

# 4

UNIDAD

## PLANES DE CUIDADOS DE PACIENTES PALIATIVOS

---

TEMA 1. Proceso de atención de enfermería en cuidados paliativos.....	389
TEMA 2. Caso práctico: cuidados paliativos en paciente con dolor.....	431
TEMA 3. Cuidados paliativos: paciente con SIDA, en fase terminal.....	479



# Proceso de atención de enfermería en cuidados paliativos

M<sup>a</sup> Dolores Miralles García, M<sup>a</sup> Dolores Montiel Rayo y Francisco Javier Moya Domínguez

## 1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL CASO CLÍNICO

Paciente varón de 77 años, que ingresa en esta unidad de cuidados paliativos, procedente de urgencias, a las 16:15 h. Viene en camilla acompañado de su mujer y su hijo, la expresión de los familiares es de incertidumbre y nerviosismo, ya que él no puede gesticular a causa de su enfermedad. Presenta una dependencia severa (Barthel 20).

Ingresa a causa de vómitos, hipertermia y disnea. Como antecedentes nos refieren los familiares que ha padecido un infarto cerebral hace 5 años, el cual le ocasionó una tetraplejía que le obliga a hacer vida en cama. En la actualidad se encuentra en fase terminal de un cáncer de próstata.

El tratamiento en casa es de Nolotil (0-0-1) para eliminar el dolor y facilitar que el paciente concilie el sueño, Augmentine (1-1-1) para la infección vesical y Pantoprazol 20 mg (1-0-1).

Portador de sondaje vesical (Foley nº 16) realizado en urgencias. A la llegada a esta unidad se le inserta vía venosa periférica con el objetivo de infundirle tratamiento iv.

- Tensión arterial: 100-55 mmHg.
- Pulsaciones: 110 p/min.
- Respiraciones: 28 resp/min.
- Temperatura: 38'5 °C.
- Talla: 1,60 m.
- Peso: 65 Kg.

- I.M.C.: 25.39 Kg/m<sup>2</sup>.
- Barthel 0.

### 1.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

- Perfalgan 1 gr c/8 horas. IV.
- Primperan 1 ampolla c/12 horas IV.
- Pantoprazol 30 mg c/24 horas IV.
- Actocortina 100 mg c/12 horas IV.
- Tavanic 500 mg c/24 horas. IV.
- Suero Glucosado 5 % 60 ml/hora. Perfusión intravenosa.

### 1.2. PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS.

- Estudio hematológico: hemograma y bioquímica.
- Análisis de orina.
- Rx tórax.
- Gasometría arterial.

## 2. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES (M. GORDON)

### 2.1. PERCEPCIÓN/MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

No presenta alergias conocidas. Toma habitualmente en casa nolutil, augmentine y pantoprazol. La familia nos cuenta que está muy mal que no puede hacer nada de nada por sí solo. Presenta disnea, hiperventilación, y se observa una ventilación forzada, la amplitud respiratoria es profunda. Se observan secreciones abundantes (expectoración del tipo mucoso) y sensación de ahogo, no tiene antecedentes de tabaquismo y se le administra oxígeno terapia (gafas nasales a 2 litros). Goza de una excelente higiene cutánea, el cabello está limpio, y no desprende malos olores y las uñas estaban bien cortadas y limpias pero en relación con la higiene oral, se percibe halitosis y pérdida de las piezas dentales. También es dependiente para todo.

### 2.2. NUTRICIONAL/METABÓLICO.

El paciente, normalmente presenta buen apetito y no rechaza el alimento aunque necesita estímulo para comer. No puede masticar, más si puede tragar líquidos, es totalmente dependiente para comer (ya que no puede manejar utensilios, si manipular los alimentos...). Padece de vómitos y náuseas. Como alimentación diaria refieren que para desayunar toma un vaso de leche y para la comida y la cena toma batidos proteicos y derivados lácteos como los aportes de L-Casei. Se observa buen estado de la mucosa bucal, de la lengua, de

las encías y no se observa dentadura. Se mide la talla y el peso obteniendo un resultado de 1'60 metros y 65 Kg de peso.

### **2.3. ELIMINACIÓN.**

El paciente padece de estreñimiento, y se ayuda de enemas para solucionarlo aunque es incontinente. En cuanto a la eliminación urinaria también es incontinente, se observa hematuria y es debido a que tiene cálculos vesicales y se le administra un Nolotil por la noche para que el paciente pueda conciliar el sueño, se le aplicó un sondaje vesical del nº 16 en el servicio de urgencias.

### **2.4. ACTIVIDAD/EJERCICIO.**

Hace su vida normal en cama y no puede hacer ningún tipo de movimiento por su parálisis, se acusa también debilidad y fatiga y es totalmente dependiente para moverse.

### **2.5. SUEÑO/DESCANSO.**

Tiene dolor, se le administran analgésicos pero a pesar de eso el paciente no duerme bien.

### **2.6. COGNITIVO/PERCEPTUAL.**

Nos describe el patrón sensorio perceptual y cognitivo. Incluye la adecuación de la visión, audición, gusto, tacto y olfato, y la compensación o prótesis utilizadas para las alteraciones. Se incluye también las referencias de la percepción de dolor y cómo se trata éste. Además se incluyen las capacidades funcionales cognitivas, como el lenguaje, la memoria y la toma de decisiones.

El paciente no se comunica con nosotros. No habla ni responde a nuestras preguntas. Expresiones faciales de dolor. Nos comenta su esposa que tiene gafas para leer pero desde que está tan mal no las utiliza porque no tiene interés por nada.

Además de la tetraplejía tiene afectaciones del habla.

### **2.7. AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO.**

Debido a la tetraplejía su imagen corporal ha cambiado mucho. Su cuerpo está flácido y no tiene respuesta a ningún estímulo.

## 2.8. ROL/RELACIONES.

El paciente vive con su mujer y su hijo, que está separado. No le gusta que lo visiten sus amigos del barrio ni sus compañeros de trabajo. Nos comenta su mujer que "aunque el pobre no puede decir nada se le nota, en la cara que no quieren que lo vean así".

## 2.9. SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN.

No valorado.

## 2.10. ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS.

La familia está agotada ya que este paciente requiere asistencia las 24 horas del día los 365 días del año. La mujer se ocupa de todo y no tiene un minuto de descanso.

## 2.11. VALORES Y CREENCIAS.

La familia es católica practicante, pero dice la mujer que desde que su marido está así no va ni a misa.

# 3. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS. NANDA, NIC Y NOC

---

## 3.1. PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ R/C DISFUNCIÓN NEUROMUSCULAR, DESEQUILIBRIO VENTILACIÓN PERFUSIÓN, CAMBIOS DE LA MEMBRANA ALVEOLAR-CAPILAR M/P TAQUICARDIA, HIPOXIA, CONFUSIÓN, DISNEA, GASOMETRÍA ARTERIAL ANORMAL, PALIDEZ, HIPOXEMIA Y ALETEO NASAL.

La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada.

### Objetivos NOC

Estado respiratorio: intercambio gaseoso. 0402. Intercambio alveolar de CO<sub>2</sub> y O<sub>2</sub> para mantener las concentraciones de gases arteriales.

Escala: extremadamente comprometido a no comprometido.

#### Indicadores:

- 040201 Estado mental ERE.
- 040202 Facilidad de la respiración.
- 040203 Ausencia de disnea en reposo.
- 040211 Saturación de O<sub>2</sub> DLN.

