse en la cama.
- Dolor de articulaciones, incomodidad por el pañal.

Patrón 6. Cognitivo - perceptual

- Usa gafas para leer, no problemas de audición.
- Tiene problemas con el lenguaje, dificultad para expresarse (disartria), sabe lo que quiere decir, pero no le salen las palabras deseadas.
- Las palabras que emite están deformadas, y ha eliminado las más complicadas.

- Utiliza un lenguaje simple, sin preposiciones, artículos.
- No tiene problemas de comprensión.
- Le es difícil concentrarse, y se siente insegura en la toma de decisiones.
- No se encuentra cómoda y tiene dolor, sobre todo de piernas y brazo, se lo nota pesado.
- Tiene algún problema de memoria, se acuerda de lo que ocurrió hace muchos años, pero a veces no recuerda lo que ha comido, o donde ha puesto las cosas.

Patrón 7. Autopercepción - autoconcepto

- Está enfadada, por sus problemas de movilidad, porque necesita ayuda para casi todo.
- No ha asumido bien los cambios en su cuerpo, dice que sólo es media mujer, debido a que tiene medio lado paralizado.
- Se siente con pocas fuerzas, inútil, no podrá ayudar a su hija, va a ser una carga para ella, cuando era ella quien la ayudaba.
- Casi no se reconoce, dice que ha envejecido 10 años.
- Ya no puede realizar las actividades de ocio, ni salir con sus amigas y vecinas a pasear, al Centro de la Tercera Edad.
- Esta aburrida, se pasa el día sentada, cuando ella era muy activa.

Patrón 8. Rol - relaciones

- Para ella la familia es muy importante, buenas relaciones con su hija., aunque antes era ella la que la ayudaba y ahora es ella quien necesita ayuda.
- Cambio de rol, era ella quien se ocupaba de las tareas domesticas porque su hija estaba trabajando, ahora no puede realizar esas tareas.
- Tiene amigas que la van apoyar y ayudar, aunque prefiere no ver a nadie porque ya no puede hacer lo hacia antes con ella, debido a la dificultad de expresión y de movilidad.
- Su hija esta preocupada, porque tiene miedo de dejarla sola y que le ocurra algo, aunque tiene buena disponibilidad y aceptara toda la ayuda que se le brinde para que su madre se recupere lo mejor y antes posible. La entristece verla así, cuando era una persona tan activa.
- Refiere que no sabe si va a ser capaz de darle los cuidados que necesita.
- Ha solicitado permiso en trabajo porque no puede dejarla sola en casa, pero esa situación no puede alargarse durante mucho tiempo.
- La estancia en el hospital ha sido muy dura para ella porque ha pasado muchas noches sin dormir, y se ha ido a trabajar.
- No puede salir con sus amigos, necesita llamar algún familiar, amigo o vecina para que se queden con su madre para poder salir a la calle (comprar, gestiones banco, etc.).
- Le cuesta mucho el manejo del lavado, movilización de su madre.

Patrón 9. Sexualidad - reproducción

- No hay antecedentes de problemas ginecológicos.
- Un embarazo.
- Menopausia a los 50 años.
- No mantiene relaciones sexuales desde que se quedó viuda.

Patrón 10. Afrontamiento - tolerancia al estrés

- No esta segura de poder afrontar los cambios que se han producido en su salud. Cuenta con el apoyo de su hija y de sus amigas.
- Se siente un poco triste.

Patrón 11. Valores - creencias

- Es católica, pero no muy religiosa.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA (2009-2011)^(44,47)

Identificación de problemas. Se analizan los datos e identifican los problemas reales y potenciales. También hay que identificar los recursos, que son esenciales para desarrollar un plan de cuidados.

Dominio 2: Nutrición Clase 4: Metabolismo

- Riego de nivel de glucemia inestable (00179).

Relacionado con disminución de actividad física y estado de salud física.

Dominio 3: Eliminación e intercambio. Clase 1: Función urinaria

- Incontinencia urinaria refleja (00018).

Relacionado con deterioro neurológico, y manifestado por incapacidad para iniciar y cortar la micción, pérdidas de orina involuntarias.

Dominio 3: Eliminación intercambio. Clase2: Función gastrointestinal

- Riesgo de estreñimiento (00015).

Relacionado con actividad física insuficiente y manifestada por cambios en el patrón habitual de evacuación, así como consistencia de heces.

Dominio 4: Actividad/reposo. Clase 1: reposo/sueño

- Trastorno del patrón del sueño (00198).

Relacionado con dolor, incomodidad y manifestado por cambios en el patrón de sueño, no sentirse bien descansado, despertarse varias veces y pocas horas de sueño.

Dominio 4: Actividad/reposo. Clase2. Actividad/ejercicio

- Déficit actividades recreativas (00097)

Relacionado con inactividad forzada por su hemiparexia y trastorno neurológico, manifestado por quejas verbales de que se aburre, no puede realizar actividades que realizaba habitualmente

- Deterioro de la ambulación (00088)

Relacionado con deterioro musculoesquelético y neuromuscular, manifestado por deterioro de la habilidad para caminar.

- Deterioro de la movilidad física (00085)

Relacionado con deterioro musculoesquelético y neuromuscular, manifestado por cambios en la marcha, inestabilidad postural y dolor

Dominio 4: Actividad/ejercicio. Clase: 5 Autocuidado

- Déficit autocuidado alimentación (00102)

Relacionado con deterioro musculoesquelético y neuromuscular, manifestado por incapacidad para preparar los alimentos para su ingestión, dificultad para utilizar utensilios para comer.

- Déficit autocuidado baño (00108)

Relacionado con deterioro musculoesquelético y neuromuscular y barreras ambientales, manifestado por incapacidad para acceder al cuarto de baño, lavarse el cuerpo, obtener utensilios de baño y secarse cuerpo

- Déficit autocuidado uso inodoro (00110)

Relacionado con deterioro musculoesquelético, neuromuscular y deterioro de la capacidad para el traslado, manifestado por incapacidad para llegar al inodoro, sentarse y levantarse y realizar aseo y limpieza después de usarlo

- Déficit autocuidado vestido (00109)

Relacionado con deterioro musculoesquelético y neuromuscular, manifestado por deterioro en la capacidad para quitarse y ponerse la ropa, abrocharse y desabrochársela, quitar y poner calcetines, atarse los zapatos.

Dominio 5: Percepción/cognición. Clase 5: Comunicación

- Deterioro de la comunicación verbal (00051)

Relacionado con trastorno neuromuscular, manifestado por afasia (dificultad para expresarse) y disartria (pronunciación difícil y deficiente del lenguaje).

Dominio 6: Auto percepción. Clase 1: Autoconcepto

- Impotencia (00125)

Relacionado con tratamiento de su enfermedad, manifestado por dependencia de otros para su autocuidado, no puede realizar actividades previas

Dominio 7: Rol/relaciones. Clase 1: Roles del cuidador

- Riesgo de cansancio del rol del cuidador (00062)

Relacionado con la percepción del cuidador de dificultad en el desempeño del rol, factores de riesgo: miembro de la familia dado de alta de hospital con importantes requerimientos de cuidados, cuidados de larga duración y falta de experiencia del cuidador

Dominio 7: Rol/ relaciones. Clase 2: Relaciones familiares

- Interrupción de los procesos familiares (00060)

Relacionado con cambio en los roles de la familia y estado de salud de un miembro, manifestado por cambios en las tareas asignadas, soporte mutuo y solución de problemas

Dominio 7: Rol/ Relaciones. Clase 3: Desempeño del rol

- Deterioro de la interacción social (00052)

Relacionado con dificultad para comunicarse y limitación de la movilidad física, manifestada por malestar en las situaciones sociales, no quiere que la visiten.

