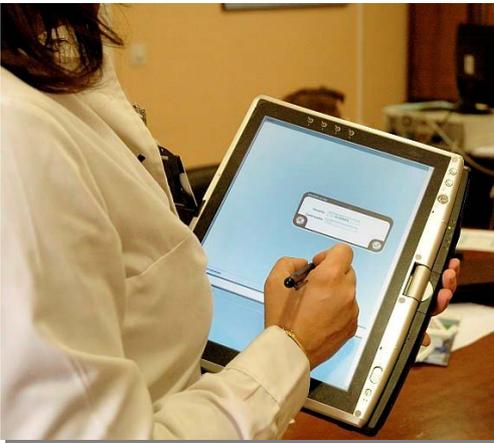




Hospital General



Guía de uso de la Hoja de Valoración de Enfermería

Adultos

El proyecto Estación de Enfermería (KARE) tiene como objetivo la elaboración de la primera etapa del proceso de atención de enfermería (planes de cuidados) que se ha materializado en la confección de una Hoja de Valoración de Enfermería (al ingreso y focalizada), que responda a las necesidades de los pacientes que requieren cuidados de enfermería en el nivel de asistencia especializada, en nuestro entorno asistencial y que utiliza un soporte de registro informatizado.

Grupo de trabajo

Se constituyó en Mayo del 2005 un grupo de trabajo con personal de enfermería de distintas unidades asistenciales, sus integrantes son:

Alcocer Medina, Rafael

Cotanda Sancho, Sonia

Garrido Bartolomé, Ángela (coordinadora de Enfermería)

Gracia Pérez, Francisco Javier

Marco Gisbert, Amparo

Muñoz Izquierdo, Amparo

Ochovo Rincón, Angélica

Piquer Bosca, Cecilia

Puchades Simó, Amparo

Salcedo Patricio, Ana Libertad

Sánchez Martínez, Vanesa

Índice

OBJETIVOS.....	4
CONSIDERACIONES GENERALES	4
Patrón 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD	5
Patrón 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO	9
Patrón 3: ELIMINACIÓN.....	13
Patrón 4: ACTIVIDAD / EJERCICIO	18
Patrón 5: SUEÑO – DESCANSO	20
PATRON 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO	22
Patrón 7: AUTOPERCEPCIÓN	27
Patrón 8: ROL-RELACIONES	29
Patrón 9: SEXUALITAT-REPRODUCCION	32
Patrón 10: ADAPTACIÓN –TOLERANCIA AL ESTRÉS	34
Patrón 11: VALORES Y CREENCIAS	37
Glosario de términos incluidos en la hoja de valoración de enfermería.....	38
Borrador de planes de cuidados estandarizados para todas las unidades asistenciales	40

OBJETIVOS

El objetivo de este documento es proporcionar una definición operativa de los patrones estudiados en la Hoja de Valoración del programa KARE, identificando los Diagnósticos de Enfermería más frecuentes, las Intervenciones de Enfermería adecuadas formuladas según la taxonomía NIC y los resultados esperados según la nomenclatura NOC.

CONSIDERACIONES GENERALES

La informatización de la Hoja de Valoración, pretende facilitar el trabajo de identificación de aquellas situaciones que impliquen riesgo o alteración y que suponen acciones de Cuidados de Enfermería...

La Hoja de Valoración al Ingreso pretende recoger toda la variabilidad de situaciones que pueden darse en nuestro Hospital, por lo que es muy amplia. Se presentan los diagnósticos enfermeros que se pueden presentar con mayor frecuencia, las intervenciones de enfermería, que tendremos que desarrollar y como evaluar el resultado de estas. El listado no es exhaustivo y se emplea la nomenclatura NANDA, NIC y NOC.

Para no sesgar el juicio enfermero con la etiqueta “normal”, hemos optado por utilizar el término “adecuado, sin alteración, funcional o normo funcional” para describir las situaciones en que estén dentro de parámetros de normalidad y tengamos que reforzar y ayudar a mantener.

Del conjunto de preguntas que se incluyen en cada patrón, dependiendo el motivo del ingreso y de las características individuales de cada persona ingresada (pacientes / clientes) en nuestra unidad asistencial, será necesario cumplimentar un grupo de preguntas, no son aplicables todas las preguntas para todos los pacientes. Sólo tenemos que cumplimentar aquellas que sean pertinentes en cada caso y cada momento. Existe un grupo de preguntas que su presencia implica siempre una alteración, (ejemplo alergias, bránulas heparinizada, sondaje uretral, heridas quirúrgicas, oxigenoterapia, etc.) en estos casos automáticamente el programa carga la alteración a la hoja de evolución.

Pero disponemos de otro grupo de preguntas que pueden evaluarse en el juicio enfermera como características definitorias o factores de riesgo par un Diagnóstico Enfermero o no, por ese motivo, el programa sólo las cargara si nosotros al realizar la valoración le indicamos que está alterada (haciendo clic en el cuadro que recoge el hecho de alteración).

Para hacer más ágil la lectura de la guía no se detallan todos los posibles valores que pueden adoptar las variables estudiadas. Todas las variables estudiadas se acompañan de un campo abierto para hacer anotaciones individualizadas.

Patrón 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD

En este patrón debe valorarse la percepción del paciente de su estado de salud¹, antes de la ocurrencia del suceso que ha motivado el ingreso actual. Podemos encontrarnos con diferentes situaciones:

1. Que el motivo del ingreso actual sea la agudización de un proceso ya existente, y por tanto el paciente ya tiene una experiencia anterior sobre el problema de salud que ha generado su ingreso (pacientes con Insuficiencia Cardíaca Congestiva).
2. Que el motivo del ingreso actual no este relacionado con un proceso ya existente, y por tanto el paciente no tiene experiencia anterior sobre el problema de salud que ha generado su ingreso (paciente con ICC que ingresa por cálculos renales).
3. Que sea la primera vez que una persona ingresa en un hospital, partiendo por tanto de una situación de “persona sana, sin problemas de salud”, que pasa a ser “una persona con un problema de salud”, y por tanto también en este caso nos encontramos con la situación de que el paciente no tiene experiencia sobre el problema de salud que ha generado su ingreso.

Nuestro objetivo en este patrón es *identificar aquellos aspectos en los que el paciente no tiene suficientes conocimientos, habilidades y destrezas, para mantener la salud y el bienestar.*

Las preguntas:

1. Percepción del estado de salud en general antes del ingreso
2. Problemas de salud
3. Medicación
4. Conocimiento de sus problemas de salud
5. Conocimiento de los cuidados que precisa
6. Aplicación adecuada del tratamiento

Nos permiten conocer si existen, o no, problemas que puedan responder a los siguientes diagnósticos de enfermería² (DE):

- Manejo efectivo del régimen terapéutico (el patrón de regulación e integración en la vida diaria de la persona de un programa para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas es satisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud)

¹ Entendemos la definición de salud, no como ausencia de enfermedad, sino como la capacidad de una persona para desarrollar sus roles sociales, físicos y mentales, en armonía consigo mismo y con su entorno.

² Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona a problemas de salud / procesos vitales, reales o potenciales, que proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que la enfermera es responsable, (NANDA 1999).

- Manejo inefectivo del régimen terapéutico (patrón de regulación e interacción en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud).
- Mantenimiento inefectivo de la salud (incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud).
- Conocimientos deficientes (carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico).
- Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico (patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa o programas para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado).

Estos DE nos permiten elegir las siguientes intervenciones³(CIE,NIC):

- Acuerdos con el paciente (Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico).
- Asesoramiento (utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales).
- Enseñanza: proceso de enfermedad (ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico).
- Manejo de la Alergia (identificación, tratamiento y prevención de las respuestas alérgicas a alimentos, medicamentos, picaduras,...).
- Manejo de la medicación (felicitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre disposición).

Mientras que los aspectos relacionados con el siguiente grupo de preguntas no van a permitir conocer el comportamiento del paciente frente a factores de riesgo para la salud.

7. Antecedentes de caídas / accidentes
8. Fumador
9. Ingesta de alcohol
10. Otras drogas

Que permitirán identificar los siguientes DE potenciales o reales:

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

³ Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico de, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado en un paciente (Clasificación de Intervenciones de Enfermería, Nursing Interventions Classification 2005).

- Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo (las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución inefectiva de los problemas, y a una serie de crisis autopertuadoras).

Y también las intervenciones NIC

- Prevención de caídas (establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesión por caídas).
- Prevención en el consumo de sustancias nocivas (potenciar un estilo de vida que evite el uso de alcohol y drogas)

Los planes de cuidados, del patrón Percepción/Manejo de la Salud, para responder a las alteraciones encontradas en el proceso de valoración, pueden evaluarse mediante los siguientes resultados⁴ (CRE, NOC):

- Aceptación del estado de salud (reconciliación con las circunstancias de salud).
- Conocimiento: medicación (grado de comprensión transmitida sobre el uso seguro de la medicación).
- Conocimiento: proceso de la enfermedad (grado de comprensión transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta).
- Conducta de cumplimiento (Acciones personales basadas en el asesoramiento profesional para promocionar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación).
- Conducta de prevención de caídas (Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal).
- Consecuencias de la adicción a sustancias psicoactivas (Gravedad del cambio en el estado de salud y en el funcionamiento social debido a la adicción a sustancias psicoactivas).

⁴ Estado, conducta o percepción más concreta de un individuo que sirve como indicación para medir un resultado. Los indicadores de los resultados del paciente susceptibles a las intervenciones enfermeras caracterizan el estado de un paciente a nivel concreto Clasificación de Resultados Enfermería, Nursing Outcomes Classification, 2005).

Definición operativa de los aspectos incluidos en el patrón (todos los aspectos estudiados en las opciones ofrecen un campo abierto para recoger las individualidades que acompañan a cada persona).