**Estado respiratorio: ventilación. 0403.** Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones.

**Escala:** extremadamente comprometido a no comprometido.

**Indicadores:**

040301	Frecuencia respiratoria ERE.
040302	Ritmo respiratorio ERE.
040303	Profundidad de la respiración.
040310	Ausencia de ruidos respiratorios patológicos.

**Estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas. 0410.** Grado en que las vías traqueobronquiales permanecen permeables.

**Escala:** extremadamente comprometido a no comprometido.

**Indicadores:**

041001	Ausencia de fiebre.
041002	Ausencia de ansiedad.
041006	Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias.
041007	Ausencia de ruidos respiratorios patológicos.

### Intervenciones NIC

**Monitorización ácido-base. 2020.** Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de ácido-base.

**Actividades:**

- Tomar muestras de gases en sangre arterial, asegurando una circulación adecuada en la extremidad antes y después de la extracción de sangre.
- Tomar la temperatura del paciente y el porcentaje de oxígeno administrado en el momento de la extracción de sangre.
- Observar si hay signos y síntomas de déficit de  $\text{HCO}_3$  y acidosis metabólica: respiraciones de Kussmaul, debilidad, desorientación, jaqueca, anorexia, coma, etc.
- Observar si hay signos y síntomas de exceso de  $\text{HCO}_3$  y alcalosis metabólica; entumecimiento y hormigueo en las extremidades, hipertonicidad muscular, respiraciones breves con pausa, bradicardia, tetania, etc.
- Sedar al paciente para reducir la hiperventilación, si es necesario.
- Administrar agentes farmacológicos para reemplazar el cloro, si está indicado.
- Administrar fármacos para el dolor si es necesario.

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

**Actividades:**

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
- Observar si se producen respiraciones ruidosas, como cacareos o ronquidos.
- Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual.
- Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales.
- Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.
- Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente.

**Monitorización signos vitales. 6680.** Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

**Actividades:**

- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede.
- Controlar la presión sanguínea mientras el paciente está acostado, sentado y de pié, si procede.
- Controlar la presión sanguínea, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad, si procede.
- Controlar periódicamente los tonos cardíacos.
- Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Observar si hay cianosis central y periférica.

**Oxigenoterapia. 3320.** Administración de oxígeno y control de su eficacia.

**Actividades:**

- Eliminar las secreciones nasales, bucales y traqueales, si procede.
- Restringir el fumar.
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.
- Administrar oxígeno suplementario, según órdenes.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial), si procede.
- Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.
- Instruir al paciente y la familia en el uso de oxígeno en casa.

### 3.2. LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS R/C RETENCIÓN DE SECRECIONES, DISFUNCIÓN NEUROMUSCULAR, SECRECIONES BRONQUIALES M/P DISNEA, INEFECTIVIDAD DE LA TOS, PRODUCCIÓN DE ESPUTO, ORTOPNEA, SONIDOS RESPIRATORIOS ADVENTICIOS.

Incapacidad para eliminar las secreciones y obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

#### Objetivos NOC

**Control de la aspiración. 1918.** Acciones personales para prevenir el paso de partículas líquidas o sólidas hacia los pulmones.

**Escala:** nunca manifestado a constantemente manifestado.

**Indicadores:**

- 191801 Identifica factores de riesgo.
- 191802 Evita factores de riesgo.
- 191803 Se incorpora para comer o beber.
- 191804 Selecciona comidas según su capacidad deglutoria.
- 191805 Se coloca de lado para comer y beber.
- 191806 Conserva una consistencia apropiada de las comidas sólidas y líquidas.



**Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias. 0410.** Grado en que las vías traqueobronquiales permanecen permeables.

**Escala:** extremadamente comprometido a no comprometido.

**Indicadores:**

- |        |  |
|--------|--|
| 041001 | Ausencia de fiebre.  |
| 041002 | Ausencia de ansiedad.  |
| 041003 | Ausencia de asfixia.   |
| 041004 | Frecuencia respiratoria ERE.                                   |
| 041005 | Ritmo respiratorio ERE.  |
| 041006 | Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias. |
| 041007 | Ausencia de ruidos respiratorios patológicos.                  |

### Intervenciones NIC

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

**Actividades:**

- Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
- Disponer precauciones universales; guantes, gafas y máscara, si es el caso.
- Hiperoxigenar con oxígeno al 100 %, mediante la utilización del ventilador o bolsa de resucitación manual.
- Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.
- Seleccionar un catéter de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal, tubo de traqueotomía o vía aérea del paciente.
- Observar el estado de oxígeno del paciente y estado hemodinámico inmediatamente antes y después del último pase de aspiración.
- Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.
- Limpiar la zona de alrededor del estoma traqueal después de terminar la aspiración traqueal.
- Variar las técnicas de aspiración en función de la respuesta clínica del paciente.
- Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.

### 3.3. DOLOR AGUDO R/C SU PATOLOGÍA M/P OBSERVACIÓN DE EVIDENCIAS, MÁSCARA FACIAL, TRASTORNO DEL SUEÑO, CONDUCTA EXPRESIVA.

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain), inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de seis meses.

## Objetivos NOC

**Control del dolor. 1605.** Acciones personales para controlar el dolor.

Escala: manifestada: nunca/raramente/en ocasiones/con frecuencia/constantemente.

### Indicadores:

160501	Reconoce factores causales.
160502	Reconoce el comienzo del dolor.
160503	Utiliza medidas preventivas.
160504	Utiliza medidas de alivio no analgésicas.
160505	Utiliza analgésicos de forma apropiada.
160506	Utiliza los signos de alerta para solicitar ayuda.
160507	Refiere síntomas al profesional sanitaria.
160508	Utiliza los recursos disponibles.
160509	Reconoce los síntomas del dolor.
160510	Utiliza un diario de dolor.
160511	Refiere dolor controlado.

**Nivel del dolor. 2102.** Intensidad del dolor referido o manifestado.

Escala: intenso/sustancial/moderado/ligero/ninguno.

### Indicadores:

210201	Dolor referido.
210202	Porcentaje corporal afectado.
210203	Frecuencia del dolor.
210204	Duración de los episodios de dolor.
210205	Expresiones orales de dolor.
210206	Expresiones faciales de dolor.
210207	Posiciones corporales protectoras.
210208	Inquietud.
210209	Tensión muscular.

## Intervenciones NIC

**Manejo del dolor. 1400.** Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

### Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).

- Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.
- Ayudar al paciente y a la familia a obtener apoyo.
- Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (hoja de informe y llevar un diario).
- Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento.
- Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).
- Considerar la disponibilidad del paciente a participar, capacidad de participar, preferencias, apoyo del método por parte de los seres queridos y contraindicaciones al seleccionar una estrategia de alivio del dolor.
- Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.
- Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.
- Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, terapia musical, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/frío y masajes) antes, después y si fuera posible, durante las actividades dolorosas, antes de que se produzca el dolor o de que aumente, y junto con las medidas de alivio del dolor.
- Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas del alivio del dolor, si procede.
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Poner en práctica el uso de la analgesia controlada por el paciente, si se considera oportuno.
- Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo.
- Medicar antes de una actividad para aumentar la participación, aunque valorando el peligro de la sedación.
- Asegurar las estrategias de analgesia de penetración y/o no farmacológica antes de los procedimientos dolorosos.
- Verificar el nivel de molestia con el paciente, anotar los cambios en el registro médico e informar a otros cuidadores que trabajen con el paciente.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
- Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.
- Fomentar períodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
- Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso.
- Utilizar un enfoque multidisciplinar al manejo del dolor, cuando corresponda.

**Aplicación de calor o frío. 1380.** Estimulación de la piel y tejidos subcutáneos con calor o frío con el fin de disminuir el dolor, espasmos musculares o inflamación.