Dominio 11: Seguridad/ protección. Clase 2. Lesión física

- Riesgo de caídas (00155)

Relacionado con hemiparexia derecha.

- Riesgo de lesión (00035)

Relacionado con hemiparexia derecha.

- Riesgo de traumatismo (00038)

Relacionado con hemiparexia derecha.

Dominio 12: Confort. Clase 1: Confort físico

- Dolor crónico (00133)

Relacionado con hemiparexia derecha, manifestado por informes verbales de dolor y cambios en el patrón del sueño y disminución de la interacción con los demás.

PLANIFICACIÓN

Determinar prioridades inmediatas ¿Qué problemas requieren una actuación inmediata? ¿Cuáles pueden esperar? ¿En cuales hay que centrarse? ¿Cuáles puede delegar o referir a otros? ¿Cuáles requieren enfoque multidisciplinar?

Fijar los objetivos (resultados) esperados NOC. Determinar intervenciones NIC. Planificar actividades individualizadas y consensuados con paciente y familia.

Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)^(44,47)

Relacionado con la falta de actividad física, inapetencia.

No desarrollo diagnóstico porque actualmente mantiene cifras de glucemia dentro de límites aceptables. Recomiendo control de glucemias, si se produjese alteración, su hija avisara para valoración.

Incontinencia urinaria refleja (00018)^(44,47)

Relacionado con deterioro neurológico, y manifestado por incapacidad para iniciar y cortar la micción, pérdidas de orina involuntarias.

Resultados NOC^(45, 46)

- 0502 Continencia urinaria: control de la eliminación de la orina.
- 0503 Eliminación urinaria: acumulación y evacuación de orina.
- Integridad tisular: piel y mucosa.

Indicadores^(46,47)

- Presenta continencia urinaria: manifestada por los indicadores(del 1 al 5):

Nunca, rara vez, a veces, a menudo, habitualmente: 3 a veces.

- ✓ Micciona en el receptáculo adecuado.
- ✓ Micciona > 150ml cada vez.
- ✓ Mantiene un patrón de micción adecuado.
- ✓ Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina: 3 a veces.
- ✓ Pérdidas de orina entre micciones: 2 a menudo.
- ✓ Color de la orina, olor de la orina, sangre visible en la orina: 5 nunca.

Intervenciones NIC^(48, 45)

- 0600 Adiestramiento del hábito urinario.
- 0610 Cuidado de la incontinencia urinaria.
- 1750 Cuidado perineal.
- 0590 Gestión eliminación urinaria.

Actividades de enfermería^(49,47)

Enseñar al paciente y familia a mantener una buena higiene y una rutina de cuidados de la piel.

- Mantener la piel seca e hidratada, utilizando pomada antihumedad.
- Recordar al paciente que intente aguantar la evacuación.
- Ayudar la paciente a ir al baño y en la higiene después del baño.
- Enseñara la paciente y familia a reconocer síntomas de complicaciones de incontinencia para que pueda pedir ayuda al personal de atención primaria.
- Gestión de eliminación urinaria:
- Controlar la eliminación urinaria, estableciendo intervalos de evacuación basados en el patrón de evacuación y rutina usual.
- Ayudar al paciente a ir al baño.
- Facilitar ropa protectora y pañales.
- Adaptar ropa, para que se la pueda quitar rápida y fácilmente.

- Enseñarle a realizar ejercicios suelo pélvico para el fortalecimiento y entrenamiento de los músculos elevador del ano y urogenital mediante la contracción voluntaria y repetida para disminuir la incontinencia.

Riesgo de estreñimiento (00015)

Relacionado con actividad física insuficiente y cambios en el patrón habitual de evacuación, así como consistencia de heces.

Factores de riesgo:

- Cambios ambientales recientes.
- Disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal.
- Actividad física insuficiente.
- Uso inadecuado del inodoro (p.ej., falta de tiempo, postura para la defecación, privacidad).
- Ignorar de forma habitual la urgencia de defecar.

Resultados NOC

- 0310 Autocuidado uso del inodoro.
- 0501 Eliminación intestinal.

Indicadores:

- Mejoría del riesgo de estreñimiento, puesta de manifiesto por el estado de eliminación intestinal y autocuidado: uso del inodoro: 3 moderadamente comprometido.
- Demuestra eliminación intestinal, puesta de manifiesto por los siguientes indicadores (1 gravemente, 2 sustancialmente, 3 moderadamente, 4 levemente, 5 no comprometido): 3 moderadamente comprometido.
 - ✓ Hábito intestinal en el rango normal.
 - ✓ Heces blandas y formadas.
 - ✓ Evacuación sin ayuda.
- El paciente conoce los requerimientos dietéticos (líquidos, fibra, etc.) necesarios para mantener el hábito intestinal habitual; 4 levemente comprometido.
- Evacuación de heces con la consistencia y frecuencia habitual 3 moderadamente comprometido.
- 0450 Manejo del estreñimiento/impactación.

- Ayuda con los autocuidados aseo.

Actividades de enfermería:

- Ayudar a la paciente a ir a servicio.
- Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.
- Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación.
- Instaurar idas al baño.
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.
- Enseñar al paciente/familia que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.
- Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento.
- Aconsejar al paciente a consultar con un médico si persisten o se agravan los síntomas.

Alteración del patrón del sueño (00198)

Relacionado con dolor, incomodidad y manifestado por cambios en el patrón de sueño, no sentirse bien descansado, despertarse varias veces y pocas horas de sueño.

Resultados NOC

- 003 Reposo.
- 004 Sueño.

Indicadores:

- Calidad del sueño 3 moderadamente comprometido.
- Duerme toda la noche 3 moderadamente comprometido.
- Patrón del sueño: 3 moderadamente comprometido.
- Dolor. 3 moderadamente comprometido.

Intervenciones NIC:

- 6482 Gestión del entorno: comodidad.
- 1850 Mejorar el sueño.

Actividades de enfermería:

- Fomentar el sueño.
- Proporcionarle ambiente tranquilo, libre de ruidos, sin luces directas.

- Recomendar al paciente que limite la ingesta de líquidos por la tarde, para reducir la posibilidad de despertarse para ir al baño.
- Recomendar al paciente que limite las siestas durante el día y si fuesen necesarias, que las realice a primera hora y reduzca el tiempo.
- Recomendarle baño caliente antes de ir a dormir.
- 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.
- Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso.
- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
- Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos familiares (para los adultos leer un libro, etc.), si precisa.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño.

Déficit actividades recreativas (00097)

Relacionado con inactividad forzada por su hemiparexia y trastorno neurológico, manifestado por quejas verbales de que se aburre, no puede realizar actividades que realizaba habitualmente

Resultados NOC

- 1604 Participación en actividades de ocio.
- 2601 Clima social de la familia.
- 1503 Implicación social.
- 1209 Motivación.

Indicadores:

- Demuestra implicación social, según los prueban los indicadores siguientes (1 nunca, 2 rara vez, 3 alguna vez, 4 a menudo, 5 habitualmente): 3 alguna vez.

Interactúa con amigos, vecinos, miembros familiares.

- Verbaliza la aceptación de las limitaciones que interfieren con las actividades recreativas habituales 3 alguna vez.

Intervenciones NIC:

- 7170 Facilitar la presencia de la familia.

- 7110 Fomentar la implicación familiar.
- 5100 Fomentar la socialización.
- 5270 Apoyo emocional.

Actividades de enfermería:

- Ayudar al paciente a que aumente la consciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.
- Identificar los intereses del paciente.
- Realizar un seguimiento de las respuestas emocionales, físicas y sociales a las actividades recreativas.
- Fomentar y ayudar al paciente a escoger las actividades recreativas apropiadas a sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.
- Animar a amigos y familia para que visiten al paciente.
- Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente.