Variables	Definición operativo	Valores
Percepción del estado de salud en general antes del ingreso	Se quiere conocer la opinión, por lo que se recogerá su decisión sin emitir juicio clínico	Buena Regular Mala
Concordancia con la realidad	Este punto supone la valoración enfermera, entre la percepción del paciente, y la objetividad de sus condiciones de salud, siempre previas al motivo del ingreso. Es una variable que no siempre tiene que cumplimentarse, pues podemos carecer de información para emitir este juicio.	Adecuada Inadecuada
Problemas de salud	Se reflejan los problemas de salud más relevantes, esta pregunta tiene predefinidas algunas opciones, y se dispone de un campo abierto para anotar otras opciones. En este punto también se valoran las alergias, se especifican las más frecuentes, dejando un campo abierto para anotar las alergias de otro tipo. En caso de que no existan alergias se tendrá que anotar en la Hoja de Evolución, que no hay alergias conocidas/se desconoce en el momento del ingreso.	No Si (abre un segundo nivel los problemas de salud, se incluyen las alergias incluye un desplegado donde están contempladas todas las alergias más frecuentes)
Medicación	Hace referencia a la medicación que el paciente está tomando en el momento del ingreso. Indicaremos el fármaco con su nombre comercial, la dosis y la frecuencia de administración, indicando la hora de la última dosis en aquellos fármacos que requieran este nivel de especificación. Cuando el paciente no toma la medicación prescrita por el médico, anotaremos el motivo. En las que toma por su cuenta o en la terapias alternativas, anotaremos en el campo abierto la información que se nos trasmita	No Si (abre un segundo nivel para especificar la medicación que toma)
Conocimiento de sus problemas de salud	Se quiere conocer la opinión, por lo que se recogerá su decisión sin emitir juicio clínico	Buena Regular Mala
Conocimiento de los cuidados que precisa	Se quiere conocer la opinión, por lo que se recogerá su decisión sin emitir juicio clínico	Buena Regular Mala
Aplicación adecuada del tratamiento	Se quiere conocer la opinión, por lo que se recogerá su decisión sin emitir juicio clínico	Buena Regular Mala
Antecedentes de caídas / accidentes	Se quiere saber si el paciente ha tenido caídas o accidentes en el desarrollo de su actividad cotidiana o laboral, el objetivo es identificar posibles riesgos de caídas dentro del entorno hospitalario. Si la respuesta es afirmativa se despliega el Test de caídas.	No Si (Test de caídas)
Fumador	Esta dirigida a conocer el estilo de vida del paciente y la identificación de factores precursores de riesgo para la salud. En caso de que la respuesta sea positiva se abren dos test que permiten la cuantificación cuantitativa, y conocer la motivación del paciente para abandonar el hábito.	No Si (Test de Fargestrom y Test de Richmond)
Ingesta de alcohol	Esta dirigida a conocer el estilo de vida del paciente y la identificación de factores precursores de riesgo para la salud. En caso de que la respuesta sea positiva se abren dos test que permiten la cuantificación cuantitativa	No Si (Test de Cage camuflado y Cuantificación del consumo de alcohol)
Otras drogas	Esta dirigida a conocer el estilo de vida del paciente y la identificación de factores precursores de riesgo para la salud.	Se anotará el/las drogas consumidas en el campo abierto.

Patrón 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO

En este patrón debemos valorar:

- las costumbres del paciente a cerca del consumo de alimentos y líquidos en relación a sus necesidades metabólicas; posibles restricciones, preferencias particulares de alimentos, el uso de suplementos nutricionales. Posibles problemas en su ingesta.
- Las características y el estado de la piel y mucosas, cuero cabelludo, pelo y uñas.
- Los accesos vasculares de los que es portador.

Nuestro objetivo en este patrón es *identificar la dieta habitual del paciente para determinar si es adecuada a sus necesidades metabólicas, identificar problemas percibidos por el paciente, observar las características de la piel (importante en el equilibrio ingesta de nutrientes- necesidades metabólicas) y los accesos vasculares de los que es portador.*

Las preguntas:

1. Tipo de dieta habitual
2. Tipo de restricción en la dieta habitual
3. Apetito
4. Fluctuaciones de peso
5. Suplementos nutricionales
6. Transgresiones alimentarias
7. Transgresiones hídricas
8. Dificultad para la deglución de sólidos
9. dificultades para la deglución de líquidos

Nos permiten conocer si existen, o no, problemas que puedan responder a los siguientes diagnósticos de enfermería (DE):

- Desequilibrio nutricional: por defecto (Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas)
- Desequilibrio nutricional: por exceso (Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas)
- Déficit de volumen de líquidos (Disminución del líquido intravascular, intersticial o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida solo de agua, sin cambio en el nivel de sodio)
- Deterioro de la deglución (Funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

Estos DE nos permiten elegir las siguientes intervenciones (CIE;NIC):

- Manejo de la nutrición (Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos)
- Manejo de líquidos (Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados)
- Precauciones para evitar la aspiración (Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración)
- Terapia de la deglución (Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de una deglución defectuosa)

El reconocimiento físico y las siguientes preguntas:

10. Estado de la boca. Higiene buco dental
11. Estado de la piel, aspecto externo
12. Lesiones de la piel
13. Cuero cabelludo, pelo
14. Uñas
15. Accesos vasculares
16. Temperatura (reflejada en gráfica de constantes)

Nos permitirán identificar los siguientes DE potenciales o reales:

- Deterioro de la dentición (Alteración de los patrones de erupción o desarrollo de los dientes o de la integridad estructural de la dentadura)
- Deterioro de la integridad tisular (Lesión de las membranas mucosa o corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos)
- Deterioro de la mucosa oral (Alteración de los labios y tejidos blandos de la cavidad oral)
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada)
- Deterioro de la integridad cutánea (Alteración de la epidermis, la dermis o ambas)
- Riesgo de infección (Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos)
- Hipertermia (Elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal)
- Hipotermia (Temperatura corporal por debajo de la normalidad)

Y también las intervenciones NIC:

- Mantenimiento de la salud bucal (mantenimiento y fomento de la higiene bucal y la salud dental en pacientes con riesgo de desarrollar lesiones bucales o dentales)

- Restablecimiento de la salud bucal (Fomento de la curación de un paciente que tiene una lesión dental o de la mucosa bucal)
- Vigilancia de la piel (recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas)
- Cuidados de las heridas (Prevención de las complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas)
- Manejo de presiones (Minimizar la presión sobre las partes corporales)
- Prevención de las úlceras por presión (Prevención de la formación de úlceras por presión en un paciente con alto riesgo de desarrollarlas)
- Protección contra las infecciones (Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo)
- Control de infecciones (Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos)
- Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (Manejo del paciente con acceso venoso prolongado mediante catéteres perforados o no perforados y los implantados)
- Regulación de la temperatura (Consecución y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen normal)

Para dar respuesta a las alteraciones encontradas en el proceso de valoración se elaboran los planes de cuidados. Los planes de cuidados del patrón Nutricional-Metabólico pueden evaluarse mediante los siguientes resultados (CRE, NOC):

- Control de peso (acciones personales para conseguir y mantener un peso corporal óptimo para la salud)
- Estado de deglución (medida en que se produce el tránsito de líquidos y/o sólidos desde la boca al estómago)
- Estado nutricional: ingestión alimentaría y de líquidos (cantidad de ingestión alimentaría y líquida durante un periodo de 24 horas)
- Estado de los signos vitales (temperatura, pulso y presión arterial dentro del rango esperado para el individuo)
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas (indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas)
- Salud bucal (estado de la boca, dientes, encías y lengua)
- Control de riesgo (acciones para eliminar o reducir las amenazas para la salud, reales, personales y modificables)

Definición operativa de los aspectos incluidos en el patrón (todos los aspectos estudiados en las opciones ofrecen un campo abierto para recoger las individualidades que acompaña a cada paciente)		
Variables	Definición operativa	Valores
Tipo de dieta habitual en el domicilio	Se quiere conocer la dieta que el paciente Lleva de forma habitual en su domicilio	Se anotara en el campo abierto
Dieta prescrita por el médico	Hace referencia a la dieta que ha indicado el médico.	Libre Especial (incluye un desplegable donde están contempladas todas las dietas de la hoja de dietas actual)
Encuesta nutricional dieta habitual en el domicilio	Disponer de un instrumento objetivo para evaluar el comportamiento del paciente en la alimentación	Encuesta nutricional (establecer cálculo de nutrientes y evaluar adecuación o disfunción)
Tipo de restricción en la dieta habitual	Si realiza alguna restricción antes del ingreso	Restricciones por IMAOS Restricciones por Sintrom Restricción voluntaria Aversión a algún alimento Motivos culturales
Apetito	Hace referencia a como ha sido su apetito en el periodo de tiempo anterior al ingreso	Normal Disminuido Aumentado Inapetente
Fluctuaciones en el peso	Indicar si últimamente ha tenido cambios en el peso	No Si (mas opciones para indicar perdida o ganancia , periodo de tiempo y motivo)
Suplementos nutricionales	Averiguar si toma algún tipo de suplemento	No Si (Proteicos y Dietéticos)
Transgresiones alimentarias	Esta dirigida a conocer el estilo de vida del paciente y a identificar las transgresiones	No Si (se abre un segundo nivel donde se especifican las transgresiones)
Transgresiones hídricas	Esta dirigida a conocer el estilo de vida del paciente y a identificar las transgresiones	No Si (se abre un segundo nivel donde se especifican las transgresiones)
Dificultad para la deglución de sólidos	Identificar si el paciente presenta alguna dificultad, cual es la causa y si precisa de algún aporte especial	No Si (abre un segundo nivel donde expondremos el motivo de la dificultad y para especificar los aportes especiales)
Dificultad para la deglución de líquidos	Identificar si el paciente presenta alguna dificultad, cual es la causa y si precisa de algún aporte especial	No Si (abre un segundo nivel donde expondremos el motivo de la dificultad)
Estado de la boca	Realizar un examen para valorar el estado de la mucosa oral, de la salud bucal, dientes y encías	Completa Incompleta Prótesis
Valoración del estado de salud bucal Oag-PC	Recoge información sobre diferentes aspectos, los labios, el olor, la movilidad de los dientes,.. Tiene 3 niveles 1 es adecuada, 2 los cambios son de poca importancia en la condiciones orales sin compromiso serio de la integridad epitelial o de la función y 3 si hay compromiso de la integridad de la función. El anexo 1 la muestra completa.	Se recoge información sobre diferentes aspectos
Lesiones de la boca	Nos permite identificar el tipo de lesión que encontramos en la boca como consecuencia de acciones que no están relacionadas con la higiene, por ejemplo convulsiones, caídas accidentales, etc..	No Si (abre la posibilidad de indicar el tipo de lesión)
Estado de la mucosa oral	Permite identificar las lesiones de la mucosa oral	Sin alteración Con alteración (permite seleccionar el tipo de lesión)
Estado de la piel, aspecto externo	Valoraremos el estado externo de la piel.	Adecuado Inadecuado (permite identificar el color, temperatura, tacto y fragilidad)
Valoración del riesgo UPP	Es la valoración del riesgo que funciona en nuestro hospital, diseñada por la unidad de úlceras	
Lesiones de la piel	Valoraremos las distintas lesiones que se puedan presentar incluyendo una descripción de las mismas.	No Si (abre una segundo nivel donde se especifica los tipos de lesiones más frecuentes, se incluye aquí las heridas producidas por las intervenciones quirúrgicas)
Cuero cabelludo, pelo	Valorar su estado identificando alteraciones	Adecuado Alopecia Parásitos
Uñas	Valorar su estado identificando alteraciones	Adecuadas Artificiales Alteradas (abre un siguiente nivel donde se especifican las alteraciones más frecuentes)
Accesos vasculares	Identificaremos todos los accesos de los que es portador el paciente anotando fecha de instauración, cambio/retirada, localización y numero de catéter	No Si (se detallan los diferentes tipos de accesos vasculares y para cada opción existente abre campos para anotar la información necesaria)