**Actividades:**

- Explicar la utilización del calor o del frío, la razón del tratamiento y la manera en que afectará a los síntomas del paciente.
- Realizar análisis para ver si hay contraindicaciones al calor o al frío, tales como disminución o ausencia de sensibilidad, disminución de la circulación y disminución de la capacidad de comunicación.
- Seleccionar un método de estimulación que resulte conveniente y de fácil disponibilidad, como bolsas de plástico herméticas con hielo derretido, paquetes de gel congelado, sobres de hielo químicos, inmersión en hielo, paños o toallas en frigorífico para enfriarlas, botella de agua caliente, almohadilla de calefacción eléctrica, compresas húmedas calientes, inmersión en bañera o piscina con movimiento de agua, cera de parafina, baño de asiento, bombilla radiante o envoltura de plástico para dar calor.
- Determinar la disponibilidad y el buen estado de funcionamiento de todos los equipos utilizados en la aplicación de calor o frío.
- Determinar el estado de la piel e identificar alteraciones que requieran un cambio de procedimiento o esté contraindicada la estimulación.
- Seleccionar el sitio de estimulación, considerando lugares alternativos cuando la aplicación directa no sea posible (adyacente, distal a, entre las zonas afectadas y el cerebro y contralateral).
- Envolver el dispositivo de aplicación de calor/frío con un paño de protección, si corresponde.
- Utilizar un paño humedecido junto a la piel para aumentar la sensación de calor/frío, cuando corresponda.
- Enseñar a evitar el daño de tejidos asociado con el calor/frío.
- Comprobar la temperatura de la aplicación, especialmente cuando se utilice calor.
- Determinar la duración de la aplicación en función de las respuestas verbales, de la conducta y los aspectos biológicos de la persona.
- Sincronizar todas las aplicaciones cuidadosamente.
- Aplicar calor/frío directamente en, o cerca del sitio afectado, si fuera posible.
- Inspeccionar el sitio cuidadosamente por si hubieran signos de irritación dérmica o daño tisular durante los primeros cinco minutos y luego frecuentemente durante el tratamiento.
- Evaluar el estado general, la seguridad y comodidad durante el tratamiento.
- Colocar de tal manera que haya movimiento desde la fuente de temperatura, si fuera necesario.
- Ordenar, no ajustar la temperatura de forma independiente sin instrucciones previas.
- Cambiar el sitio de aplicación de calor/frío o cambiar la forma de estimulación, si no se consigue alivio.
- Dejar claro que la aplicación de frío puede resultar brevemente dolorosa, con entumecimiento unos cinco minutos después de la estimulación inicial.
- Instruir acerca de las indicaciones, frecuencia y procedimiento de la aplicación.
- Enseñar a evitar lesiones en la piel después de la estimulación.
- Evaluar y documentar la respuesta a la aplicación de calor/frío.

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

**Actividades:**

- Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función.
- Colaborar con el fisioterapeuta en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.
- Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular.
- Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones.
- Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/ actividad.
- Poner en marcha las medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.
- Vestir al paciente con prendas cómodas.
- Proteger al paciente de traumas durante el ejercicio.
- Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo/activo.
- Fomentar la realización de ejercicios de arco de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado.
- Realizar ejercicios pasivos o asistidos, si está indicado.
- Enseñar al paciente/familia a realizar de forma sistemática los ejercicios de arco de movimiento pasivos o activos.
- Proporcionar al alta, instrucciones escritas sobre los ejercicios.
- Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios activos de arco de movimiento.
- Animarle a visualizar el movimiento corporal antes de comenzar el movimiento.
- Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, en la resistencia y en la movilidad articular.
- Fomentar sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.
- Fomentar la deambulación, si resulta oportuno.
- Determinar el progreso ante la meta fijada.
- Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones.

### 3.4. HIPERTERMIA R/C SU PATOLOGÍA M/P TEMPERATURA SUPERIOR A 37 °C, TAQUICARDIA, PIEL CALIENTE AL TACTO, AUMENTO DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA.

Elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal.

#### Objetivos NOC

**Termorregulación. 0800.** Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor.

Escala: comprometida: extremadamente/sustancialmente/moderadamente/levemente/no comprometida.

**Indicadores:**

- |        |  |
|--------|--|
| 080001 | Temperatura cutánea en el rango esperado (ERE).                    |
| 080002 | Temperatura corporal dentro de los límites de la normalidad (DLN). |
| 080003 | Ausencia de cefalea.   |
| 080004 | Ausencia de dolor muscular.  |
| 080005 | Ausencia de irritabilidad.   |
| 080007 | Ausencia de cambios de coloración cutánea.                         |
| 080014 | Hidratación adecuada.  |

**Estado inmune. 0702.** Adecuada a la resistencia natural y adquirida contra antígenos internos y externos.

**Escala:** extremadamente comprometida a no comprometida.

**Indicadores:**

070201	Ausencia de infecciones recurrentes.
070207	Temperatura corporal ERE.
070208	Integridad cutánea.
070213	Prueba de reacción cutánea apropiada con la exposición.

### Intervenciones NIC

**Cuidados del catéter insertado periféricamente. 4220.** Inserción y mantenimiento de un catéter central insertado periféricamente, ya esté situado en la línea media o central.

**Actividades:**

- Identificar el uso deseado del catéter para determinar el tipo necesario (p. ej., los fármacos vesicantes o potencialmente irritantes deberían administrarse por una línea introducida centralmente).
- Explicar el propósito del catéter, beneficios y riesgos asociados a su uso al paciente/familia.
- Obtener el consentimiento para el procedimiento de inserción, si es posible.
- Seleccionar un tipo y tamaño adecuados de catéter que cumpla con las necesidades del paciente.
- Seleccionar la vena antecubital disponible más accesible y menos utilizada (normalmente la vena basilíca o cefálica del brazo dominante).
- Determinar la colocación de la punta del catéter deseado (vena cava superior o venas braquiocefálica y axilar o subclavia).
- Explicar al paciente que el brazo dominante se utiliza cuando la colocación es en la vena cava superior para aumentar el flujo sanguíneo y evitar edemas.
- Colocar al paciente en posición supina para la inserción con el brazo en un ángulo de 90° con el cuerpo.
- Medir la circunferencia superior del brazo.
- Medir la distancia para la inserción del catéter.
- Preparar el sitio de inserción, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Indicar al paciente que gire la cabeza hacia el brazo que ha de canalizarse y que deje caer la barbilla sobre el pecho durante la inserción.
- Insertar el catéter utilizando la técnica estéril de acuerdo con las instrucciones del fabricante y el protocolo de la institución.
- Conectar el tubo del sistema y aspirar para conseguir el retorno de sangre.
- Irrigar con la solución de heparina y salina preparada, si procede.
- Fijar el catéter y aplicar vendaje estéril transparente.
- Poner fecha y hora del vendaje.
- Verificar la colocación de la punta del catéter mediante examen radiográfico, si se dispone de ello.
- Evitar el uso del brazo afectado por la medición de la presión arterial y la flebotomía.
- Observar si se producen complicaciones inmediatas, como hemorragias, daños en tendones o nervios, descompresión cardíaca, distrés respiratorio o embolia por el catéter.
- Observar si hay signos de flebitis (p. ej., dolor, enrojecimiento, piel caliente, edema).