Deterioro de la movilidad física (0085):

Relacionado con deterioro musculoesquelético y neuromuscular, manifestado por cambios en la marcha, inestabilidad postural, movimientos mas lentos, dolor y capacidad limitada para realizar actividades motoras.

Presenta nivel 3 de dependencia: necesita ayuda de otra persona, así como equipamiento o dispositivos.

Resultados NOC

- 0200 Ambulación.
- 0202 Equilibrio.
- 0208 Movilidad.
- 0210 Realización de la transferencia.
- 1616 Rendimiento de los mecanismos corporales.

Indicadores:

- Deambulación: camina; 2-3 sustancialmente comprometido.

- Muestra movilidad, como evidencian los indicadores siguientes (1 comprometido en gran medida, 2 sustancialmente, 3 moderadamente, 4 levemente, 5 en absoluto): 2 sustancialmente comprometido.
 - ✓ Equilibrio.
 - ✓ Coordinación.
 - ✓ Rendimiento de la posición corporal.
 - ✓ Movimiento articular.
 - ✓ Comienza desplazamiento sin problemas.
- Muestra uso correcto de los dispositivos de asistencia con supervisión: 3 moderadamente comprometido.
- Solicitar ayuda para las actividades de movilización según proceda.
- Realizar actividades cotidianas, de manera independiente con los dispositivos de asistencia (andador) 2 sustancialmente comprometido.
- Andar con marcha eficaz 2 sustancialmente comprometido.

Intervenciones NIC

- Promoción de los mecanismos corporales.
- Promoción de ejercicios entrenamiento de la fuerza.
- Terapia ejercicios: deambulación.
- Terapia ejercicios: movilidad articular.

Actividades de enfermería:

- Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener, o recuperar la movilidad.
- Ayudar al paciente a recibir todos los cuidados necesarios (p. ej., higiene personal, reunir las pertenencias) antes de realizar el traslado, si procede
- Recomendarle el uso de analgésicos pautados antes de comenzar los ejercicios.
- Enseñar a la familia y paciente la correcta colocación de los dispositivos de ayuda.
- Animar a la paciente a realizar ejercicios de movimiento activos y pasivos en colaboración con familia.
- Valorar el entorno del domicilio en busca de barreras para la movilidad.

- Enseñar al paciente y familia a acostarse y levantarse de la cama y sillón.
- Enseñar al paciente y familia la forma correcta de caminar.
- Ayudar a mostrar las posiciones correctas para dormir.
- Enseñar al paciente a mover los pies primero y luego el cuerpo al girarse para andar desde la posición de bipedestación.
- Instruir al paciente/familia acerca de la frecuencia y número de veces que ha de repetirse cada ejercicio.
- Remitir al paciente al médico para que derive a fisioterapeuta para seguir rehabilitación comenzada en hospital.

Deterioro de la ambulación (00088)

Relacionado con deterioro musculoesquelético y neuromuscular, manifestado por deterioro de la habilidad para caminar.

Presenta nivel 3 de dependencia: necesita de dispositivo para caminar y ayuda de otra persona. Dependencia moderada para AVD según escala de Barthel.

Resultados NOC

- 0200 Ambulación.
- 0202 Equilibrio.
- 0208 Movilidad.
- 0212 Coordinación de movimientos.

Indicadores

- Demuestra uso correcto de dispositivos de ayuda: moderadamente comprometido.
- Realiza actividades de la vida diaria de forma independiente con dispositivo ayuda: moderadamente comprometido.
- Estabilidad del movimiento 3 moderadamente comprometido.
- Equilibrio al caminar 3 moderadamente comprometido.

Intervenciones NIC

- 0221 Terapia con ejercicios: ambulación.

- 0222 Terapia con ejercicios: equilibrio.
- 0224 Terapia con ejercicios: movilidad articular.
- 0226 Terapia con ejercicios: control muscular.

Actividades de enfermería:

- Instruir al paciente y familia en el uso de dispositivos de ayuda.
- Enseñara la paciente a usar calzado adecuado que facilite la marcha y prevenga las caídas.
- Enseñar a la familia a detectar riesgos en domicilio, para prevenir caídas: suelos encerados, alfombras pequeñas, obstáculos, etc.
- Derivara al fisioterapeuta para que siga con ejercicios de rehabilitación y la enseñe a caminar con seguridad.
- Poner en contacto con Trabajadora social, por si necesita ayuda domestica en domicilio.

Déficit autocuidados alimentación (00102)

Relacionado con deterioro musculoesquelético y neuromuscular, manifestado por incapacidad para preparar los alimentos para su ingestión, dificultad para utilizar utensilios para comer

Presenta nivel 3 de dependencia necesita ayuda para cortar y preparar alimentos por parte de otra persona. Dependencia moderada para AVD según escala de Barthel.

Resultados NOC

- 0303 Autocuidado: comer.
- 1008 Estado nutricional: ingesta alimentos y líquidos.

Indicadores:

- Bebe de una taza o vaso: 3.
- Coge comida con los utensilios: 3.
- Se lleva comida a la boca con utensilios: 3.
- El paciente será capaz de mejorar en la utilización de cubiertos: 3.
- Ingesta adecuada de líquidos y alimentos. 4.
- Se alimenta de forma independiente. 3.

Intervenciones NIC

- 1100 Gestión de nutrición.
- 1803 Ayuda autocuidado: alimentación.
- 5246 Asesoramiento nutricional.

Actividades de enfermería:

- Fomentar la independencia, solo ayudarle lo necesario.
- Enseñar a la familia en la ayuda al autocuidado:
 - ✓ No apremiara a la paciente durante la alimentación.
 - ✓ Cortar los alimentos y pelar la fruta.
 - ✓ Servirle alimentos que pueda coger con la mano.
 - ✓ Pajitas para tomar líquidos.

Déficit autocuidado; baño (00108)

Relacionado con deterioro musculoesquelético y neuromuscular y barreras ambientales, manifestado por incapacidad para acceder al cuarto de baño, lavarse el cuerpo, obtener utensilios de baño y secarse cuerpo.

Paciente parcialmente dependiente, necesita ayuda de otra persona para realizar el baño. Dependencia moderada para AVD según escala de Barthel.

Resultados NOC^(45,46)

- 0301 Autocuidado baño.
- 0305 Autocuidado higiene.

Indicadores:

- Demostrará autocuidado: como evidencian los indicadores (del 1 al 5): comprometido, en gran medida, sustancialmente, levemente, en absoluto:2 sustancialmente comprometido.
 - ✓ Baño.
 - ✓ Higiene.
- El paciente es capaz de mantener movilidad necesaria para desplazarse al cuarto de baño y utilizar los accesorios de baño.
- El paciente mantiene piel limpia y seca; 3 moderadamente comprometido.

Intervenciones NIC

- 1610 Bañar.
- 1801 Ayuda autocuidado: baño-higiene.

Actividades de enfermería:

- Enseñar a la familia como ayudar al paciente a realizar el baño.
- Fomentar la independencia.
- Recomendar la instalación de barras de sujeción y superficies antideslizantes en el baño de domicilio.
- Realizar baño completo 1 ó 2 veces por semana en casa e higiene diaria.
- Procurar intimidad durante el baño.
- Habitación a Tª; 24-25°C.
- Evitar corrientes.
- Mantener piel limpia e hidratada.
- Remitir a Trabajadora Social para que le informe de las ayudas de adaptación del baño.