Patrón 3: ELIMINACIÓN.

En este patrón se valora la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones⁵.

Al ingreso pueden presentarse diferentes situaciones:

1. Que el ingreso esté motivado por una patología que conlleve una incapacidad orgánica de eliminación urinaria, fecal o de transpiración.
2. Que el paciente sea portador de algún dispositivo de eliminación urinaria o fecal y su patología actual no esté relacionada, con el proceso ya existente.
3. O bien que el paciente independientemente de su patología, presente manifestaciones de dependencia para la eliminación de sustancias de desecho.

El objetivo en este patrón es *valorar la regularidad y el control de la eliminación urinaria, intestinal y de transpiración.*

La realización de las preguntas siguientes:

- 1-Eliminación (urinaria e intestinal).
- 2-Incontinencia (urinaria y fecal).
- 3-Características: color, olor, etc.(orina y heces).
- 4-Existencia de dispositivos (sondas, catéteres, drenajes, ostomías).

Nos ayudaran a conocer la existencia de algún problema que se identifique, con alguno de los siguientes DE:

- Deterioro de la eliminación urinaria (trastorno de la eliminación urinaria)
- Retención urinaria (vaciado incompleto de la vejiga).
- Incontinencia urinaria de urgencia (emisión involuntaria de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar)
- Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia (riesgo de sufrir una emisión involuntaria de orina asociada a una sensación súbita e intensa de urgencia de orinar).
- Incontinencia urinaria total (pérdida de orina continua e imprevisible).
- Incontinencia urinaria refleja (pérdida involuntaria de orina a intervalos previsibles, cuando se alcanza un volumen vesical específico)

⁵ La eliminación de las sustancias de desecho del metabolismo es vital para el funcionamiento del organismo. Para deshacernos de estas es necesaria la conjunción de diversos sistemas del individuo sano.

- Incontinencia urinaria funcional (incapacidad de una persona, normalmente continente, de poder llegar al inodoro a tiempo para evitar la pérdida involuntaria de orina).
- Incontinencia urinaria de esfuerzo (pérdida de orina inferior a los 50ml al aumentar la presión abdominal).
- Disposición para mejorar la eliminación urinaria (patrón de la función urinaria que es suficiente para satisfacer las necesidades de eliminación y puede ser reforzado).
- Incontinencia fecal. (Cambio en el hábito de eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces).
- Estreñimiento. (Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras o secas).
- Estreñimiento subjetivo. (Autodiagnóstico de estreñimiento y abuso de laxantes, enemas y supositorios para asegurar una evacuación intestinal diaria).
- Riesgo de estreñimiento. (Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces o eliminación de heces duras y secas).
- Diarrea. (Eliminación de heces líquidos, no formadas).
- Riesgo de infección. (Aumento de riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos).
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. (Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada).

Las intervenciones (CIE, NIC) para estos diagnósticos serían los siguientes:

- Cuidados de incontinencia urinaria (ayudar a fomentar la continencia urinaria y mantener la integridad de la piel perineal).
- Cuidados de la incontinencia urinaria: ENURESIS (estimulación de la continencia urinaria en niños).
- Manejo de la eliminación urinaria (mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo).
- Cuidados de la retención urinaria (ayudar a aliviar la distensión de la vejiga).
- Entrenamiento de la vejiga (mejoría de la función de la vejiga en aquellas personas afectadas de incontinencia de urgencia aumentando la capacidad de la vejiga para mantener la orina y la capacidad del paciente para suprimir la micción).
- Entrenamiento del hábito urinario (establecer un esquema predecible de vaciado de la vejiga para evitar la incontinencia en personas con la capacidad cognoscitiva limitada, que padecen incontinencia de urgencia, de estrés o funcional).

- Ejercicio del suelo pélvico (fortalecimiento y entrenamiento de los músculos elevador del ano y urogenital mediante la contracción voluntaria y repetida para disminuir la incontinencia por estrés, de urgencia o tipos mezclados de incontinencia urinaria).
- Cuidados de catéter urinario (actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario).
- Sondaje vesical (inserción de un catéter en la vejiga para el drenaje temporal o permanente).
- Sondaje vesical intermitente (uso periódico de forma regular de un catéter para vaciar la vejiga).
- Irrigación de la vejiga (infusión de una solución en la vejiga con propósitos de limpieza o medicación).
- Cuidado del drenaje (actuación ante un paciente con un dispositivo de drenaje externo en el cuerpo).
- Cuidados de la ostomía (asegurar la eliminación a través de un estoma y cuidados del tejido circundante).
- Cuidados incontinencia intestinal (estimulación de la continencia intestinal y mantenimiento de la integridad de la piel perianal).
- Cuidados en la incontinencia intestinal: encopresis (fomento de la incontinencia intestinal en niños).
- Manejo intestinal (establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal de esquema regular).
- Manejo de la diarrea (prevención y alivio de la diarrea).
- Manejo del estreñimiento / impactación (prevención y alivio del estreñimiento / impactación).
- Entrenamiento intestinal (ayuda al paciente en la educación del intestino para que evacue a intervalos determinados).
- Irrigación intestinal (instilación de sustancias en el tracto gastrointestinal inferior).
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico (aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la pérdida de solución de continuidad).
- Control de infecciones (minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos).

Los planes de cuidados del patrón Eliminación para responder a las alteraciones encontradas en el proceso de valoración, pueden evaluarse mediante los siguientes resultados NOC:

- Eliminación intestinal (capacidad del tracto gastrointestinal para formar y evacuar heces de forma efectiva).

- Eliminación urinaria (capacidad del sistema urinario para filtrar productos de desecho, conservar solutos y recoger y eliminar la orina de una forma saludable).
- Continencia intestinal (control de la eliminación de heces procedentes del intestino).
- Continencia urinaria (control de la eliminación de orina).
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas (indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas).
- Conocimiento: control de la infección (grado de la comprensión transmitida sobre la prevención y el control de infección).

Definición operativa de los aspectos incluidos en el patrón (todos los aspectos estudiados en las opciones ofrecen un campo abierto para recoger las individualidades que acompañan a cada persona)

Variables	Definición operativo	Valores
Eliminación urinaria	Asegurar la adecuada Eliminación urinaria	Adecuada Inadecuada (abre un segundo nivel donde se especifican las alteraciones)
Incontinencia	Saber si hay una pérdida involuntaria de orina. Si la respuesta es afirmativa podremos anotar el tipo de incontinencia, si lleva medidas auxiliares y cuáles son y durante que periodo del día las necesita.	No Si: (tipo, medidas auxiliares durante el día, medidas auxiliares durante la noche, dificultad para retrasar la micción, dificultades para llegar al cuarto de baño)
Sonda uretral	Si el paciente está sondado indicaremos tipo de sonda, nº de la misma, si es rígida como está fijada, fecha de instauración, y así como la fecha de cambio o retirada de la misma. Para las sondas Foley permanente el programa calculará la fecha directamente (28 días).	
Punción suprapúbica	Conocimiento de su existencia	No Si
Catéteres ureterales	Conocimiento de su existencia, localización y tipo de fijación. Si la respuesta es afirmativa se abrirán campos donde podremos indicar tipos de fijación.	No Si (especificar la ubicación del/catéteres)
Nefrostomía	Conocimiento de su existencia	No Si (zona lumbar derecha o izquierda y apósitos)
Cistostomía suprapúbica	Conocimiento de su existencia	NO Si (indicar)
Urostomía	Conocimiento de su existencia, localización y tipo de fijación. Si la respuesta es afirmativa se abrirán campos donde podremos indicar tipo de placa, estado del estoma y piel circundante, tipo de bolsa y si el paciente realiza los autocuidados.	No Si
Color	Visualizar el color y diferenciar del color amarillento usual. En este punto si la opción hematuria es afirmativa anotaremos si necesita lavados vesicales y con que frecuencia.	Transparente Turbio Colúrica Piuria Hematuria
Olor	Detectar cualquier olor que nos parezca anormal (el olor de la orina es aromático).	Adecuado Inadecuado (abre un segundo nivel con las opciones más frecuentes)
Reeducación urinaria	Conocer si el paciente va a necesitar nuestra intervención. Al alta se volverá a valorar.	No Si
Eliminación intestinal. Nº de deposiciones	Conocer si es adecuada la eliminación de desechos desde el recto.	Nº de deposiciones
Utilización de laxantes	Conocer si existe una mala utilización de los laxantes.	-No -Ocasionalmente -Habitualmente
Características de las heces	Conocer color y consistencia de las heces.	Adecuadas Inadecuadas (abre un segundo nivel para especificar las características)
Incontinencia fecal	Averiguar si hay pérdida del control normal de los intestinos.	No Si (abre un segundo nivel donde se detallan las medidas auxiliares)
Hemorroides	Averiguar si las hay, los posibles síntomas.	No Si
Ostomía	Conocimiento de su existencia y localización. Si es afirmativo se abrirá un campo donde podremos anotar el tipo de ostomía. Estado del estoma, estado de la piel circundante al estoma, tipo de bolsa, y si el paciente realiza los autocuidados.	No Si
Sonda rectal		Si No
Sudoración	Conocer si para el paciente la transpiración supone algún problema.	Adecuada Inadecuada (abre un segundo nivel para anotar las características)
Edemas	Se quiere saber si en alguna parte del cuerpo aparece hinchazón o acumulación de líquido.	No Si (abre un segundo nivel para indicar la localización)
Drenajes	Saber si el paciente lleva algún tipo de drenaje, para la evacuación de exudados. Si es afirmativa, nos aparecerá un campo, donde podremos anotar, tipo y localización y además un campo abierto para anotaciones.	No Si (abre un segundo nivel donde indicar el tipo, localización)

Patrón 4: ACTIVIDAD / EJERCICIO

En este patrón debe valorarse la actividad básica de la vida diaria (ABVD) de una persona para realizar las tareas relacionadas con, actividades de cuidado personal, preparar e ingerir la comida y moverse con resolución.