- Utilizar una técnica estéril para cambiar el vendaje en el sitio de inserción, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Instruir al paciente y a la familia sobre la técnica de cambio de vendaje, si resulta oportuno.
- Irrigar la vía después de cada uso con una solución adecuada.
- Heparinizar la vía de acuerdo con el protocolo del centro, si procede.
- Instruir al paciente/familia en técnicas de heparinización y administración de medicamentos, si resulta oportuno.
- Extraer el catéter de acuerdo con las instrucciones del fabricante.
- Registrar la razón de la extracción y el estado de la punta del catéter.
- Enseñar al paciente a informar si hay signos de infección (p. ej., fiebre, temblores, drenaje en el sitio de introducción).
- Obtener un cultivo de piel y un cultivo de sangre (muestra de la línea y del otro brazo), si se observa drenaje purulento. Realizar cultivo de la punta del catéter, si procede. Mantener las precauciones universales.

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

**Actividades:**

- Inspeccionar el estado del sitio de incisión, si procede.
- Observar su color, calor, pulso, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.
- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y membranas mucosas.
- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.
- Observar si hay fuentes de presión y fricción.
- Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
- Observar si hay zona de decoloración y magulladuras en la piel y las membranas mucosas.
- Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Observar si la ropa queda ajustada.
- Vigilar el color de la piel.
- Comprobar la temperatura de la piel.
- Tomar nota de los cambios en la piel y las membranas mucosas.
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro, si es necesario.
- Instruir al miembro de la familia cuidadora acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, si procede.

**3.5. INCONTINENCIA URINARIA R/C NEUROPATÍAS QUE IMPIDEN LA TRANSMISIÓN DEL REFLEJO INDICADOR DE REPLECIÓN VESICAL, ENFERMEDAD QUE AFECTA A LOS NERVIOS DE LA MÉDULA ESPINAL, DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA QUE DESENCADENA LA MICCIÓN EN MOMENTOS IMPREVISIBLES M/P INCONTINENCIA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO, FALTA DE CONCIENCIA DEL LLENADO VESICAL, FALTA DE CONCIENCIA DE LA INCONTINENCIA.**

Pérdida de orina continua e imprevisible.

Objetivos NOC	
<b>Continencia urinaria. 0502.</b> Control de la eliminación de orina.	
Escala: manifestada: nunca/raramente/en ocasiones/con frecuencia/constantemente.	
<b>Indicadores:</b>	
050201	Reconoce la urgencia miccional.
050202	Patrón predecible del paso de orina.
050203	Responde de forma adecuada a la urgencia.
050206	Micción > 150 ml cada vez.
050207	Ausencia de pérdidas de orina entre micciones.
050208	Capaz de comenzar a interrumpir el chorro de orina.
050209	Vacía la vejiga completamente.
050210	Ausencia de residuo miccional > 100-200 ml.
050217	Capaz de usar el inodoro de forma independiente.
<b>Estado neurológico. 0909.</b> Medida a la que el sistema nervioso central y periférico recibe, elabora y responde a los estímulos internos y externos.	
Escala: comprometido: extremadamente/sustancialmente/moderadamente/levemente/no comprometido.	
<b>Indicadores:</b>	
090901	Función neurológica: conciencia.
090902	Función neurológica: control motor central.
090903	Función neurológica: función sensitiva/motora de pares craneales.
090904	Función neurológica: función sensitiva/motora medular.
090905	Función neurológica: autónoma.
090907	Comunicación.
090913	Patrón de sueño/descanso.



## Intervenciones NIC

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

### Actividades:

- Identificar las causas de los múltiples factores que producen incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación, función cognoscitiva, problemas urinarios anteriores, residuo después de la eliminación y medicamentos).
- Proporcionar intimidad para la evacuación.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente.
- Ayudar a desarrollar/mantener un sentimiento de esperanza.
- Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo.
- Ayudar a seleccionar la prenda/compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo, mientras se determina un tratamiento más definitivo.
- Proporcionar prendas protectoras, si es necesario.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia.
- Limitar los líquidos durante dos o tres horas antes de irse a la cama, si procede.
- Programar la administración de diuréticos para que tenga menos impacto en el estilo de vida.
- Enseñar al paciente/familia a registrar la producción y el esquema urinario, si procede.
- Enseñar al paciente a beber un mínimo de 1.500 cc de líquido al día.
- Enseñar maneras de evitar el estreñimiento o la impactación de heces.
- Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (colas, té y chocolate).
- Obtener muestra de orina para prueba de cultivo y sensibilidad, si es necesario.
- Controlar periódicamente la efectividad de los tratamientos quirúrgico, médico, farmacológico y autoprescrito.
- Controlar periódicamente los hábitos intestinales.
- Remitir al especialista en continencia, si procede.

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

### Actividades:

- Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.
- Ayudar al paciente en el aseo/cuña/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados.
- Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad.
- Disponer intimidad durante la eliminación.
- Facilitar la higiene de aseo después de la eliminación.
- Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación.
- Tirar de la cadena/limpiar el utensilio de la eliminación.
- Instaurar un programa de aseo, si procede.
- Enseñar al paciente/otras personas significativas, la rutina del aseo.
- Instaurar idas al baño, si procede y es necesario.
- Proporcionar dispositivos de ayuda (catéter externo y orinal), si procede.

### 3.6. DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN, BAÑO/HIGIENE, R/C DEBILIDAD, DETERIORO NEUROMUSCULAR, DOLOR, DETERIORO PERCEPTUAL O COGNITIVO, MALESTAR, DETERIORO MUSCULOESQUELÉTICO M/P INCAPACIDAD PARA DEGLUTIR ALIMENTOS, PREPARARLOS, MANEJAR UTENSILIOS, MASTICAR COMIDA, USAR DISPOSITIVOS DE AYUDA, COGER LOS ALIMENTOS CON LOS UTENSILIOS, ABRIR LOS RECIPIENTES, INGERIR LOS ALIMENTOS DE FORMA SEGURA, MOVER LOS ALIMENTOS EN LA BOCA, LLEVAR LOS ALIMENTOS DE UN RECEPTÁCULO A LA BOCA, OBTENER AGUA O LLEGAR HASTA UNA FUENTE, REGULAR LA TEMPERATURA O FLUJO DEL AGUA DEL BAÑO, OBTENER LOS ARTÍCULOS DE BAÑO, SECARSE EL CUERPO Y ENTRAR O SALIR DEL BAÑO, ETC.

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

#### Objetivos NOC

**Cuidados personales: actividades de la vida diaria. 0300.** Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal.

Escala: dependiente no participa/requiere ayuda personal y de dispositivos/ayuda personal/ independiente con ayuda de dispositivos/completamente independiente.

#### Indicadores:

- 030001 Come.
- 030002 Se viste.
- 030003 Uso del inodoro.
- 030004 Se baña.
- 030005 Se peina.
- 030006 Higiene.
- 030007 Higiene bucal.
- 030008 Deambulación: camina.

**Cuidados personales: comer. 0303.** Capacidad para preparar e ingerir la comida.

Escala: dependiente no participa/requiere ayuda personal y de dispositivos/ayuda personal/ independiente con ayuda de dispositivos/completamente independiente.

#### Indicadores:

- 030303 Maneja utensilios.
- 030304 Coge comida con los utensilios.
- 030305 Coge tazas o vasos.
- 030306 Se lleva comida a la boca con los dedos.
- 030308 Se lleva comida a la boca con utensilios.
- 030309 Bebe de una taza o vaso.
- 030310 Coloca la comida en la boca.
- 030311 Manipula la comida en la boca.
- 030312 Mastica la comida.
- 030313 Deglute la comida.
- 030314 Finaliza la comida.