Déficit autocuidado: vestido (00109)

Relacionado con deterioro musculoesquelético y neuromuscular, manifestado por deterioro en la capacidad para quitarse y ponerse la ropa, abrocharse y desabrocharse, quitar y poner calcetines, atarse los zapatos.

Paciente parcialmente dependiente, necesita ayuda y asesoramiento de otra persona

Resultados NOC

- 0302 Autocuidado vestirse.
- 0304 Autocuidado arreglarse.

Indicadores^(46,47)

- Demostrará independencia autocuidado: como evidencian los indicadores siguientes (del 1 al 5: comprometido en gran medida, sustancialmente, moderadamente, levemente o en absoluto):
 - ✓ Vestido.
 - ✓ Acicalamiento.
- Coge la ropa: 3 moderadamente comprometido.

- Se abrocha la ropa: 3 moderadamente comprometido.
- Se pone los zapatos. 3 moderadamente comprometido.
- Se abrocha los zapatos: 2 sustancialmente comprometido.
- Se pone los calcetines: 2 sustancialmente comprometido.
- Se pone la ropa en la parte inferior y superior del cuerpo: 3 moderadamente comprometido.
- Se quita la ropa de la ropa superior e inferior del cuerpo: moderadamente comprometido
- Utiliza broches: 2 sustancialmente comprometido.
- Utiliza cremalleras: sustancialmente comprometido.

Intervenciones NIC

- 1630 Vestirse/desvestirse.
- 1670 Cuidado cabello.
- 1802 Ayuda autocuidado vestido/arreglo personal.

Actividades de enfermería:

- Enseñar al paciente y familia a vestirse/desvestirse.
- Ayuda en el autocuidado vestido/arreglo personal.
- Enseñar a la familia a que utilice cierres de velero si es posible.
- Utilización de ropa suelta y fácil de poner y quitar.
- Ayudar al paciente con los nudos, botones y cremalleras.
- Promover la independencia del paciente.

Déficit autocuidado; uso inodoro (00110)

Relacionado con deterioro musculoesquelético, neuromuscular y deterioro de la capacidad para el traslado, manifestado por incapacidad para llegar al inodoro, sentarse y levantarse y realizar aseo y limpieza después de usarlo.

El paciente es parcialmente dependiente, necesita la ayuda de otra persona

Resultados NOC

- 0310 Autocuidado aseo, uso del retrete.
- 0305 Autocuidado higiene.

Indicadores:

- Entra y sale del servicio: 3 moderadamente comprometido.
- Autocuidado en el uso del inodoro: 3 moderadamente comprometido.
- Sentarse y levantarse del inodoro: 3 moderadamente comprometido.
- Limpiarse tras utilizar el inodoro: 3 moderadamente comprometido.

Intervenciones NIC

- 0430 Gestión de la eliminación intestinal.
- 1750 Cuidado perineal.
- 1804 Ayuda autocuidado aseo.
- 6486 Gestión del entorno.

Actividades de enfermería:

- Informar y educar a la paciente y familia en técnicas de traslado y ambulación.
- Enseñar al paciente y familia en la rutina del aseo.
- Recomendar al paciente el uso de ropas fáciles de quitar y poner.
- Eliminar obstáculos que impidan el acceso a inodoro en casa.
- Ofrecer a la familia información de cómo garantizar seguridad del paciente en el entorno doméstico.
- Adaptar inodoro a sus necesidades.
- Ayudarle en la limpieza después del uso de inodoro.
- Ayudarle a vestirse.

Deterioro de la comunicación verbal (00051)

Relacionado con trastorno neuromuscular, manifestado por afasia (dificultad para expresarse) y disartria (pronunciación difícil y deficiente del lenguaje).

Resultados NOC

- 0902 Capacidad de comunicación.
- 0903 Comunicación: capacidad expresiva.
- 0907 Procesamiento de la información.

Indicadores:

Demuestra **capacidad de comunicación**, puesta de manifiesto por los siguientes indicadores (del 1 al 5: gravemente, sustancialmente, moderadamente, levemente, o no comprometido): 3 moderadamente comprometido.

- ✓ Uso del lenguaje escrito, hablado, y no verbal.
- ✓ Uso del lenguaje de signos.

- ✓ Uso de fotografías y dibujos.
 - ✓ Reconocimiento de los mensajes recibidos.
 - ✓ Intercambio de mensajes con otros de forma precisa.
- El paciente comunica sus necesidades a los profesionales y familia con mínima frustración; 3 moderadamente comprometido.

Intervenciones NIC

- Escucha activa.
- Fomento comunicación: déficit del habla.
- Reducción de la ansiedad.
- Adiestramiento memoria.

Actividades de enfermería:

- Informar al paciente y familia la posibilidad de logopeda que la ayude.
- Animar al paciente a comunicarse despacio y repetir lo que solicita.
- Reforzar toda expresión del paciente que pueda proporcionar información.
- Hablarle de forma clara y tranquila y con calma, mirando al paciente.
- Darle órdenes claras y sencillas.
- Escuchar con atención.

Impotencia (00125)

Relacionado con tratamiento de su enfermedad, manifestado por dependencia de otros para su autocuidado, no puede realizar actividades previas y dudas sobre el desempeño del rol.

Resultados NOC

- Autonomía personal.
- Control de la depresión.
- Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria
- Participación familiar en los cuidados.

Indicadores:

- Muestra participación: decisiones sobre asistencia sanitaria como evidencian los indicadores (1 nunca, 2 rara vez, 3 alguna vez, 4 a menudo, 5 habitualmente): 3 alguna vez.
- ✓ Identifica las prioridades sobre salud.
 - ✓ Emplea técnicas para resolución de problemas.

- Emplea técnicas para alcanzar los resultados: 3 alguna vez.
- Establece sus preferencias en cuanto a la asistencia: 4 a menudo.

Intervenciones NIC

- Apoyo emocional.
- Apoyo en la toma de decisiones.
- Educación sanitaria.
- Infundir esperanza.
- Promoción de la participación de la familia.
- Mejora de la autoestima.

Actividades de enfermería:

- Determinar la confianza del paciente.
- Controlar el nivel de responsabilidad que asume el paciente.
- Ayudar al paciente a identificar factores que pueden contribuir a la impotencia.
- Incluir al paciente en la toma de decisiones sobre los cuidados que vamos a prestarle.
- Animar al paciente a expresar sus sentimientos, percepciones y temores.
- Animar al paciente a ser independiente, pero que pida ayuda cuando no pueda.

Riesgo de cansancio del rol del cuidador (00062)

Relacionado con la percepción del cuidador de dificultad en el desempeño del rol.

Factores de riesgo:

- Cantidad de tareas de cuidados.
- La cuidadora es una mujer.
- Alta de un miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados en el domicilio.
- Larga duración de los requerimientos de cuidados.
- Falta de experiencia para cuidar.
- Presenta una sobrecarga según escala de Zarit (Anexo VI: de 54).

Resultados NOC

- Saluda emocional del cuidador principal.
- Preparación del cuidador para el cuidado domiciliario.
- Alteración del estilo de vida del cuidador principal.
- Rendimiento cuidador principal.
- Factores estresantes del cuidador principal.

Indicadores:

- No sufre sobreesfuerzo en el rol de cuidador, demostrado por la suficiencia de los siguientes resultados: 3 moderadamente comprometido: 3 moderadamente comprometido.
 - ✓ Salud emocional del cuidador.
 - ✓ Preparación del cuidador para el cuidado domiciliario.
 - ✓ Factor estresante del cuidador.
 - ✓ Salud física del cuidador.

Demuestra salud emocional del cuidador, puesta de manifiesto por los siguiente indicadores (1 grave, 2 sustancial ,3 moderado, 4 leve, 5 ausencia): 3 moderadamente.