A la hora de valorar la función física de una persona podemos encontrarnos con que:

- Previo al ingreso la persona era completamente independiente
- Previo al ingreso la persona era completamente dependiente
- Previo al ingreso la persona era parcialmente dependiente
- Que la incapacidad se produzca durante el ingreso como consecuencia de un determinado proceso patológico, caída o resultado de un efecto iatrogénico.

Los objetivos de éste patrón son *aportar conocimientos y medios necesarios, para que el paciente pueda desenvolverse físicamente en cuanto a movilidad y realizar sus cuidados personales de comer e higiene, también se incluye la respiración y la necesidad de dispositivos de tracción.*

Escala de Barthel, instrumento que mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto

Nos va a proporcionar los datos necesarios para realizar los D.E. potenciales o reales de:

- Intolerancia a la actividad (insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas).
- Deterioro de la movilidad física (limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades)
- Riesgo de caídas (aumento a la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico).

Las intervenciones NIC que incluirán estos diagnósticos de enfermería son:

- Terapia de ejercicios: control muscular (utilización de protocolos de actividad o ejercicios específicos para mejorar o restablecer el movimiento controlado del cuerpo)
- Terapia de ejercicios: deambulación (estímulo y asistencia en la deambulación para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento o recuperación de una enfermedad o lesión)
- Terapia de ejercicios: equilibrio (utilización de actividades posturas y movimientos específicos para mantener potenciar o restablecer el equilibrio)
- Terapia de ejercicios: movilidad articular (realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular)
- Ayuda con los autocuidados: alimentación (ayudar a una persona a comer)
- Ayuda con los autocuidados: baño/higiene (ayudar al paciente a realizar la higiene)

personal)

- Prevención de caídas (establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesión por caídas)

Los planes de cuidados del patrón actividad/ejercicio para actuar sobre las alteraciones detectadas en el proceso de valoración pueden evaluarse mediante los siguientes resultados de enfermería NOC/CRE:

- Nivel de movilidad (capacidad para moverse con resolución)
- Cuidados personales: comer (capacidad para preparar e ingerir la comida)
- Cuidados personales: higiene (capacidad para mantener la higiene personal)
- Conducta de prevención de caídas (acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal)

Variables	Definición operativa	Valores
Actividades de la vida cotidiana	Actividades básicas de la vida diaria	Escala de Barthel
Comportamiento motor	Este punto supone la valoración enfermera sobre el carácter de la persona y su reacción al contexto en el que se encuentra	Adecuado al contexto Controlable limitante Controlable ilimitante Inhibición Agitación Inquietud Temblores Estereotipias Reacciones extrapiramidales
Tipo de respiración	Nos indicará si existen limitaciones respiratorias que repercutan en la actividad/ejercicio	Adecuada Taquipnea Bradipnea Ortopnea Disnea esfuerzo Disnea reposo
Oxigenoterapia	Si el paciente precisa aporte de oxígeno habrá que incluir en el DE las intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso	No Gafas Ventimax BY PAP
Secreciones	En este punto lo que se pretende conocer es si el paciente es expectorador habitual, si precisa aerosol terapia o que se le aspiren secreciones	No Si (aspiración de secreciones)
Movilidad limitada	En este punto se pretende conocer el grado de deterioro de la movilidad física	No Si (abre un segundo nivel para especificar las limitación)
Dispositivos de tracción	La importancia de este punto radica en que dependiendo del tipo de tracción habrá que dirigir nuestras intervenciones a terapia de ejercicios de movilidad articular, de control muscular y deambulacion si procede	No Si (tracción percutánea, tracción transesquele-tica)
Dispositivos que facilitan el movimiento	Permite identificar si necesitamos de aparatos para facilitar el movimiento del paciente	No Si (incorporadotes)

Patrón 5: SUEÑO – DESCANSO

Se describen los patrones de sueño / descanso a lo largo del día.

El objetivo de esta valoración es *describir la efectividad del sueño/descanso desde la perspectiva del paciente*.

Los datos recogidos en la valoración al ingreso permiten identificar el patrón de sueño/descanso del paciente en su práctica habitual, las valoraciones focalizadas nos permitirán identificar el comportamiento del sueño/descanso, durante el periodo de hospitalización.

Este patrón puede no ser evaluable en el momento del ingreso por diferentes motivos, entre otros:

- Pacientes que están inconscientes, sedados, otras situaciones que deterioren el nivel de conciencia.
- Pacientes ingresados en unidades especiales que dado su nivel de cuidados, no se tienen periodos de tiempo suficientemente largos para poder obtener sueño reparados.

Los DE:

- Deterioro del patrón del sueño (trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo). Deterioro del patrón del sueño (trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo).
- Deprivación del sueño (períodos de tiempo prolongados sin la suspensión periódica, naturalmente sostenidas, de relativa inconciencia).
- Disposición para mejorar el sueño (el patrón de suspensión natural y periódica de la conciencia que proporciona el reposo adecuado permite el estado de vida deseado, y puede mejorarse).

La intervención NIC: Fomentar el sueño (facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia).

El resultado NOC: Descanso (grado y patrón de la disminución de la actividad para la recuperación mental y física).

Definición operativa de los aspectos incluidos en el patrón (todos los aspectos estudiados en las opciones ofrecen un campo abierto para recoger las individualidades que acompañan a cada persona). Recordar que este patrón puede presentar valores distintos en la valoración al ingreso (que refleja el comportamiento antes del ingreso) y las valoraciones focalizadas (que reflejan el comportamiento de este aspecto en el periodo de hospitalización).

Aspecto estudiado	Definición operativo	Opciones
Número de horas que duerme durante la noche	Valoración cuantitativa de las horas dedicadas al descanso. Cualquier opción puede ser sugerente de alteraciones, si se acompaña en la siguiente pregunta de la opción "no"	Menos de 5 5/7 8 Más de ocho
Se siente descansado después de dormir	Conocer la repercusión que el sueño tiene en la recuperación física y mental	Si No
Problemas para del sueño	En esta pregunta nos interesa conocer los factores que pueden estar alterando el patrón del sueño/descanso. La opción "si" se acompaña de motivos concretos que pueden estar presentes. Se puede dar la situación de que más de un aspecto este presente al mismo.	No Si (se abre un segundo nivel donde se detallas problemas del sueño)
Otros horarios de sueño	El objetivo de esta pregunta es conocer si existen otros horarios de sueño, que puedan completar el parel reparador de esté patrón, y también identificar si hay un patrón de sueño invertido. La opción "si", se acompaña la especificación del número de horas que se duerme por la mañana y por la tarde.	No Si 1.Número de horas que se duerme por la mañana. 2.Número de horas que se duerme por la tarde.
Cuando la pregunta anterior tenga una respuesta positiva podremos evaluar los problemas con este cuestionario, el cuestionario aparece en un segundo nivel <ul style="list-style-type: none"> Cuestionario de Oviedo del sueño 	Es una valoración opcional, solo en aquellos casos que se considere pertinente. Es un cuestionario dirigido a población general con trastornos depresivos, costa de 15 ítems. Se valorar aspectos de satisfacción subjetiva del sueño, insomnio, e hipersomnio, también valora el uso de ayudas para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueños. La escala de inmsonio oscila entre 9 y 45, donde la mayor puntuación equivale a mayor gravedad del insomnio.	Los ítems se puntúan de 1 a 5, excepto el ítem 1, que se puntúa de 1 a 7.
Medidas auxiliares	El propósito de esta pregunta es conocer la existencia de comportamientos en los pacientes que son reforzadores del descanso. En el caso de la medicación se anotaran el/los fármaco/s que se tomen, y se comunicara al médico. Se son otro tipo de medidas se pediera al paciente que intente también seguir su comportamiento durante la hospitalización, si el entorno lo permite.	No Si (se abre un segundo nivel donde se detallan las medidas auxiliares)

PATRON 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO

La información del entorno interno y externo se canaliza a través de los receptores sensoriales y se transmiten a los centros cerebrales que se ocupan de la percepción y la cognición.

La disfunción o el retraso en los procesos cognitivos como la atención, orientación, memoria, resolución de problemas y resolución de problemas pueden producir dependencia de otros.

Las personas con alteraciones cognitivas pueden experimentar una sobrecarga en un entorno con una estimulación sensorial alterada.

El dolor es una sensación individual de la persona, por lo tanto la autoridad sobre la presencia y la intensidad del mismo se le reconoce a la persona que lo sufre.

En este patrón debemos valorar:

- Cual es el estado sensorial y perceptivo, así como el estado cognitivo y motor del individuo.
- Las funciones sensoriales: visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas, además del uso de ayudas o prótesis para su corrección
- La presencia o no de dolor y el modo de manifestarlo, verbal (descripción del dolor, intensidad, localización, carácter, frecuencia y signos y síntomas asociados) o no verbal (expresión facial, agitación, diaforesis, posición de defensa)
- Las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, memoria, lenguaje y alteración del proceso del pensamiento.