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

### Actividades:

- Identificar la dieta prescrita.
- Disponer la bandeja de comida y la mesa de manera atractiva.
- Crear un ambiente placentero durante la comida (evitar objetos que recuerden situaciones desagradables).
- Proporcionar alivio adecuado para el dolor antes de las comidas, si procede.
- Facilitar la higiene bucal después de las comidas.
- Identificar la presencia del reflejo de deglución, si fuera necesario.
- Sentarse durante la comida para inducir sensación de placer y relajación.
- Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito.
- Preguntar al paciente sus preferencias en el orden de los alimentos.
- Establecer los alimentos según los prefiera el paciente.
- Mantenerse en posición recta, con la cabeza y el cuello flexionados ligeramente hacia fuera mientras se alimenta.
- Colocar las comidas en el lado no afectado de la boca, cuando sea el caso.
- Acompañar la comida con agua si es necesario.
- Proteger con el babero, si procede.
- Pedir al paciente que nos indique cuándo ha terminado, si procede.
- Registrar la ingesta, si resulta oportuno.
- Evitar disimular los fármacos en la comida.
- Proporcionar una paja para beber si fuera necesario.
- Proporcionar alimentos para comer con los dedos, si procede.
- Proporcionar las comidas a la temperatura más apetecible.
- Evitar distraer al paciente durante la deglución.
- Realizar la alimentación sin prisas, lentamente.
- Posponer la alimentación si el paciente estuviera fatigado.
- Animar a los familiares para que alimenten al paciente.

**Ayuda con los autocuidados: alimentación. 1803.** Ayudar a una persona a comer.

### Actividades:

- Identificar la dieta prescrita.
- Poner la bandeja y la mesa de forma atractiva.
- Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida (colocar cuña, orinal y equipo de aspiración fuera de la vista).
- Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas, si procede.
- Proporcionar higiene bucal antes de las comidas.
- Arreglar la comida en la bandeja, si es necesario, como cortar la carne o pelar unos huevos.
- Abrir los alimentos empaquetados.
- Evitar colocar la comida en el lado ciego de una persona.
- Describir la ubicación de la comida en la bandeja para las personas con impedimentos en la visión.
- Colocar al paciente en una posición cómoda.
- Proteger con un babero, si procede.
- Proporcionar una paja de beber, si es necesario o se desea.

- Suministrar los alimentos a la temperatura más apetitosa.
- Anotar la ingesta, si procede.
- Animar al paciente a que coma en el comedor, si estuviera disponible.
- Proporcionar dispositivos de adaptación para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo (asas largas, asas con una circunferencia grande o pequeñas correas en los utensilios), si es necesario.
- Utilizar tazas con asa grande, si fuera necesario.
- Utilizar platos y vasos irrompibles y pesados, según se precise.
- Proporcionar señales frecuentes y una estrecha supervisión, si procede.

**Baño. 1610.** Baño corporal a efectos de relajación, limpieza y curación.

**Actividades:**

- Ayuda con la ducha de silla, bañera, ducha de pie o baño de asiento, si procede o se desea.
- Lavar el cabello si es necesario o se desea.
- Realizar el baño con agua a temperatura agradable.
- Utilizar técnicas de baño divertidas con los niños (lavar muñecas o juguetes, simular que un barco es un submarino, agujerear la parte inferior de una taza de plástico llenarla de agua para regar al niño, etc.).
- Ayudar con el cuidado perianal, si es preciso.
- Ayudar con las medidas de higiene (utilizar perfume o desodorante).
- Administrar baños de pies, si es necesario.
- Afeitar al paciente, si está indicado.
- Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca.
- Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas.
- Aplicar polvos secantes en los pliegues profundos de la piel.
- Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.
- Controlar la capacidad funcional durante el baño.

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

**Actividades:**

- Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a pie de cama o en el baño.
- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).
- Facilitar que el paciente se cepille los dientes, si es el caso.
- Facilitar que el paciente se bañe él mismo, si procede.
- Comprobar la limpieza de uñas, según la capacidad de autocuidados del paciente.
- Facilitar el mantenimiento de las rutinas del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos familiares (para los niños su manta/juguete favorito, ser mecidos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro o disponer de una almohada de su casa), si procede.
- Fomentar la participación de los padres/familia en los rituales habituales antes de irse a la cama, si es el caso.
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidado.

**Apoyo al cuidador principal. 7040.** Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.

**Actividades:**

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Aceptar las expresiones de emoción negativa.
- Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, si procede.
- Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso.
- Animar la aceptación de independencia entre los miembros de la familia.
- Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente.
- Proporcionar información sobre el estado del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.
- Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.
- Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento mediante llamadas por teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios.
- Observar si hay indicios de estrés.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.
- Educar al cuidador sobre los procesos de quejas.
- Apoyar al cuidador mediante procesos de quejas.
- Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.
- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.
- Promover una red social de cuidadores.
- Identificar fuentes de cuidado prolongados.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.
- Informar al personal/centro de los servicios de emergencia sobre la estancia del paciente en casa, estado de salud y tecnologías utilizadas con el consentimiento del paciente o de la familia.

### **3.7. DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL, R/C DISMINUCIÓN DE LA CIRCULACIÓN CEREBRAL, ALTERACIÓN DE LAS PERCEPCIONES, ALTERACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, DEBILITAMIENTO DEL SISTEMA MUSCULOQUELÉTICO M/P NO PODER HABLAR, DIFICULTAD PARA FORMAR PALABRAS O FRASES, DIFICULTAD PARA EXPRESAR LOS PENSAMIENTOS VERBALMENTE, DISNEA, INCAPACIDAD PARA USAR LAS EXPRESIONES FACIALES O CORPORALES.**

Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos.

### Objetivos NOC

**Capacidad de comunicación. 0902.** Capacidad para recibir, interpretar y expresarse verbalmente, por escrito y con mensajes no verbales.

Escala: extremadamente comprometida a no comprometida.

**Indicadores:**

- |        |                                       |
|--------|---------------------------------------|
| 090201 | Utiliza el lenguaje escrito.          |
| 090202 | Utiliza el lenguaje hablado.          |
| 090205 | Utiliza el lenguaje no verbal.        |
| 090207 | Dirige el mensaje de forma apropiada. |

### Intervenciones NIC

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

**Actividades:**

- Solicitar la ayuda del familiar en la comprensión del lenguaje del paciente, si procede.
- Dar una orden simple cada vez, si es el caso.
- Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede.
- Utilizar cartones con dibujos, si es preciso.
- Proporcionar un refuerzo y una valoración positivos, si procede.

## 3.8. ESTREÑIMIENTO R/C FALTA DE RESPUESTA HABITUAL A LA URGENCIA DE DEFECAR, ACTIVIDAD FÍSICA INSUFICIENTE, DEBILIDAD DE LOS MÚSCULOS ABDOMINALES, DISMINUCIÓN DE LA MOTILIDAD DEL TRACTO INTESTINAL, HIGIENE ORAL O DENTICIÓN INADECUADAS M/P DEFECACIÓN DIFICULTOSA, ELIMINACIÓN DE HECES DURAS, SECAS, INCAPACIDAD PARA ELIMINAR LAS HECES, PRESENTACIONES ATÍPICAS EN ADULTOS ANCIANOS, FATIGA GENERALIZADA, NÁUSEAS O VÓMITOS.

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

### Objetivos NOC

**Eliminación intestinal. 0501.** Capacidad del tracto gastrointestinal para formar y evacuar heces de forma efectiva.

Escala: comprometida: extremadamente/sustancialmente/moderadamente/levemente/no comprometida.