- ✓ Ira.
 - ✓ Sentimiento de culpa.
 - ✓ Depresión.
 - ✓ Frustración.
 - ✓ Sobrecarga percibida.
- Conoce los regimenes y procedimientos terapéuticos, el cuidado habitual y la atención en caso de urgencia: 4 levemente comprometido.
 - Expresa que sabe como conseguir y manipular el equipamiento y asistencia necesaria: 4 levemente comprometido.
 - Equilibrio entre necesidades familiares y personales: 2 sustancialmente comprometido.
 - Identifica y utiliza estrategias personales, apoyo social y recursos comunitarios: 3 moderadamente comprometido.

Intervenciones NIC

- Apoyo al cuidador.
- Aumentar los sistemas de apoyo.
- Fomentar la normalización familiar.
- Derivación.
- Escucha activa.
- Facilitar expresión sentimiento de culpa.
- Identificación de riesgos.
- Orientación sobre sistema sanitario.
- Movilización familiar.
- Facilitar presencia familiar.
- Facilitar permiso cuidador.

- Enseñanza proceso enfermedad.
- Enseñanza procedimiento/tratamiento.

Actividades de enfermería:

- Evaluar los conocimientos del cuidador acerca de los cuidados y tratamientos médicos.
- Determinar el deseo del cuidador para asumir el rol y la aceptación.
- Buscar en el cuidador signos de aumento de sobreesfuerzo en el rol (ira, depresión, ansiedad).
- Informar sobre los recursos comunitarios adecuados y las personas de contacto.
- Solicitar servicios de otros profesionales de asistencia sanitaria para el paciente, si procede.
- Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.
- Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar.
- Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas por teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios.
- Aceptar las expresiones de emoción negativa.
- Planificar las actividades de disminución de riesgos, en colaboración con el individuo/grupo.
- Animar a la familia a mantener los hábitos, rituales y rutinas normales.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Derivar para conseguir la ayuda necesaria con los cuidados instrumentales, preventivos, y de supervisión de cuidados para dar descanso al cuidador, (residencias, centros de día, cuidadores secundarios).
- Ayudar al cuidador a identificar problemas o preocupaciones con respecto al cuidado.
- Desarrollar un plan de cuidados que identifique mecanismos de afrontamiento, estrategias personales, apoyos sociales y limitaciones reconocidas: ayuda para las tareas domésticas, en el aseo y cuidado del paciente, acompañar al paciente.
- Evaluar la calidad del cuidado prestado.
- Evaluar la calidad de la relación cuidador-paciente.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.

Interrupción de los procesos familiares (00060)

Relacionado con cambio en los roles de la familia y estado de salud de un miembro, manifestado por cambios en las tareas asignadas, soporte mutuo y solución de problemas.

Resultados NOC

- Afrontamiento de la familia.
- Apoyo familiar durante el tratamiento.
- Funcionamiento de la familia.
- Normalización de la familia.
- Resistencia de la familia.

Indicadores:

- Mantiene actividades y rutinas: 3 a veces.
- Reconoce los cambios en las funciones familiares; 4 frecuentemente.
- Identifica pautas de afrontamiento: 3 a veces.
- Participa en la toma de decisiones en los aspectos relativos a los cuidados necesarios para el paciente en domicilio: 3 a veces.
- Los miembros de la familia expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro enfermo: 5 siempre.

Intervenciones NIC

- Apoyo familiar.
- Mantenimiento de los procesos familiares.
- Mejorar afrontamiento.
- Promoción de la implicación familiar.
- Promoción de la resistencia.

Actividades de enfermería:

- Determinar las relaciones familiares existentes y sus roles.
- Realizar seguimiento de las relaciones.
- Determinar que comprensión tiene la familia de las causas de la enfermedad y de su pronóstico.
- Enseñar a la familia las destrezas (gestión de tiempos, aplicación de tratamientos, etc.), requeridos en el cuidado del paciente.
- Ofrecer continuidad en los cuidados mediante comunicación eficaz, planes de cuidados consensuados con paciente y familia.
- Ayudar a la familia a verbalizar sentimientos y preocupaciones.
- Fomentar conductas positivas de búsqueda de la salud.

- Fomentar el desarrollo y la adhesión a rutinas y tradiciones familiares (cumpleaños, vacaciones).
- Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto del paciente.
- Anticipar e identificar las necesidades de la familia.
- Determinar el nivel de dependencia respecto de la familia que tiene el paciente, si procede por la edad o la enfermedad.
- Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente.
- Comentar las opciones existentes según el tipo de cuidados necesarios en casa, como vida en grupo, cuidados de residencia y cuidados intermitentes, si procede.
- Identificar otros factores relacionados con el estrés sobre la situación para los miembros de la familia.

Deterioro de la interacción social (00052)

Relacionado con dificultad para comunicarse y limitación de la movilidad física, manifestada por malestar en las situaciones sociales, no quiere que la visiten.

No desarrollado, su familia, amigos y vecinos la van a apoyar y van a ir a visitarla, cuando mejore su comunicación verbal y la movilidad física, seguro que mejora la interacción social.

Riesgo de caídas (00155)

Relacionado con hemiparexia derecha.

Presenta índice de J. H: Downton (riesgo de caídas): 2. Dependencia moderada para AVD.

Factores de riesgo:

- Edad igual o superior a los 65 años.
- Uso de dispositivos de ayuda (p. ej., andador, bastón).
- Falta de material antideslizante en la ducha.
- Alfombras.
- Dificultad en la marcha.
- Deterioro de la movilidad física.
- Incontinencia.
- Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.
- Toma de medicamentos.

Resultados NOC

- Caídas.

- Conducta de prevención de caídas.
- Conocimiento: prevención de caídas.
- Movimiento coordinado.
- Equilibrio.

Indicadores:

- Reducirá o limitará el riesgo de caídas según lo prueben el equilibrio, la coordinación de movimientos, la conducta de prevención de caídas, la incidencia de caídas y el conocimiento de prevención de caídas.
- Evitar las lesiones físicas provocadas por las caídas. 3 moderadamente comprometido.
- Ofrece entorno seguro (eliminación del exceso estorbos, colocar asideros en ducha, utilizar alfombrillas antideslizantes, no utilizar cera para el suelo, etc.).
- Eliminación de objetos, derramamientos y abrillantadores en el suelo: 4 frecuentemente.
- Fijación de alfombras: 1 nunca.
- Proporciona la iluminación adecuada. 4 frecuentemente.
- Uso correcto de dispositivos de ayuda: 3 moderadamente comprometido.
- Uso de alfombrillas de goma en la bañera o ducha.
- Uso de medios de traslado seguros.

Intervenciones NIC

- 5380 Potenciación de la seguridad.
- 6486 Manejo ambiental: seguridad.
- 6610 Identificación de riesgos.
- 6490 Prevención de caídas.

Actividades de enfermería

- Identificar déficits 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 y escaleras sin barandillas).
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulaci3n.
- Enseñar al paciente a utilizar un bast3n o un andador, si procede.
- Retirar los muebles bajos (bancos y mesas) que supongan un riesgo de tropezones.
- Disponer una iluminaci3n adecuada para aumentar la visibilidad.
- Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.
- Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y c3mo disminuir dichos riesgos.

- Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos.
- Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad (suelos antideslizantes, antiácidos, superficie antideslizante en la bañera o la ducha, etc.)
- Instruir a la familia sobre la importancia de los pasamanos en escaleras, baños y pasillos.
- Disponer muebles firmes que no se caigan si se utilizan como apoyo.
- Establecer un programa de ejercicios físicos de rutina que incluya el andar.
- Determinar los recursos institucionales para ayudar a disminuir los factores de riesgo.
- Determinar los recursos comunitarios adecuados para cubrir las necesidades vitales y de salud básicas.
- Utilizar acuerdos con el paciente, si procede.
- Remitir a fisioterapeuta para que enseñe a la familia como ayudar con la deambulación y transferencias seguras.