Nuestro objetivo en este patrón *es identificar si existe alteración y /o fluctuación en el nivel de conciencia y en el estado cognitivo/ motor del individuo, así como la respuesta de los pacientes al dolor.*

Los DE asociados a este patrón son:

- Trastorno de la percepción sensorial (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)
- Déficit de autocuidado: baño / higiene, uso W.C.; vestido /acicalamiento (deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de: baño / higiene, uso W.C.; vestido /acicalamiento)
- Deterioro de la comunicación verbal (disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos)
- Deterioro de la memoria (incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales).
- Síndrome de deterioro de la interpretación del entorno (falta constante de orientación respecto a las personas, el espacio o las circunstancias, durante 3 o 6 meses que requiere un entorno protector)

- Dolor agudo (experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (Internacional Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad o grave con un final anticipado o previsible y una duración menor a 6 meses).
- Dolor crónico (experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (Internacional Associations for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración mayor de 6 meses).

Las intervenciones NIC:

- Administración de analgésicos (utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor)
- Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (facilitar el control por parte del paciente de la administración y regulación de los analgésicos).
- Ayuda al autocuidado: alimentación, aseo, baño/ higiene, vestir /arreglo personal (ayuda a una persona a ...)
- Cambio de posición neurológico (conseguir una alienación corporal óptima y adecuada para el paciente que experimenta o se encuentra en riesgo de padecer una lesión de columna vertebral o irritabilidad vertebral)
- Estimulación cognoscitiva (favorecer la conciencia y comprensión del entorno por medio de la utilización de estímulos planificados)
- Mejorar la comunicación: déficit auditivo (ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con una disminución de la capacidad auditiva)
- Mejorar de la comunicación: déficit, del habla (ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con trastornos del habla)
- Mejorar de la comunicación: déficit visual (ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con disminución de la agudeza visual)
- Identificación de riesgos: genéticos (identificación y análisis de posibles factores de riesgo genético en un individuo, familia o grupo)
- Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo)protección y recuperación segura de la parte corporal afectada de un paciente, a la vez que se le ayuda a adaptarse a capacidades perceptivas perturbadas)
- Manejo de la demencia (promover un ambiente modificado para el paciente que experimenta un estado de confusión crónico)
- Manejo de la sensibilidad periférica alterada (prevenir o minimizar lesiones o molestias en el paciente con la sensibilidad alterada)

- Manejo de las alucinaciones (estimulación de la sensación de seguridad, comodidad y orientación en la realidad de un paciente que experimenta alucinaciones)
- Manejo de las convulsiones (cuidados del paciente durante un ataque convulsivo y el estado postictal)
- Manejo del delirio (disposición de un ambiente seguro y terapéutico para el paciente que experimenta un estado confuso agudo)
- Manejo de la disreflexia (prevención y eliminación de los estímulos causados por reflejos hiperactivos y respuestas autónomas en un paciente que padece una lesión de columna cervical o dorsal superior)
- Manejo del dolor (alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente)
- Manejo del edema cerebral (limitación de lesiones cerebrales secundarias derivada de la inflamación del tejido cerebral)
- Mejora de la perfusión cerebral (fomento de una perfusión adecuada u limitación de complicaciones en un paciente que experimenta o corre el riesgo de experimentar una perfusión cerebral incorrecta)
- Monitorización de la PIC (medidas e interpretación de los datos del paciente para regular la presión intracraneal)
- Monitorización neurológica (recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar las complicaciones neurológicas)
- Potenciación de la imagen corporal (mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo)
- Precauciones con la hemorragia subaracnoida (disminución de estímulos o factores internos y externos para minimizar el riesgo de hemorragias recurrentes antes de una cirugía de aneurisma)
- Precaución contra las convulsiones (prevenir o minimizar lesiones potenciales sufridas por un paciente con un trastorno de ataques convulsivos conocido)
- Precauciones en el embolismo (disminución del riesgo de formación de émbolos en el paciente con trombos en riesgo de desarrollar trombos)
- Reestructuración cognitiva (estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista)
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol (cuidado de un paciente que experimenta una retirada brusca en el consumo de alcohol)

Las alteraciones en el proceso de valoración pueden evaluarse mediante los resultados NOC

- Comunicación (recepción, interpretación y expresión de los mensajes verbales, escritos y no verbales)

- Comunicación: expresiva (expresión de mensajes verbales y no verbales con sentido)
- Estado neurológico (capacidad del sistema nervioso central y periférico para recibir, procesar y responder a los estímulos externos e internos)
- Estado neurológico: autónomo (capacidad del sistema nervioso central y periférico para coordinar la función víscera y homeostática)
- Estado neurológico: consciencia (despertar, orientación y atención hacia el entorno)
- Estado neurológico: control motor central (capacidad del sistema nervioso central para coordinar la capacidad muscular esquelética para el movimiento corporal)
- Estado neurológico: función sensitiva7motora de pares craneales (capacidad de los nervios craneales para transmitir impulso sensitivos y motores)
- Estado neurológico: función sensitiva7motora medular (capacidad de los nervios medulares para transmitir impulsos sensitivos y motores)
- Cuidados personales actividades de la vida diaria (capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y actividades de cuidado personal) Control del dolor(acciones personales para controlar el dolor)
- Cuidados personales: comer (capacidad para preparar e ingerir la comida)
- Cuidados personales: higiene (capacidad para mantener la higiene personal)

Variables	Definición operativa	Valores
Nivel de conciencia	Identificación del estado neurológico del paciente desde la vigilia hasta el coma	Escala de Glasgow
Situación del paciente	Identifica el grado de minusvalía previo al episodio que origina el ingreso, en el momento del ingreso ya al alta	Escala de Rankin modificada
Funciones mentales y motoras	Útil en pacientes que no estén en coma, sirve para monitorizar la evolución de las funciones mentales y motoras	Escala canadiense.
Orientación Temporo-Espacial	Complementa los aspectos valorados en las escalas	Adecuada Inadecuada (abre un segundo nivel para detallar la inadecuación)
Visión	Saber cual es el estado de la visión y si es preciso el uso de medidas correctoras como gafas o lentillas	Limites normales Afectada (abre un segundo nivel para detallar la inadecuación)
Audición	Identificar las posibles alteraciones del órgano auditivo y la necesidad de uso de aparatos de ayuda	Adecuada Inadecuada (abre un segundo nivel para detallar la inadecuación)
Olfato	Identificar alteraciones en el olfato	Adecuada Inadecuada (abre un segundo nivel para detallar la inadecuación)
Gusto	Identificar alteraciones en el sentido del gusto	Adecuada Inadecuada (abre un segundo nivel para detallar la inadecuación)
Tacto	Identificar alteración en el sentido del tacto, sensación térmica	Adecuada Inadecuada (abre un segundo nivel para detallar la inadecuación)
Vértigo	Conocer si el paciente presenta vértigo.	No Si
Alteraciones sensoroperceptivas / Alucinaciones	Identificar si el paciente presenta algún tipo de alteración sensoroperceptiva (alucinación)	No Si (abre un segundo nivel para detallar la inadecuación)
Dolor	Conocer si se presenta o no dolor, de que tipo es y como lo afronta el paciente	No Si (abre un segundo nivel para detallar la inadecuación) Se identifica con el Cuestionario del dolor español CDE, y
Memoria	Identificar alteraciones en el curso de la memoria	Adecuada Inadecuada (abre un segundo nivel para detallar la inadecuación)
Pensamiento	Identificar alteraciones en la estructura del pensamiento en cuanto a las variables de	Adecuada Inadecuada (abre un segundo nivel para detallar la inadecuación)
Expresión del lenguaje	Identificar alteraciones en las distintas variables de las expresiones del lenguaje.	Adecuada Inadecuada (abre un segundo nivel para detallar la inadecuación)
Dificultades del aprendizaje	Identificar la presencia o no de dificultad para el aprendizaje	Si No
Deterioro cognitivo	Identificar la presencia o no de deterioro cognitivo	Si No

Patrón 7: AUTOPERCEPCIÓN

Define la percepción y el concepto que tiene de sí misma la persona. Incluye información sobre el estado de ánimo, ideas y actitudes sobre uno mismo y sus competencias (cognitivas, afectivas o físicas), además de comportamientos verbales y no verbales.

Autoconcepto y autoestima son dos conceptos relacionados con el desarrollo personal y social, que facilitan la integración social, las habilidades de interacción, las relaciones familiares y las afectivas.

El objetivo de la valoración de este patrón persigue *conocer la respuesta emocional general de la persona, así como sus creencias y posteriores evaluaciones relativas a su valía personal.*

Los DE que podemos encontrarnos son:

- Desesperanza (estado subjetivo en que las persona percibe pocas o ninguna alternativa o lecciones personales, y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho)
- Riesgo de soledad (riesgo de experimentar una vaga disforia –inestabilidad emocional, ansiedad y frecuentes reacciones coléricas-)
- Impotencia (percepción de que las propias acciones no varían significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o un acontecimiento inmediato)
- Baja autoestima crónica (larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades)
- Baja autoestima situacional (desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual)
- Riesgo de baja autoestima situacional (riesgo de desarrollar una negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual –especificar-)
- Trastornos de la imagen corporal (confusión en la imagen mental del yo físico)

Las intervenciones NIC:

- Clarificación de valores (ayuda a una persona a clarificar sus valores con el objetivo de facilitar la toma de decisiones efectivas)
- Dar esperanza (facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva en una situación dada)
- Control del humor (proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico)
- Apoyo en toma de decisiones (proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios)

- Fomentar la resistencia (ayuda a individuos en el desarrollo , uso y fortalecimiento de factores protectores para ser utilizados para hacer frente a tensiones ambientales o sociales)
- Potenciación de la socialización (facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros)
- Potenciación de la autoestima (ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia vida)
- Potenciación de la imagen corporal (mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo)

Los resultados NOC:

- Implicación social (interacciones sociales con personas, grupos u organismos)
- Autoestima (juicio personal sobre la capacidad de uno mismo)