**Indicadores:**

- |        |  |
|--------|--|
| 050101 | Patrón de eliminación en el rango esperado (ERE).                |
| 050102 | Control de movimientos intestinales.                             |
| 050103 | Color de las heces dentro de los límites de la normalidad (DLN). |
| 050104 | Cantidad de heces en relación con la dieta.                      |

050105	Heces blandas y formadas.
050110	Ausencia de estreñimiento.
050112	Facilidad de eliminación de las heces.
050113	Control de la eliminación de las heces.
050124	Ingestión de líquidos adecuada.
050125	Ingestión de fibra adecuada.
050126	Cantidad de ejercicio adecuada.

**Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos. 1008.** Cantidad de ingestión alimentaria y líquida durante un periodo de 24 horas.

**Escala:** no adecuada/ligeramente adecuada/moderadamente adecuada/sustancialmente adecuada/completamente adecuada.

**Indicadores:**

100801	Ingestión alimentaria oral.
100803	Ingestión hídrica oral.

### Intervenciones NIC

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

**Actividades:**

- Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal.
- Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.
- Observar si hay sonidos intestinales.
- Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos.
- Informar si hay disminución de sonidos intestinales.
- Obtener un estimulante para las heces, si procede.
- Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento o impactación.
- Evaluar la incontinencia fecal, si es el caso.
- Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con anterioridad.
- Enseñar al paciente las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal.
- Instruir al paciente/miembros de la familia, a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.
- Administrar supositorios de glicerina, si es necesario.
- Poner en marcha un programa de entrenamiento intestinal, si resulta oportuno.
- Disminuir la ingesta de alimentos que formen gases, si procede.
- Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibras.
- Administrar líquidos calientes después de las comidas, si está indicado.
- Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.
- No realizar la exploración rectal/vaginal, si las condiciones médicas lo indican.

### Manejo del estreñimiento/impactación. 0450. Prevención y alivio del estreñimiento/impactación

#### Actividades:

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación.
- Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.
- Vigilar la existencia de sonidos intestinales.
- Consultar con el médico acerca de aumento/disminución de la frecuencia de sonidos intestinales.
- Observar si hay signos y síntomas de ruptura intestinal y/o peritonitis.
- Explicar la etiología del problema y las razones para intervenir, al paciente.
- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.
- Establecer una pauta de aseo, si procede.
- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.
- Evaluar la medicación para ver si hay efectos gastrointestinales secundarios.
- Enseñar a la paciente/familia que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.
- Enseñar al paciente/familia a mantener un diario de comidas.
- Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibras, si procede.
- Instruir al paciente/familia sobre el uso correcto de laxantes.
- Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio e ingesta de líquidos para el estreñimiento/impactación.
- Evaluar el registro de entrada para el contenido nutricional.
- Consultar con el médico si persisten los signos y síntomas del estreñimiento o impactación.
- Administrar laxantes o enemas, si procede.
- Informar al paciente acerca del procedimiento de extracción manual de heces, si fuera necesario.
- Extraer la impactación fecal manualmente, si fuera necesario.
- Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda.
- Pesar al paciente regularmente.

### 3.9. DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO R/C DOLOR, TEMOR, PENSAMIENTOS REPETITIVOS DE AMENAZA.

Trastorno de la calidad y cantidad de sueño, suspensión de la conciencia periódica natural, limitado en el tiempo.

#### Objetivos NOC

**Sueño. 0004.** Magnitud de suspensión periódica natural de la conciencia durante el cual se recupera el organismo.

Escala: extremadamente comprometido a no comprometido.

#### Indicadores:

- |        |                           |
|--------|---------------------------|
| 000401 | Horas de sueño.           |
| 000402 | Horas de sueño cumplidas. |
| 000403 | Patrón de sueño.          |
| 000404 | Calidad de sueño.         |
| 000406 | Sueño ininterrumpido.     |



## Intervenciones NIC

**Mejorar el sueño. 1850.** Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

### Actividades:

- Valorar el patrón habitual de sueño del paciente.
- Adecuar el tratamiento y los cuidados para no interferir las horas de sueño.
- Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad.
- Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema del sueño.
- Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura) para favorecer al sueño.
- Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas.
- Comentar con los padres técnicas favorecedoras del sueño.

**Manejo ambiental. 6480.** Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos.

### Actividades:

- Crear un ambiente seguro para el paciente.
- Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente.
- Colocar los objetos de uso frecuente del paciente a su alcance.
- Disminuir los estímulos ambientales, si procede.
- Solicitar la ayuda del familiar en la comprensión del lenguaje del paciente, si procede.
- Dar una orden simple cada vez, si es el caso.
- Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede.
- Utilizar cartones con dibujos, si es preciso.
- Proporcionar un refuerzo y una valoración positivos, si procede.

## 3.9. RIESGO DE INFECCIÓN R/C PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y DESTRUCCIÓN TISULAR.

Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

### Objetivos NOC

**Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. 0204.** Grado de compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.

Escala: intensa/sustancial/moderada/ligera/ninguna.

### Indicadores:

- |        |                                     |
|--------|-------------------------------------|
| 020404 | Disminución del estado nutricional. |
| 020405 | Hipoactividad intestinal.           |
| 020408 | Retención urinaria.                 |
| 020409 | Fiebre.                             |
| 020410 | Infección del tracto urinario.      |
| 020418 | Trombosis venosa.                   |
| 020419 | Congestión pulmonar.                |
| 020422 | Neumonía.                           |

**Conducta terapéutica: enfermedad o lesión. 1609.** Acciones personales para paliar o eliminar patología.

**Escala:** manifestada: nunca/raramente/en ocasiones/con frecuencia/constantemente.

**Indicadores:**

- |        |   |
|--------|---|
| 160904 | Cumple las actividades prescritas.  |
| 160905 | Cumple el régimen de medicación.  |
| 160906 | Evita conductas que potencian la patología.                                   |
| 160907 | Realiza cuidados personales compatibles con la habilidad.                     |
| 160912 | Utiliza dispositivos correctamente.   |
| 160914 | Equilibrio entre tratamiento, ejercicio, trabajo, ocio, descanso y nutrición. |
| 160915 | Busca consejo de un profesional sanitario cuando es necesario.                |
| 160916 | Solicita una visita con el profesional sanitario cuando es necesario.         |

### Intervenciones NIC

**Cuidados del catéter urinario. 1876.** Actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario.

**Actividades:**

- Mantener el sistema de drenaje urinario cerrado.
- Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.
- Irrigar el sistema de catéter urinario mediante técnica estéril, si procede.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Cambiar el catéter urinario a intervalos regulares.
- Cambiar el sistema del drenaje urinario a intervalos regulares.
- Limpiar el catéter urinario por fuera en el meato.
- Anotar las características del líquido drenado.
- Fijar el catéter suprapúbico o de retención, según órdenes.
- Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario.
- Vaciar el dispositivo de drenaje en los intervalos especificados.
- Desconectar la bolsa de pierna por la noche y conectar a la bolsa de drenaje de pie de cama.
- Comprobar las correas de la bolsa de pierna a intervalos regulares para ver si hay constricciones.
- Mantener un cuidado de piel meticuloso en pacientes con bolsa de pierna.
- Limpiar el equipo de drenaje urinario siguiendo el protocolo del centro.
- Obtener muestra de orina por el orificio del sistema de drenaje urinario cerrado.
- Observar si hay distensión de la vejiga.
- Extraer el catéter lo antes posible.

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

**Actividades:**

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Vigilar el recuento de granulocitos absoluto, el recuento de glóbulos blancos y los resultados diferenciados.
- Seguir las precauciones propias de una neutropenia, si es el caso.
- Limitar el número de visitas, si procede.