Riesgo de lesión (00035). Riesgo de traumatismo (00038)

Relacionados con hemiparexia derecha.

No desarrollados porque según el libro (Manual de diagnósticos de enfermería solo se debería usar en pacientes con un riesgo inusualmente alto de sufrir lesión o traumatismo, es una etiqueta muy amplia y es mejor utilizar etiquetas mas específicas como riesgo de caídas. Desarrollo el riesgo de caídas que ofrece directrices más precisas para los cuidados de enfermería, con la resolución de esta etiqueta se evitará el riesgo de lesión y de traumatismo.

Dolor crónico (00133)

Relacionado con hemiparexia derecha, manifestado por informes verbales de dolor y cambios en el patrón del sueño y disminución de la interacción con los demás.

Resultados NOC

- 1843 Conocimiento manejo del dolor.
- 1605 Control del dolor.
- 2101 Dolor efectos nocivos.
- 2102 Nivel del dolor.
- 2008 Estado de comodidad.

Indicadores:

- Demuestra dolor: efectos nocivos, como lo evidencian los indicadores (intenso, sustancial, moderado, leve, ninguno): 3 moderado.

Incapacidad para desarrollar las actividades habituales, o deterioro de las relaciones interpersonales.

- ✓ Disminución de la concentración.
 - ✓ Incapacidad para realizar el autocuidado.
 - ✓ Alteración del sueño.
 - ✓ Pérdida de apetito.
- Demuestra dolor: efectos nocivos, como lo evidencian los indicadores (5 intenso, 4 sustancial, 3 moderado, 2 leve, 1 ninguno): 3 moderado.
 - ✓ Expresiones faciales de dolor.
 - ✓ Inquietud o movimientos.
 - ✓ Pérdida de apetito.
 - ✓ Duración de los episodios de dolor.
 - Reconocer los factores que aumentan el dolor: 3 a veces.
 - Emplea medidas de alivio de forma adecuada (analgésicos, calor). 3 a veces.
 - Nivel de dolor controlado regularmente. 3 moderado.

Intervenciones NIC

- 2305 Control medicación.
- 1400 Manejo del dolor.
- 5320 Control del dolor.
- 2210 Administración analgésicos.

Actividades de enfermería

- Preguntar al paciente cual es el nivel del dolor o incomodidades una escala de 0-10(0-ausencia de dolor o molestia, 10-el mayor dolor).
- Realizar una valoración completa del dolor: ubicación, características, aparición y duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor, así como los elementos que lo favorecen.
- Observar los elementos no verbales de incomodidad.
- Determinar el impacto del dolor en la calidad de vida (ejemplo sueño, apetito, actividad, relación, etc.).
- Informar al paciente y familia de los procedimientos que pueden aumentar el dolor y sugerir acciones para hacerle frente.
- Indicar el uso de tratamientos no farmacológicos: relajación, aplicación de calor o frío, masajes.
- Enseñar al paciente y familia posturas antiálgicas.
- Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas de implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor.

- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos
- Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.

EJECUCIÓN

Puesta en práctica del plan -no sólo actuar-, pensar y reflexionar. Realizar una valoración continua sobre estado actual de la persona antes actuar, repasar diagnósticos, por si ha ocurrido algo que requiera un cambio. Llevar a cabo las intervenciones y actividades de enfermería. Informar y registrar.

EVALUACIÓN

Continua y planificada, se determina: los progresos del paciente, ¿ha logrado los resultados esperados? ¿Cuál es el estado funcional de la persona en comparación con los resultados esperados?

¿Es capaz de hacer lo que se esperaba? Si no, ¿por qué?, ¿qué podemos hacer para facilitar la consecución de los objetivos?, ¿hay nuevas prioridades de cuidados? Si ha logrado los objetivos, ¿está la persona preparada para cuidar de sí misma? ¿Es preciso remitirla a otro profesional para que la ayude o la proporcione estos cuidados?

CONCLUSIONES

Podemos resumirlas en que la precocidad y rapidez tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento y la rehabilitación son los elementos esenciales.

La enfermera debe estar atenta en todo momento a estas fases y debe saber anteponerse a las necesidades de la paciente y colaborar con todo el personal; es el elemento de unión entre todos, tanto los medios físicos, los humanos (médicos, fisioterapeutas, personal auxiliar, etc.) el paciente y la familia, debe coordinarlo y supervisar todo y en todo momento: higiene, traslados, realización de pruebas, visita médica, visitas, etc.

Cada persona es diferente y cada enfermedad también porque el grado de afectación, el lugar de la lesión, la recuperación, las secuelas, el estado previo del

paciente, etc., por lo que una atención individualizada y un plan de cuidados individualizado es primordial.

En este caso también es esencial el apoyo familiar y social debido a la dependencia originada ya que será necesaria una larga rehabilitación, adaptación del hogar y replanteamiento en todos los aspectos de la vida familiar y social.

Para ello, hemos realizado un plan de cuidados individualizado para el paciente en tres momentos claves: ingreso, hospitalización y domicilio.

Realizamos una valoración centrada en los datos necesarios para identificar las respuestas y experiencias humanas en colaboración con la persona y la familia, porque cada persona y cada familia poseen la clave para unos cuidados enfermeros efectivos.

Se debe favorecer la participación del paciente y la familia mediante la confianza mutua, la cooperación, la información y el estímulo a las personas para que tomen parte activa en su plan de cuidados, lo cual, les capacita para aumentar al máximo su nivel de salud, la satisfacción del paciente y la eficiencia del equipo de cuidados.

El paciente con Ictus se enfrenta a un largo y duro camino de rehabilitación para la recuperación del estado de salud y bienestar que tenía previamente y aun en el mejor de los casos existirá un gran choque al enfrentarse a sus problemas y secuelas y al darse cuenta que en un momento su vida ha cambiado completamente y necesita la ayuda de alguien, depende de alguien y ha perdido en gran parte, sobre todo, su libertad de movimiento, su autonomía; debe aprender a vivir en las nuevas condiciones en las que se encuentra e integrarse en su nueva realidad para ir avanzando en su recuperación; para todo esto la familia es esencial, los amigos, las vecinas y, sobre todo, fundamental, el cuidador principal, que también se enfrenta a un duro y largo camino, ya que a sus responsabilidades habituales, a partir de ahora, se suma el tener una persona que depende de ella y además no puede desempeñar las funciones o tareas que antes realizaba, debe ayudar, cuidar, animar, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Swearingen PL. Manual de enfermería médico quirúrgica. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
2. Texas Heart Institute at St Luke's Episcopal Hospital [Internet]. Centro de información cardiovascular. Houston; c1996-2012 [consultado 29 de enero de 2011]. Disponible en: http://www.texasheart.org/hic/topics_esp/cond/strok_sp.cfm.