Variables	Definición operativa	Valores
Pérdidas o cambios principales en el año anterior	Se refiere a cambios en la imagen corporal: problemas físicos que puedan generar dolor y malestar, deterioro físico, intelectual o pérdida funcional, y situaciones de pérdidas materiales, económicas, sociales o afectivas importantes para la persona	No Sí
Estado emocional	Estado de ánimo, ideas y actitudes sobre sí mismo	Satisfecho Tranquilo / relajado Ansioso / inquieto Triste / deprimido Campo para anotaciones
Reactividad emocional	Se incluyen aquí tanto las emociones como el humor. La emoción es una respuesta transitoria de la persona, desencadenada por el ingreso, mientras que el humor o estado afectivo se refiere a una predisposición o marco emocional, de instauración más lenta y progresiva que las emociones. La clasificaremos como adecuada cuando acepta el ingreso y reacciona adecuadamente al mismo, aunque no incluya ansiedad, miedo, etc.	Adecuada al contexto Inadecuada al contexto (se abre un segundo nivel donde se indica la inadecuación)
Tonalidad afectiva	Define estados generales y duraderos de la persona, que podrían distribuirse como positivos-gradables o negativos-desagradables	Agradable Desagradable
Imagen corporal	Pretende valorar si la percepción personal está ajustada a las características definitorias reales de la persona o, de lo contrario, está confusa o totalmente equivocada	Ajustada a la realidad Alterada (se abre un segundo nivel donde se indica la alteración)
Autodescripción	Suele responder a la imagen que tiene de sí mismo; la construcción del concepto de uno mismo está condicionada por varios factores, entre ellos los que recaen sobre la esfera afectiva y la emocional	Ajustada a la realidad Alterada (se abre un segundo nivel donde se indica la alteración)
Test psicométrico de ansiedad de Hamilton	Describe un conjunto de 14 síntomas que permiten evaluar el nivel de sanidad del paciente. Las respuestas adoptan valores entre 0 y 4.	

Patrón 8: ROL-RELACIONES

Este patrón tienen como objetivo *conocer el comportamiento de los individuos en sus relaciones de contacto e interacción con otros*, describe el papel o rol social que juega el individuo en el su entorno social. También es objetivo de este patrón *conocer el comportamiento del cuidador principal, en las tareas de ayudar en los cuidados del paciente*, cuando éste está en su domicilio.

Este patrón tiene cinco grupos de preguntas:

- las primeras describen aspectos sociodemográficos (1-4),
- el segundo grupo está constituido por cuestiones relacionadas con los aspectos de las relaciones familiares y de trabajo (5-6-8-9),
- el tercero (7- 10-11-12) recogen aspectos sobre aspectos emocionales y sistemas apoyo que tiene el paciente, en las relaciones personales,
- la pregunta 13 está dirigida a conocer las percepciones y cargas que tienen los cuidadores principales, todos aquellos procesos crónicos donde se requiere soporte familiar para la realización de los autocuidados y las actividades de la vida cotidiana, incluye un grupo de tres cuestionarios.
- y por último la pregunta 14 nos aporta información sobre la repercusión que tiene sobre el paciente su hospitalización.

Permite identificar los DE:

- Deterioro de la interacción social (intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo).
- Duelo disfuncional (fracaso o prolongación en el uso de respuestas intelectuales y emocionales mediante las que los individuos, familiar y comunidades tratan de superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de una pérdida).
- Riesgo de duelo disfuncional (riesgo de fracaso o prolongación en el uso de respuestas y conductas intelectuales y emocionales de un individuo, familia o comunidad después de la muerte o la percepción de una pérdida)
- Cansancio del rol de cuidador (dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia).
- Riesgo de cansancio del rol de cuidador (el cuidador es vulnerable a la percepción de dificultad para desempeñar su rol de cuidador de la familia).

Las intervenciones NIC:

- Estimulación de la integridad familiar (favorecer la cohesión y unidad familiar).

- Apoyo al cuidador principal (suministro de la necesaria información, recomendaciones y apoyo para facilitar los primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios).
- Aumentar afrontamiento (ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de exigencias y papeles de la vida cotidiana).
- Enseñanza individual (planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente).

Los resultados NOC:

- Adaptación del cuidador principal al ingreso del paciente en un centro sanitario (respuesta adaptativa del cuidado familiar cuando el destinatario de los cuidados ingresa en un centro sanitario).
- Alteración del estilo de vida del cuidador principal (gravedad de alteraciones en el estilo de vida de un miembro de la familia debido a su papel de cuidador).

Definición operativa de los aspectos incluidos en el patrón (todos los aspectos estudiados en las opciones ofrecen un campo abierto para recoger las individualidades que acompañan a cada persona)		
Variables	Definición operativo	Valores
Nivel de instrucción	Es una variable descriptiva de carácter sociodemográfico, nos permite identificar que nivel de complejidad ha de tener nuestro lenguaje al dirigirnos al paciente, así como, que tipo de soportes tenemos que utilizar para transmitir la información	Analfabeto Sin estudios Primarios Medios Universitarios
Actividad Laboral	Es una variable descriptiva de carácter sociodemográfico. Su utilidad esta relacionada con los aspectos de identificar situaciones de estrés y/o de necesidad de ayuda de tipo social por motivos económicos o de limitaciones como consecuencia de una incapacidad.	Trabaja Parado Jubilado Incapacidad
Estado civil	Es una variable descriptiva de carácter sociodemográfico.	Soltero/a Casado/a Pareja de hecho Separado/a; divorciado/a Viudo/a
Problemas de idioma	El objetivo de esta pregunta está relacionado con la identificación de problemas en la comunicación enfermera/paciente. Es una variable que cada día cobra más importancia dentro de nuestra realidad sanitaria. A la respuesta "sí" es necesario anotar en el campo abierto el idioma que entiende y habla el paciente, así como, todas las sugerencias que se consideren pertinentes.	No Si
Convivencia	En esta pregunta podemos conocer la posibilidad que tiene el paciente de contar con un cuidador principal, podemos saber si el paciente cuando termine el episodio que ha motivado su hospitalización, cuanta con ayuda interna dentro de su estructura familiar, o no.	Sólo Con sus padres Con su familia propia Residencia
Relaciones familiares	El objetivo de esta pregunta esta relacionado con la identificación de componentes de aislamiento afectivo en el entorno nuclear de la familia.	Buenas Regulares Malas Sin familia
Perdidas de personas queridas en el último año	Este aspecto permite identificar situaciones de duelo, que pueden ir acompañadas, o no de disfuncionalidad.	No Si
Relaciones sociales	El objetivo de esta pregunta esta relacionado con la identificación de componentes de aislamiento afectivo en el entorno social.	Buenas Regulares Malas
Relaciones laborales	El objetivo de esta pregunta esta relacionado con la identificación de componentes de aislamiento afectivo en el entorno laboral.	Buenas Regulares Malas
Comparte con alguien sus problemas	Describe la condición en la que el paciente tiene, o no, acceso a apoyarse en otras personas de su entorno, en momento de crisis.	No Si
Se siente sólo con frecuencia	Es una pregunta que complementa la anterior y permite verificar la existencia de soporte, o no, que el paciente tiene en su entorno.	No Si
Sistemas de apoyo	Nuestro interés en esta pregunta es conocer si durante el periodo de hospitalización tenemos que poner en marcha medidas para aportar al paciente que necesita sistemas de apoyo en el momento del alta. La opción "no" supone ponernos en contacto con la Trabajadora Social.	No Si 1.Cónyuge 2.Vecinos/amigos 3.Otros
Cuidador principal	La importancia de esta pregunta se centra en la valoración de la carga que soportan los cuidadores principales. Ésta figura cobra cada día más importancia, por un lado se tiende a que el paciente este en su casa el mayor tiempo posible, ya que se considera el mejor lugar terapéutico, y por otro lado cada día se tiende a acortar las estancias hospitalarias, para disminuir infecciones nosocomiales y las listas de espera. En este punto tenemos cinco escalas que permiten evaluar la situación en la que se encuentra el cuidador principal. Este aspecto es muy importante en las situaciones de problemas de salud crónicos, que suponen muchas visitas al hospital y reingresos.	No Si 1.Campo para anotar quien es el cuidador 2.Cuestionario de apgar familiar 3.Cuestionario Duke-UNC 4.Cuestionario Zarit 5. Índice de esfuerzo del cuidador
Preocupaciones por la hospitalización	Este aspecto permite identificar situaciones estrés relacionadas con la hospitalización	No Si

Patrón 9: SEXUALITAT-REPRODUCCION

Describe los patrones de satisfacción/insatisfacción con la sexualidad, también los patrones reproductivos, los aspectos relacionados con las diferentes etapas evolutivas de la mujer y el hombre.

En este patrón encontramos tres bloques de preguntas:

- Relacionadas con la percepción del paciente sobre su sexualidad (1-7),
- Preguntas dirigidas sólo a las mujeres, que pretenden recoger información sobre los comportamientos de prevención/detección precoz, de los problemas ginecológicos (8), y
- Preguntas dirigidas sólo a hombres, que pretenden recoger información sobre el comportamiento en la prevención/detección precoz de problemas urológicos (9).

Nuestro objetivo en este patrón es *identificar aquellos aspectos que el paciente percibe como insatisfactorios en su sexualidad, así como, los relacionados con las conductas de prevención/detección precoz de problemas ginecológicos o urológicos.*

Este patrón permite detectar los problemas relacionados con la sexualidad que son secundarios a otros problemas de salud (por Ej.: neurológicos, cardiológicos, oncológicos,..)

Los DE:

- Disfunción sexual (cambio en la función sexual que se ve como insatisfactorio, inadecuado o no gratificante).
- Patrón sexual inefectivo (expresión de preocupación respecto a la propia sexualidad).

Las intervenciones NIC:

- Asesoramiento sexual (utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar la resolución de un suceso/trastorno sexual).
- Enseñanza: sexo seguro (proporcionar informaciones acerca de medidas de protección durante la relación sexual).
- Intercambio de información de cuidados de salud (proporcionar información a otros profesionales de la salud).