- Analizar todas las visitas por si se padecen enfermedades transmisibles.
- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.
- Realizar técnicas de aislamiento, si es preciso.
- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas.
- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor externo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.
- Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.
- Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario.
- Fomentar una ingesta nutricional suficiente.
- Fomentar la ingesta de líquidos, si procede.
- Facilitar el descanso.
- Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad/malestar.
- Fomentar un aumento de la movilidad y los ejercicios, si procede.
- Fomentar la respiración y tos profunda, si está indicado.
- Administrar un agente de inmunización, si resulta oportuno.
- Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito.
- Instruir al paciente y familiares acerca de los signos y síntomas de la infección y cuándo debe informar de ellos al cuidador.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
- Eliminar frutas frescas, verduras y pimienta de la dieta en pacientes con neutropenia.
- Retirar las flores y plantas de la habitación del paciente, si procede.
- Proporcionar una habitación privada, si es necesario.
- Garantizar la seguridad del agua mediante hipocloración e hipercalentamiento.
- Informar de la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones.
- Informar sobre los resultados de cultivos positivos al personal de control de infecciones.

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

**Actividades:**

- Determinar los riesgos de salud del paciente, si procede.
- Seleccionar los índices adecuados del paciente para la vigilancia continuada, en función de la condición del paciente.
- Establecer la frecuencia de recogida e interpretación de los datos, según lo indique el estado del paciente.
- Facilitar la reunión de pruebas de diagnóstico, según sea posible.
- Interpretar los resultados de las pruebas de diagnóstico, si procede.
- Retirar e interpretar los datos de laboratorio; ponerse en contacto con el médico, si procede.
- Explicar los resultados de las pruebas de diagnóstico al paciente y a la familia.
- Comprobar el estado neurológico.
- Vigilar signos vitales, si procede.
- Colaborar con el médico para instaurar la monitorización hemodinámica invasiva, según proceda.

### 3.10. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA, R/C TETRAPLEJÍA M/P INESTABILIDAD POSTURAL DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES HABITUALES DE LA VIDA DIARIA, LIMITACIÓN DE LA HABILIDAD PARA LAS HABILIDADES MOTORA GROSERAS, LIMITACIÓN DE LA HABILIDAD PARA LAS HABILIDADES MOTORAS FINAS.

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

Objetivos NOC	
<b>Nivel de movilidad. 0208.</b> Capacidad para moverse con resolución.	
Escala: dependiente, no participa a completamente independiente.	
<b>Indicadores:</b>	
020801	Mantenimiento del equilibrio.
020802	Mantenimiento de la posición corporal.
020803	Movimiento muscular.
020804	Movimiento articular.
020805	Realización del traslado.
<b>Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. 0204.</b> Grado de compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.	
Escala: de intensa a ninguna.	
<b>Indicadores:</b>	
020401	Úlceras de presión.
020402	Estreñimiento.
020404	Disminución de estado nutricional.
020406	Íleo paralítico.
020408	Retención urinaria.
020409	Fiebre.
020410	Infección del tracto urinario.
020411	Disminución de la fuerza muscular.
020412	Disminución del tono muscular.
020414	Alteración del movimiento articular.
020417	Hipotensión ortostática.
020418	Trombosis venosa.
<b>Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas. 0205.</b> Grado de compromiso del funcionamiento psicocognitivo debido a la alteración de la movilidad física.	
Escala: intensa/sustancial/moderada/ligera/ninguna.	
<b>Indicadores:</b>	
020501	Alerta disminuida.
020502	Orientación disminuida.
020503	Atención disminuida.
020504	Distorsiones de la percepción.
020505	Sentido cinestésico disminuido.

**Estado neurológico. 0909.** Medida a la que el sistema nervioso central y periférico recibe, elabora y responde a los estímulos internos y externos.

**Escala:** comprometido: extremadamente/sustancialmente/moderadamente/levemente/no comprometido.

**Indicadores:**

090901	Función neurológica: conciencia.
090902	Función neurológica: control motor central.
090903	Función neurológica: función sensitiva/motora de pares craneales.
090904	Función neurológica: función sensitiva/motora medular.
090905	Función neurológica: autónoma.
090910	Patrón de movimiento ocular.
090911	Patrón respiratorio.
090912	Constantes vitales (DLN).
090913	Patrón de sueño/descanso.
090914	Ausencia de actividad comicial.

### Intervenciones NIC

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

**Actividades:**

- Identificar déficit cognoscitivo o físico del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas.
- Proporcionar dispositivos de ayuda.
- Bloquear las ruedas de las sillas, camas u otros dispositivos en la transferencia del paciente.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- Instruir a la paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.
- Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc.
- Utilizar dispositivos físicos de sujeción que limiten la posibilidad de movimientos inseguros, si está indicado.
- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama.
- Colocar la cama mecánica en la posición más baja.
- Responder a la luz de llamada inmediatamente.
- Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados.
- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
- Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.

**Cambio de posición. 0840.** Movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y/o psicológico.

**Actividades:**

- Colocar sobre un colchón/cama terapéutico.
- Proporcionar un colchón firme.
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después del cambio de posición.
- Colocar en la posición terapéutica especificada.
- Colocar en la posición de alineación corporal correcta.
- Elevar la parte afectada, si está indicado.
- Minimizar el roce al cambiar de posición al paciente.
- Colocar en una posición que favorezca el drenaje urinario.
- Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso.
- Observar que la configuración de los dispositivos de tracción sea la correcta.
- Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.

**Mejora de la perfusión cerebral. 2550.** Fomento de una perfusión adecuada y limitación de complicaciones en un paciente que experimenta o corre el riesgo de experimentar una perfusión cerebral incorrecta.

**Actividades:**

- Consultar con el médico para determinar los parámetros hemodinámicos y mantener dichos parámetros dentro del margen debido.
- Administrar fármacos vasoactivos, según prescripción, para mantener los parámetros hemodinámicos. Administrar agentes que expandan el volumen intravascular, si procede (coloides, productos sanguíneos y cristaloides).
- Consultar con el médico para determinar la posición óptima del cabecero de la cama (0,15 ó 30°) y controlar la respuesta del paciente a la posición de la cabeza.
- Evitar la flexión del cuello y la flexión extrema de cadera/rodilla.
- Mantener el nivel de pCO<sub>2</sub> a 25 mmHg o superior.
- Administrar fármacos analgésicos, si procede.
- Observar si hay signos de hemorragia (búsqueda de sangre en heces y drenaje nasogástrico).
- Vigilar el estado neurológico.
- Calcular y monitorizar la presión de perfusión cerebral (CPP).
- Controlar la presión arterial media (PAM).
- Vigilar el estado respiratorio (frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones; niveles de PO<sub>2</sub>, pCO<sub>2</sub>, pH y bicarbonato).

**Monitorización neurológica. 2020.** Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar las complicaciones neurológicas.

**Actividades:**

- Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas.
- Vigilar el nivel de conciencia.
- Comprobar el nivel de orientación.
- Vigilar las tendencias en la Escala del Coma de Glasgow.
- Vigilar los signos vitales: temperatura, presión sanguínea, pulso y respiraciones.
- Comprobar el estado respiratorio: niveles de gases en sangre arterial, pulsioximetría, profundidad, forma, frecuencia y esfuerzo.
- Vigilar el reflejo corneal.
- Comprobar el reflejo tusígeno y de náusea.