3. López Izuel M, Riu Camps M, Forner B. Cuidados enfermeros. Barcelona: Elsevier; 2005.
4. Petidier Torregrossa R, Feliz Muñoz MC. Accidente cerebrovascular agudo. En: Gil Gregorio P, editor. Tratado de neuropsicogeriatría. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2010. p.255-65.
5. Porras Chávez LA, Fernández Membibre MP, García Mayorga A. Urgencias neurológicas: Intervenciones enfermeras en la práctica asistencial de urgencias y emergencias extrahospitalarias. Madrid: Fuden; 2009.
6. Molina Nieto T, Calvo Rodríguez R, Jiménez Murillo S, Castilla Camacho S, Montero Pérez FJ, Cañadillas Hidalgo F. Accidente cerebrovascular. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 415-28.
7. American Heart Association (Internet). Dallas: American Stroke Association; c2012 [actualizada 14 marzo 2011; acceso 29 de enero de 2011]. Disponible en: <http://es.heart.org/dheart/HARTORG/Conditions/Answer-Heart-Fact-Sheets-Multilanguage-Information> UCM 314158 Article.jsp#.TOKR71Gd1Fv
8. Rodríguez Roca V, Veloso Mariño BM, Ortiz Aguilera E, Vier Pérez EM, Lalondry Preval E. Intervención educativa en pacientes con enfermedades cerebrovasculares isquémicas e hipertensión arterial. Medisan. 2010;14(3):318-24.
9. Pedro Torrés P, Rueda Moreno N, Redón Bolós S. Ictus cerebral. En: Durante P. Terapia ocupacional en Geriatría. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 125-36.
10. Montaner J. Ataque isquémico transitorio. Barcelona: Elsevier; 2009.
11. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. (Guías de práctica clínica en el SNS: UETS Nº 2007/5-2).
12. Cardinali DD. Neurociencia aplicada: sus fundamentos. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2007.
13. Laso FJ. Introducción a la Medicina Clínica: Fisiopatología y Semiología. Barcelona: Elsevier; 2010.
14. Lucio Criado MJ, Navarro Gómez MV. Enfermería medicoquirúrgica IV. Necesidad de movimiento. Barcelona: Salvat 1991 (Manuales de enfermería).

15. Sanz París A, Álvarez Ballano D, Diego García P de, Lofablos Callan F, Albero Gamboa R. Accidente cerebrovascular: la nutrición como factor patogénico y preventivo. Soporte nutricional post-ACV. Nutr Hosp. 2009; 2(Supl 2):38-55.
16. Hockley W. Cuidados de enfermería de pacientes con trastornos cerebrovasculares. En: Williams LS, Hopper PD. Enfermería médico quirúrgica. 3ª ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2007. p. 1154-71.
17. Jood K, Redfors P, Rosengren A, Blomstrand C, Jern C. Self-perceived psychological stress and ischemic stroke: a case-control study. BMG [Internet]. 2009 oct [consultado el 29 de enero de 2011]; 7(53); about 8 p. Disponible en: www.psiquiatria.com. BMC Medicine. 2009 Oct.
18. XI Congreso Nacional de Salud y Medicina de la Mujer (SAMEM). Cada seis minutos una mujer sufre un ictus en España. Madrid; 2-4 de Marzo 2011. Agencia SINC. [consultado 12 de marzo de 2011] Disponible en: <http://www.agenciasinc.es/esl/Noticias/Cada-seis-minutos-una-mujer-sufre-un-ictus-en-Espana>
19. Villar F, Banegas JR, Mata J de, Rodríguez F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe Sociedad Española de Arterioesclerosis. Madrid: Visto Bueno Equipo Creativo; 2007.
20. Llou Pitarch J.V. Tratado de medicina transfusional perioperatoria. Barcelona: Elsevier; 2010.
21. Egado JA, Álvarez Sabín J, Díez-Tejedor E, editores. Después del ictus. Guía práctica para el paciente y sus cuidadores. 2ª ed. Barcelona: Sociedad Española de Neurología, Grupo de Estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares; 2009.
22. Castellanos M. Tratamiento Integral en las Unidades de Ictus. En: Montaner J, editor. Tratamiento del ictus isquémico. Barcelona: ICG Marge; 2009. p. 27-42.
23. Rasero Álvarez L, Naharro Álvarez A, Rodríguez Alarcón J, Martínez Muñoz R, Mesa Calvo R, López García I. Ictus: la formación que salva vidas. Hygia. 2009;71: 8-12.
24. Fundación para el Desarrollo de la Enfermería. Conceptos básicos de Enfermería de urgencias y emergencias extrahospitalarias. Madrid: FUDEN; 2009.
25. Vivancos Mora JA, Gil Núñez J, coordinadores. Protocolo de consenso para la atención del ictus en fase aguda de la Comunidad de Madrid. Barcelona: Ferrer Grupo; 2007.

26. Programa de atención al ictus en la región de Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo; 2011.
27. Garate Etxenike L, González de San Pedro M, González Gómez R, Viniegra Ros T, Alonso Vallejo MM, García Centeno V, et al. Ictus y recuperación: la perspectiva del paciente. *Metas Enf.* 2009;12(2):20-5.
28. Aguirrezabal A, Duarte E, Marco E, Rueda N, Cervantes C, Escalada F. Satisfacción de pacientes y cuidadores con el programa de rehabilitación seguido tras el ictus. *Rev Cal Asist.* 2010;25(2):90-6.
29. García Moriche N, Rodríguez Gonzalo A, Muñoz Lobo MJ, Parra Cordero S, Fernández de Pablos A. Calidad de vida en pacientes con ictus. Un estudio fenomenológico. *Enferm Clín.* 2010;20(2):80-7.
30. GEECV (Internet). Madrid: Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN; [consultado 29 de enero de 2011]. Disponible en: <http://www.ictussen.org/>
31. INE (Internet). Madrid: Instituto Nacional de Estadística; [consultado 29 de diciembre de 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
32. Tarazona B, Ramos W, Arce J, Yarinsueca J, Morales S, Ronceros G, et al. Etiología y factores de riesgo para un primer episodio de isquemia cerebral en adultos jóvenes. *Neurología.* 2010; 25 (8): 470-7.
33. Gallego J, Herrera M, Jericó I, Muñoz R, Aymerich N, Martínez Vila E. El ictus en el siglo XXI. Tratamiento de urgencia. *An Sist Sanit Navar.* 2008; 31(1):15-30.
34. Organización Mundial de la Salud (Internet). Ginebra: Estadísticas Sanitarias Mundiales; [consultado 29 de diciembre de 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/whosis/whostat/WHS2007Sp Web.pdf>
35. Gay J. Nuevo manual de la Enfermería. Barcelona: Océano/Centrum; 2009.
36. Ríos M. Neuroimagen. Técnicas y procesos cognitivos. Barcelona: Elsevier; 2008.
37. Díaz Guzmán J. Ictus. En: Bermejo Pareja F, Porta-Etessam J, Díaz Guzmán J, Martínez-Martín P. Más de cien escalas de neurología. Madrid: Aula Médica; 2008. p. 263-91.
38. Castellano Monederos JJ. Proteína C reactiva ultrasensible. Valor pronóstico en la fase aguda del infarto cerebral [Tesis en línea]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones 2010. [consultado 18 de enero de 2011]. Disponible en: bucweb@buc.ucm.es

39. Polonio López B, Romero Ayuso DM. Terapia ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido. Madrid: Médica Panamericana; 2010.
40. Velázquez M, Lorenzo P, Moreno A, Lizasoain I, Loza JC, Moro MA. Farmacología básica y clínica. Panamericana; 2009.
41. Escudero D, Molina R, Viña L, Rodríguez P, Marqués L, Fernández E, et al. Tratamiento endovascular y trombolisis intraarterial en el ictus isquémico agudo. Medicina intensiva. 2010;34(6): 370-8.
42. Molina Nieto T, Calvo Rodríguez R, Jiménez Murillo L, Castilla Camacho S, Montero Pérez FJ, Cañadillas Hidalgo F. Accidente cerebrovascular. En: Jiménez Murillo L. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. España: Elsevier; 2010. p. 415-28.
43. Gordon M. Manual de Diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.
44. Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
45. Johnson M, Bulechek GM, Butcher H, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al., editores. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
46. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
47. Wilkinson JM, Ahern NR. Manual de diagnósticos de enfermería. 9ª ed. Madrid: Pearson Educación; 2008.
48. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
49. Plataforma e-nursing (Internet). Sevilla: Mibox technology; [consultado 29 de diciembre de 2010]. Disponible en: <https://e-nursing.mibox.es/>
50. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Larry J, et al. Harrison. Principios de medicina interna. 17ª ed. Madrid: McGraw Hill; 2008.
51. Hall JE. Guyton & Hall compendio de fisiología médica. 11ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
52. Montaner J. Prevención del ictus isquémico. Barcelona; ICG Marge Medica Books; 2008.