Los resultados NOC:

- Control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual
- Funcionamiento sexual:
- Conductas de protección de la salud.

Este patrón requiere de condiciones que preserven la intimidad de la información que se solicita del paciente, por lo que su cumplimentación está condicionada.

Variables	Definición operativa	Valores
Relaciones sexuales	El objetivo de esta pregunta es conocer si se dan relaciones sexuales. En caso de respuesta afirmativa, conocer los aspectos de su adecuación y satisfacción, también identificar situaciones de riesgo para la salud, relacionadas con la transición de enfermedades.	No Si (abre un segundo nivel para especificar)
Ha habido cambios	Permite conocer si ha habido cambios en el patrón de sexualidad, y en caso afirmativo, la percepción que tiene el paciente.	No Si (.Satisfactorios 2.Insatisfactorios)
Disfuncionalidad sexual	Permite conocer si hay disfuncionalitas sexual, y tipificarla entre tres tipos.	No Si (abre un segundo nivel para especificar)
Ha intentado solucionar el problema	Permite conocer si de ha reconocido la existencia de una disfunción y si se ha solicitado algún tipo de ayuda.	No Si (abre un segundo nivel para especificar)
El resultado del tratamiento ha sido satisfactorio	Permite conocer el resultado de ayuda solicitada, e identificar si el problema persiste.	Si No
Métodos anticonceptivos empleados	Nos proporciona información sobre el uso de anticonceptivos, y el grado de satisfacción percibido.	No Si (1.Satisfactorio 2.Insatisfactorio)
Enfermedades de transmisión sexual	El objetivo es identificar posibles infecciones.	No Si (abre un segundo nivel para especificar)

Sólo Mujeres: Son preguntas encaminadas a conocer el ciclo evolutivo de la mujer y su conductas de salud.

Edad de la menarquia		
Ciclo menstrual		Regular Irregular Dismenorrea Alteraciones Fecha de la última regla
Metrorragias		No Si
Histerectomía		No Si
Revisiones ginecológicas		Si Anuales Sin regularidad No
Citología		No Si
Mamografía		No Si
Autoexploración mamaria		No Si
Menopausia		No Si (se detallan aspectos específicos de la menopausia)

Sólo hombres: Son preguntas sobre la salud urológica de los hombres.

Revisiones urológicas		No/ Si
Mayores de 50 años Determinación del PSA		No Si

Patrón 10: ADAPTACIÓN –TOLERANCIA AL ESTRÉS

Este patrón se refiere a la capacidad del individuo (familia, grupo o comunidad) para enfrentarse con los distintos factores y niveles de estrés asociados a la vida diaria. Se entiende el concepto de estrés en sentido amplio, englobando términos como tensión, ansiedad, angustia o estrés.

El patrón describe *las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona y su efectividad en términos de tolerancia y adaptación al estrés.*

Los DE que podremos encontrarnos son:

- Síndrome de estrés del traslado (Alteraciones fisiológicas o psicológicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro)
- Riesgo de síndrome de estrés del traslado (riesgo de alteraciones fisiológicas o psicológicas como consecuencia del traslado de un entorno a otro)
- Síndrome postraumático (Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador)
- Temor (Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro)
- Ansiedad (vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo)
- Aflicción crónica (la persona –familiar, cuidador o individuo con una enfermedad o discapacidad crónica- presenta un patrón cíclico recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente en respuesta a un pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad)
- Duelo anticipado (Respuestas y conductas intelectuales y emocionales mediante las que las personas, familias y comunidades intentan superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de la pérdida potencial)
- Duelo disfuncional (Fracaso o prolongación en el uso de respuestas intelectuales y emocionales mediante las que los individuos, familias y comunidades tratan de superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de un pérdida)
- Afrontamiento inefectivo (Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales para usar los recursos disponibles)
- Afrontamiento defensivo (Proyección repetida de una autovaloración falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva)

Las intervenciones NIC

- Asesoramiento (Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales)
- Aumentar el afrontamiento (Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieren en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana)
- Potenciación de la seguridad (Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente)
- Disminución de la ansiedad (Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado)
- Entrenamiento para controlar los impulsos (Ayuda al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales)
- Guía de anticipación (Preparación del paciente para anticipación de una crisis en desarrollo y /o circunstancial)
- Facilitar el duelo (Ayuda en la resolución de una pérdida importante)
- Potenciación de la conciencia de si mismo (Ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas)

Los resultados NOC

- Aceptación del estado de salud (Reconciliación con cambios significativos en las circunstancias de salud)

Variables	Definición operativa	Valores
Cambios en los últimos años	Incluye problemas físicos u orgánicos que puedan generar dolor y malestar, cambios en la imagen corporal, deterioro físico, intelectual o pérdida funcional, Trastornos afectivos o del estado de ánimo, situaciones socioculturales o ambientales que generen presión o sobrecarga, situaciones de pérdidas: materiales, económicas, sociales o afectivas importantes para la persona	Si No
Estado de tensión / estrés	El estado de ansiedad que presente la persona puede ser temporal u ocasionado por causas puntuales o bien general, es decir, que la persona tiende a reaccionar ansiosamente a la mayoría de situaciones	Si No (abre un segundo nivel)
Posibles factores relacionados	Si la persona presenta estrés debemos averiguar los factores relacionados. Pueden ser de diversa índole: recuerdos o vivencia de traumatismos previos, ideas o pensamientos considerados intrusos, miedos o fobias irracionales, problemas laborales u otros	Ausentes Presentes (se abre un segundo nivel para especificar los factores presentes)
Sentimientos asociados	Se refiere a los sentimientos surgidos tras la evaluación de la situación y la capacidad para controlarla. Estos sentimientos pueden ser muy diversos y tendrán una tonalidad agradable o positiva o negativa, según la valoración realizada	Ausentes Presentes (se abre un segundo nivel para especificar los factores presentes)
Habilidades para afrontar los problemas	Las tiene o no, efectividad de las mismas	No Si
Estrategias habituales de respuesta al estrés	La exposición a situaciones estresantes provoca siempre una respuesta adaptativa, que consiste en un importante aumento de la activación fisiológica y cognitiva, y en la preparación del organismo para una intensa actividad motora. Estas respuestas pueden aparecer de manera automática (entre ellas la respuesta simpática y también somatización, agitación, etc.) o planificada (estas últimas son el uso de técnicas de relajación o de resolución de problemas)	Ausentes Presentes (se abre un segundo nivel para especificar los factores presentes)
Sistemas de apoyo	Este parámetro recoge los sistemas de apoyo, familiar o de otro tipo, con los que pueda contar la persona para afrontar las situaciones críticas que puedan presentarse en su vida habitual. Si existen, especificar personas, tipo de soporte ofrecido y disponibilidad	Si (Evaluación riesgo familiar) No
Necesita trabajadora social	Permite solicitar la colaboración de la trabajadora social en los pacientes que lo necesitan	No Si

Patrón 11: VALORES Y CREENCIAS

Las creencias y valores incluyen opiniones acerca de lo que es correcto, apropiado, significativo y correcto, desde el punto de vista del paciente.

El objetivo de este patrón es *conocer la existencia de valores o/y creencias de los pacientes, que deben tenerse en consideración*, durante el periodo de la hospitalización.

El DE: Conflicto de decisiones (especificar), (incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar porque la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida, o supone un reto para los valores personales).

La Intervención NIC: Apoyo en toma de decisiones, (proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios).

Los resultados NOC:

- Elaboración de la información
- Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria

Variables	Definición operativa	Valores
Práctica algún tipo de religión	En caso de que la respuesta sea positiva, es necesario anotar el tipo de religión.	Si No
Existe conflicto entre tratamiento propuesto y creencias	El objetivo de esta pregunta es conocer las decisiones del paciente, que hay que tener en consideración, y que están relacionados con los aspectos asistenciales.	Si No
Tiene dificultades para practicar su religión		Si No
Precisa mientras este con nosotros algún tipo de apoyo religioso	En caso de respuesta positiva, transmitir la información.	Si No
Aporta testamento vital	Es necesario conocer la existencia de testamento vital, para respetar las decisiones del paciente en caso de ser necesario.	Si No

Glosario de términos incluidos en la hoja de valoración de enfermería

1. Absceso: acumulación localizada de pus en una cavidad del cuerpo debido a un proceso infeccioso en el que se produce una destrucción de tejidos orgánicos.
2. Anorexia: ausencia o pérdida de apetito.
3. Cenestesia: conjunto de sensaciones internas difusas y vagas que proceden de los órganos internos, del cuerpo en general y de su posición.
4. Disfagia: dificultad a la hora de deglutir líquidos, sólidos o ambos tipos de alimentos. Incluye la sensación del paso dificultoso de los alimentos por el esófago.
5. Ecolalia: tendencia a repetir involuntariamente las palabras /silabas o frases escuchadas-
6. Edema: acumulo excesivo de líquido seroso en el espacio intercelular de los tejidos.
7. Equimosis: extravasación de sangre al interior de un tejido, especialmente en el tejido subcutáneo. La extravasación se manifiesta por una mancha de color rojo violáceo que más tarde se vuelve azul, verdosa y amarilla hasta que desaparece. Estos cambios de coloración se producen por las modificaciones que sufre la hemoglobina de los eritrocitos de la sangre extravasada. La equimosis se puede producir por diversos tipos de traumatismos, como agresiones, o puede estar relacionada con enfermedades que provocan un aumento de la fragilidad de las paredes vasculares. Cuando son muy pequeñas se denominan Petequias.
8. Eritema: enrojecimiento de la piel en forma de manchas o de forma difusa debido a una dilatación de los capilares.
9. Escara: costra dura y negruzca que se forma por la acción de un ácido, un álcali, una infección, un decúbito prolongado o por el calor. Puede infectarse con facilidad y tarda en cicatrizar.
10. Flictena: lesión cutánea en la epidermis en forma de vesícula o ampolla de contenido seroso o serohemorrágico, como las que se producen por quemaduras.
11. Hiposialia: disminución de la secreción de saliva.
12. Ingesta bulímica: aumento desmesurado del apetito, lo que provoca la necesidad de ingerir gran cantidad de alimentos. Apetito voraz, sin vómito.
13. Laceración: herida de la piel y del tejido subcutáneo debido a un desgarro.
14. Logoclonía: repetición involuntaria de una sílaba situada en medio o al final de una palabra.

15. Necrosis: muerte de uno o varios tejidos, ya sea a causa de agentes externos (traumatismos, calor, corriente eléctrica, irradiaciones,...) i internos (anoxia tisular, trastornos circulatorios,..). También se denomina mortificación.
16. Paroniquia (panadizo): infección flemorosa de un dedo, en particular de la última falange.
17. Picas: trastorno del apetito que consiste en comer cosas o sustancias no comestibles como hielo, tierra, pelos, etc...
18. Potomanía: trastorno caracterizado por la necesidad imperiosa y continua de beber que sufren los sujetos afectados de ciertos trastornos psíquicos, generalmente suele ir acompañada de poliuria.
19. Queloides: proliferación anormal y excesiva del tejido conjuntivo fibroso dérmico y subcutáneo tras una lesión cutánea ya curada, como una herida quirúrgica , una quemadura, etc.. Se suele caracterizar por la presencia de una zona sobresaliente, tensa y de superficie brillante y produce picor, rubor y dolor.
20. Rash: erosión en el propia de muchas reacciones alérgicas y enfermedades se manifiesta como cambios en el color y la textura de la piel.
21. Sialorrea: presencia exagerada de saliva a causa de un aumento de secreción. También se denomina ptalismo.
22. Tumor: bulto o protuberancia de uno o varios tejidos debida a una proliferación celular de naturaleza benigna o maligna.
23. Úlceras: lesión de la piel o mucosa con forma de cráter (por pérdida de tejido) con escasa o nula tendencia a la cicatrización.
24. Verruga: tumor benigno epidérmico que se genera por una hiperplasia papilar. Se transmite por contacto o auto inoculación y suele estar causada por virus. También es toda proliferación verrugosa epidérmica de origen no viral.

Borrador de planes de cuidados estandarizados para todas las unidades asistenciales

Estos planes de cuidados han sido elegidos entre los propuestos por la Comisión de Cuidados, para su implantación de forma estandarizada en todas las unidades asistenciales, la elección de las intervenciones se ha realizado utilizando la taxonomía NNN (NANDA, NIC NOC) y la selección de las actividades las ha realizado el grupo de trabajo, consultando los planes de cuidados que están funcionando en algunos hospitales, publicados en artículos de enfermería y documentos disponibles en Internet.

Acogida del paciente al ingreso (hotelage)		
Cuidados de enfermería al ingreso (no asistenciales, sólo información y orientación)	Momento	Personal responsable
<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentarse a sí mismo 2. Acompañar y acomodar al paciente y la familia en la habitación 3. Entregar la ropa y el material de aseo personal 4. Orientar al paciente y la familia en el medio físico mostrándole su cama, la mesita de noche, armario, aseo, luz, timbre y su correcta utilización 5. Orientar al paciente y la familia en las instalaciones del centro⁶ 6. Proporcionar al paciente el Documento de Derechos y Obligaciones del paciente⁷ 7. Entregar el boletín informativo de la unidad, aclarando las posibles dudas tanto al paciente como a la familia⁸ 8. Le informará de los servicios comunitarios: sala de TV, juegos, biblioteca, asistente social, otros servicios⁹ 9. Identificar en la cabecera del paciente: su nombre completo, poner en práctica las medidas de seguridad (riesgo de caídas, si procede), las alergias (si procede) y las patologías (diabético e hipertenso, si procede) y otros datos que se consideren necesarios. 10. La supervisora/o se presentará al paciente / familia en las 24-48 horas siguientes al ingreso 		
Cuidados de la higiene		
Higiene del paciente encamado dependiente	Momento	Personal responsable
<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar al paciente de lo que se le va a hacer 2. Respetar su pudor e intimidad 3. Colocarlo en una postura cómoda 		

⁶ Es necesario disponer del tríptico general de las instalaciones del hospital, guía de acogida

⁷ El documento oficial, que se solicitara al comité de ética y al servicio del usuario

⁸ Hace referencia a la información concreta de cada unidad, se tendrá que desarrollar en aquellas unidades en las que no exista.

1,2 y 3 se entienden como complementarios

⁹ esta información puede estar integrada en los documentos 2 y 3, guía de acogida.

<ol style="list-style-type: none"> 4. Cerrar puertas y ventanas 5. desnudar al paciente y cubrirlo con una sábana hasta la cintura 6. Comenzar el lavado con agua clara (ojos, boca, nariz, oídos) secar cuidadosamente 7. Seguidamente se lavaran cuello, tórax, brazos y axilas (en mujeres poner especial cuidado en los pliegues mamarios), secar cuidadosamente 8. A continuación lavar el abdomen, prestando especial atención en los pliegues inguinales, aplicando cremas balsámicas en caso de irritación. 9. Con una segunda esponja, lavaremos los genitales, si el enfermo/a se siente incomodo y puede le sugerimos si quiere hacerlo él/ella, insistiendo en que se seque bien, cambiaremos el agua. 10. lavaremos a continuación las extremidades inferiores, secando bien entre los dedos. 11. Colocaremos al paciente en decúbito lateral (si procede) para lavar cuello, espalda, secaremos cuidadosamente. 12. Si la espalda está enrojecida, friccionar con colonia, así como los codos y talones, vigilarémos el estado de la piel. 13. Si el paciente esta sólo o la familia no colabora, peinaremos y limpiaremos las uñas. 14. Vestiremos al paciente y lo dejaremos en la posición más adecuada y cómoda para el. 15. Dejara a su alcance todo lo que necesite, especialmente el timbre de llamada al alcance de la mano 16. Vigilar que quede correctamente colocados los drenajes, sistemas de suero, bolsas de diuresis,... 		
--	--	--

Cuidados del Sondaje vesical	
Objetivos NOC	Intervenciones NIC(actividades) ¹⁰
<p><i>Control del riesgo</i>¹¹</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconoce el riesgo - Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas - Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo 	<p><i>Sondaje vesical</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar el procedimiento y el funcionamiento de la intervención. - Reunir el equipo adecuado para la cateterización. - Mantener una técnica aséptica estricta. - Insertar el catéter urinario en la vejiga, si procede. - Conectar el catéter urinario a la bolsa de drenaje de pie de cama o a la bolsa de pierna. - Fijar el catéter a la piel, si procede. - Determinar el número de catéter urinario apropiado para evitar manipulaciones innecesarias. - Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado. - Controlar la ingesta y eliminación. - Vigilar signos y síntomas de infección urinaria¹². <p><i>Entrenamiento de la vejiga urinaria</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener un registro de especificación durante tres días para establecer un esquema de eliminación. - Llevar al paciente al aseo y recordarle que orine en los intervalos prescritos. - Proporcionar intimidad para ir al aseo. - Evitar dejar al paciente en el aseo durante más de 5 minutos. - Enseñar al paciente a controlar conscientemente la orina hasta la hora programada para ir al aseo. - Estudiar el registro diario de continencia con el paciente para darle seguridad. <p><i>Protección contra las infecciones</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. - Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario. - Informar sobre los resultados de cultivos al facultativo responsable del paciente

¹⁰ Todos los planes de cuidados van acompañados de la frecuencia y el personal responsable, para agilizar la presentación omitimos esta columna.

¹¹ Las respuestas tienen el siguiente valor: 1 (nunca manifestado), 2 (raramente manifestado), 3 (en ocasiones manifestado) 4(con frecuencia manifestado), 5 (manifestado constantemente).

¹² Esta actividad no consta en la NIC.

Cuidados de prevención de úlceras por presión	
Objetivos NOC ¹³	Intervenciones NIC(actividades)
<p><i>Integridad tisular: piel y membranas mucosas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura tisular en el rango esperado. • Sensibilidad en el rango esperado. • Coloración en el rango esperado. • Ausencia de lesión tisular • Perfusión tisular. 	<p>Manejo de presiones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel. - Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar los factores de riesgo del paciente (escala de Norton). - Vigilar estado nutricional del paciente. - Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libre de presiones continuas - Colocar al paciente sobre un colchón / cama terapéutica - Girar al paciente inmovilizado de acuerdo a un programa específico. <p>Prevención de las úlceras por presión¹⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. - Mantener la ropa de la cama limpia y seca, y sin arrugas. - Humedecer la piel seca, intacta. - Controlar la movilidad y la actividad del paciente. - Asegurar una nutrición adecuada. - Eliminar la humedad excesiva de la piel causada por la transpiración el drenaje de heridas y la incontinencia fecal u urinaria. <p>Vigilancia de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades. - Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel. - Observar si hay fuentes de presión y fricción. - Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. - Instruir a un miembro de la familia/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, si procede.

¹³ Las respuestas tienen el siguiente valor: 1 (extremadamente comprometida), 2 (sustancialmente comprometida), 3 (moderadamente comprometida) 4(levemente comprometida), 5 (no comprometida).

¹⁴ Solicitar colaboración con el Fisioterapeuta para pautar tabla de ejercicios, favorecedores de la circulación periférica.

Cuidados de los catéteres venosos periféricos

Intervenciones NIC(actividades)

Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso

- Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter venoso.
- Cambiar los sistemas, vendajes y tapones, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Observar si hay signos/síntomas asociados con infección local o sistemática (rojez, tumefacción, sensibilidad, fiebre, malestar).
- Mantener precauciones universales.
- Salinizar las bránula heparinizada cada 8h.

Protección contra las infecciones

- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.
- Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos al cuidador.
- Informar sobre los resultados de cultivos positivos al facultativo responsable del paciente.

Cuidados postmortem

Cuidados postmortem (1770)	Momento	Personal responsable
<ul style="list-style-type: none"> • Retirar todos los tubos, drenajes, sonda, si es el caso • Limpiar el cuerpo • Cerrar los ojos • Mantener alineación corporal correcta • Realizar la notificación a los diversos departamentos y al personal, de acuerdo con las normas • Etiquetar las pertenencias personales y colocarlas en el lugar adecuado • Disponer de intimidad y apoyar a los miembros de la familia • Etiquetar el cuerpo de acuerdo con las normas 		