53. Cornachione Larrinaga MA, Urrutia AJ, Ferragut LC. Guía para el cuidado de ancianos con problemas. Argentina: Brujas; 2006.
54. Swearingen PL. Manual de enfermería médico-quirúrgica: intervenciones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.

ANEXO I
ESCALA DE GLASGOW. VALORACIÓN NEUROLÓGICA

	GCS		GCS MODIFICADA
APERTURA OCULAR	Espontánea Respuesta a la voz Respuesta al dolor Sin respuesta	4 3 2 1	Espontánea Respuesta a la voz Respuesta al dolor Sin respuesta
RESPUESTA MOTORA	Orientada Desorientada Palabras inusuales Sonidos incomprensibles Sin respuesta	5 4 3 2 1	Charla y balbucea Llanto irritable Gritos o llanto al dolor Se queja al dolor Sin respuesta
RESPUESTA VERBAL	Obedece Localiza Flexiona Flexión anormal Extensión anormal Sin respuesta	6 5 4 3 2 1	Mov. Espontán. Normales Retirada al tocar Retirada al dolor Flexión anormal Extensión anormal Sin respuesta

Fuente: Guía clínica de El paciente inconsciente. www.fisterra.com/guias-clinicas/el-paciente-inconsciente

ANEXO II ESCALA NIHS DE VALORACIÓN

ESCALA DE LA NIHS					
Evaluación	Respuesta	Puntaje	Evaluación	Respuesta	Puntaje
1a. Nivel de conciencia	Alerta	0	6a. Motor miembro inferior	Sin caída	0
	Somnoliento	1		Caída	1
	Estuporoso	2		No resiste la gravedad	2
	Coma	3		No ofrece resistencia	3
				No movimiento	4
	Amputación/artrodes.	NE		Amputación/artrodes.	NE
1b. Preguntas (mes, edad)	Ambas correctas	0	6b. Motor miembro inferior	Sin caída	0
	1 rpta. Correcta	1		Caída	1
	Ambas incorrectas	2		No resiste la gravedad	2
				No ofrece resistencia	3
				No movimiento	4
	Amputación/artrodes.	NE		Amputación/artrodes.	NE
1c. Ordenes (abra y cierre los ojos, haga puño y suelte)	Obedece ambas	0	7. Ataxia de miembros	Ausente	0
	Obedece 1 orden	1		Presente en 1 miembro	1
	No obedece ninguna	1		Presente en 2 miembro	2
		2		Amputación/artrodesis	NE
2. Mirada (sigue dedo/ examinador)	Normal	0	8. Sensibilidad	Normal	0
	Parálisis parcial	1		Hipoestesia leve-mod	1
	Desviación forzada	2		Hipoestesia mod-sev	2
3. Visión (presente estímulos/amenazas visuales a 4 campos)	Visión normal	0	9. Lenguaje	Normal	0
	Hemianopsia parc	1		Afasia leve	1
	Hemianop. Compl.	2		Afasia moderada	2
	Hemianop. Bilat.	3		Afasia global	3
4. Parálisis facial	Normal	0	10. Disartria	Normal	0
	Leve	1		Disartria leve – mod.	1
	Moderada	2		Disartria mod – severa	2
	Severa	3		Paciente intubado	NE
5a. Motor miembro superior	Sin caída	0	11. Extensión e inatención Evaluar desatención / estimulación doble simultán	No desatención	0
	Caída	1		Desatención parcial	1
	No resiste gravedad	2		Desatención completa	2
	No ofrece resistencia	3			
	No movimiento	4			
	Amputación/artrodes.	NT			
5b. Motor miembro superior	Sin caída	0			
	Caída	1			
	No resiste gravedad	2			
	No ofrece resistencia	3			
	No movimiento	4			
	Amputación/artrodes.	NT			

Permite valorar la severidad del ictus. Referencias: 1) NIH Stroke Scale (NIHSS) | Internet Stroke Center
2) Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. Lancet 1974;2:81-3.

ANEXO III
ESCALA DE NORTON. RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Fue desarrollada por Doreen Norton y colaboradores en el año 1962. Valora 6 apartados con una escala de gravedad de 1 a 4. La clasificación de riesgo sería:

Puntuación de 5 a 11: Paciente de alto riesgo.

Puntuación de 12 a 14: Paciente de riesgo medio o evidente.

Puntuación de más de 14: Paciente de riesgo bajo o no riesgo.

Estado Físico	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy Limitada	Sentado	Urinaria o Fecal	2
Muy malo	Estuporoso o Comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y Fecal	1

Fuente: ISSN 1697-218X Revista NURE Investigación. Protocolo de prevención y tto de úlceras por presión. Nº 36 Sept - Octubre 2008. Madrid.

ANEXO IV
ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H. DOWNTON)

Riesgo alto: si se suman tres o más puntos.

Caídas previas	No	0
	Sí	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes o Sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	0
Deficiencias Sensoriales	Ninguna	0
	Alterac. Visuales	1
	Alterac. Auditivas	1
	Extremidades	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
Marcha	Normal	0
	Segura con ayuda	0
	Insegura con ayuda	1
	Imposible	0

Fuente: Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2008;11(1).

ANEXO V ESCALA DE BARTHEL

Evalúa la situación funcional de la persona mediante una escala que mide las AVD (Actividades básicas de la vida diaria). Es la más utilizada internacionalmente y es uno de los mejores instrumentos para monitorizar la dependencia funcional de las personas. Evalúa la capacidad funcional, detecta el grado de deterioro, monitoriza objetivamente la evolución clínica, sirve para diseñar planes de cuidados y de rehabilitación de forma interdisciplinar.

Dependencia total: menor de 20.

Dependencia grave: de 20 a 40.

Dependencia moderada: de 40 a 55.

Dependencia leve: 60 ó más.

COMER	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
VESTIRSE	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
ARREGLARSE	Independiente	5
	Dependiente	0
DEPOSICIÓN	Continente	10
	Accidente ocasional	5
	Incontinente	0
MICCIÓN	Continente	10
	Accidente ocasional	5
	Incontinente	0
IR AL WC	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
TRASLADO SILLÓN- CAMA	Independiente	15
	Mínima ayuda	10
	Gran ayuda	5
	Dependiente	0
DEAMBULACIÓN	Independiente: andando	15
	Necesita ayuda	10
	Independiente: silla de ruedas	5
	Dependiente	0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	Independiente	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0

Fuente; Incapacidad Funcional en Ancianos: Intervención de Enfermería. Centro Nacional de Investigaciones Científicas, Ciudad de la Habana, Cuba. Edición Septiembre 2009.

ANEXO VI ESCALA SOBRECARGA DE ZARIT

¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	De 0 a 4
¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo para usted?	
¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
¿Siente que su familiar depende de usted?	
¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
En general ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56. Fuente: Zarit: Escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. www.sexmfyc.es/aggregator/categories/2?page=

Recibido: 6 junio 2012.
Aceptado: 5 octubre 2012.