- Explorar el tono muscular, el movimiento motor, el paso y la propiocepción.
- Observar si hay movimiento pronador.
- Comprobar la fuerza de aprehensión.
- Observar si hay temblores.
- Observar la existencia de simetría facial.
- Observar los movimientos oculares extra y características de la forma de mirar.
- Observar si hay trastornos visuales: diplopía, nistagmo, cortes del campo visual, visión borrosa y agudeza visual.
- Comprobar la respuesta a los estímulos: verbal, táctil y dañinos.
- Observar la forma de sudación.
- Vigilar la respuesta de Babinski.
- Observar si hay respuesta de Cushing.
- Observar la respuesta a los medicamentos.
- Consultar con compañeros para confirmar datos, si procede.
- Identificar patrones aparecidos en los datos.
- Aumentar la frecuencia del control neurológico, si procede.

**Terapia de ejercicios: función muscular. 0226.** Utilización de protocolos de actividad o ejercicios específicos para mejorar o restablecer el movimiento controlado del cuerpo.

**Actividades:**

- Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.
- Colaborar con el fisioterapeuta, terapeutas ocupacionales y de recreación en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios, si procede.
- Consultar con el fisioterapeuta para determinar la posición óptima del paciente durante el ejercicio y el número de veces que debe realizar cada movimiento.
- Evaluar las funciones sensoriales (visión, audición, propiocepción).
- Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y el protocolo al paciente/familia.
- Disponer privacidad para el paciente durante el ejercicio, si así lo desea.
- Ajustar la iluminación, la temperatura ambiente y el nivel de ruido, y así mejorar la capacidad de concentración del paciente en la actividad de ejercicios.
- Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios.
- Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio/actividad.
- Vestir al paciente con prendas cómodas.
- Ayudar a mantener la estabilidad del tronco y/o articulación proximal durante la actividad motora.
- Aplicar tablillas para conseguir la estabilidad de las articulaciones proximales implicadas en las habilidades motoras finas, según prescripción.
- Volver a evaluar la necesidad de dispositivos de ayuda a intervalos regulares en colaboración con el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional o de recreación.
- Determinar la imagen corporal exacta.
- Proporcionar instrucciones paso a paso para cada actividad motora durante el ejercicio o actividades de la vida diaria.
- Incorporar actividades de la vida diaria en el protocolo de ejercicios, si corresponde.
- Utilizar estímulos táctiles (y/o golpecitos con los dedos) para minimizar el espasmo muscular.
- Vigilar la respuesta emocional, cardiovascular y funcional del paciente al protocolo de ejercicios.
- Evaluar el progreso del paciente en la mejora/restablecimiento del movimiento y la función corporal.
- Colaborar con los cuidadores a domicilio respecto al protocolo de ejercicios y las actividades de la vida diaria.
- Ayudar al paciente/cuidador a realizar las revisiones prescritas en el plan de ejercicios en casa, si está indicado.

### 3.11. DUELO DISFUNCIONAL R/C PERCEPCIÓN DE AMENAZA DE LA PÉRDIDA DE SU FAMILIAR M/P TRISTEZA, LLANTO Y EXPRESIONES DE SUFRIMIENTO. 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 UNA PÉRDIDA.

Objetivos NOC																					
<p><b>Adaptación psicosocial: cambio de vida. 1305.</b> Adaptación psicosocial de un individuo a un cambio de vida.</p> <p>Escala: ninguna/escasa/moderada/sustancial/extensa.</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <table> <tr> <td>130501</td> <td>Establecimiento de objetivos realistas.</td> </tr> <tr> <td>130502</td> <td>Mantenimiento de la autoestima.</td> </tr> <tr> <td>130503</td> <td>Expresiones de productividad.</td> </tr> <tr> <td>130504</td> <td>Expresiones de utilidad.</td> </tr> <tr> <td>130505</td> <td>Expresiones de optimismo sobre el presente.</td> </tr> <tr> <td>130506</td> <td>Expresiones de optimismo sobre el futuro.</td> </tr> </table>		130501	Establecimiento de objetivos realistas.	130502	Mantenimiento de la autoestima.	130503	Expresiones de productividad.	130504	Expresiones de utilidad.	130505	Expresiones de optimismo sobre el presente.	130506	Expresiones de optimismo sobre el futuro.								
130501	Establecimiento de objetivos realistas.																				
130502	Mantenimiento de la autoestima.																				
130503	Expresiones de productividad.																				
130504	Expresiones de utilidad.																				
130505	Expresiones de optimismo sobre el presente.																				
130506	Expresiones de optimismo sobre el futuro.																				
<p><b>Control de la depresión. 1409.</b> Acciones personales para minimizar la tristeza y mantener el interés por los acontecimientos de la vida.</p> <p>Escala: manifestada: nunca/raramente/en ocasiones/con frecuencia/constantemente.</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <table> <tr> <td>140901</td> <td>Supervisa la capacidad para concentrarse.</td> </tr> <tr> <td>140902</td> <td>Supervisa la intensidad de la depresión.</td> </tr> <tr> <td>140903</td> <td>Identifica los factores precursores de la depresión.</td> </tr> <tr> <td>140904</td> <td>Planifica estrategias para reducir los efectos de los factores precursores.</td> </tr> <tr> <td>140905</td> <td>Ausencia de manifestaciones de una conducta depresiva.</td> </tr> <tr> <td>140906</td> <td>Refiere dormir de forma adecuada.</td> </tr> <tr> <td>140908</td> <td>Refiere ausencia de manifestaciones físicas de depresión.</td> </tr> <tr> <td>140909</td> <td>Refiere mejoría del estado de ánimo.</td> </tr> </table>		140901	Supervisa la capacidad para concentrarse.	140902	Supervisa la intensidad de la depresión.	140903	Identifica los factores precursores de la depresión.	140904	Planifica estrategias para reducir los efectos de los factores precursores.	140905	Ausencia de manifestaciones de una conducta depresiva.	140906	Refiere dormir de forma adecuada.	140908	Refiere ausencia de manifestaciones físicas de depresión.	140909	Refiere mejoría del estado de ánimo.				
140901	Supervisa la capacidad para concentrarse.																				
140902	Supervisa la intensidad de la depresión.																				
140903	Identifica los factores precursores de la depresión.																				
140904	Planifica estrategias para reducir los efectos de los factores precursores.																				
140905	Ausencia de manifestaciones de una conducta depresiva.																				
140906	Refiere dormir de forma adecuada.																				
140908	Refiere ausencia de manifestaciones físicas de depresión.																				
140909	Refiere mejoría del estado de ánimo.																				
<p><b>Equilibrio emocional. 1204.</b> Adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias.</p> <p>Escala: manifestada: nunca/raramente/en ocasiones/con frecuencia/constantemente.</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <table> <tr> <td>120401</td> <td>Muestra un afecto apropiado.</td> </tr> <tr> <td>120402</td> <td>Muestra un estado de ánimo sereno.</td> </tr> <tr> <td>120403</td> <td>Muestra control de los impulsos.</td> </tr> <tr> <td>120404</td> <td>Refiere dormir de forma adecuada (al menos 5 h. diarias).</td> </tr> <tr> <td>120405</td> <td>Muestra concentración.</td> </tr> <tr> <td>120406</td> <td>Conversa a un ritmo moderado.</td> </tr> <tr> <td>120407</td> <td>Muestra ausencia de conflicto de ideas.</td> </tr> <tr> <td>120410</td> <td>Muestra aseo e higiene personal adecuados.</td> </tr> <tr> <td>120411</td> <td>Se viste de forma adecuada para la situación y el clima.</td> </tr> <tr> <td>120412</td> <td>Mantiene un peso estable.</td> </tr> </table>		120401	Muestra un afecto apropiado.	120402	Muestra un estado de ánimo sereno.	120403	Muestra control de los impulsos.	120404	Refiere dormir de forma adecuada (al menos 5 h. diarias).	120405	Muestra concentración.	120406	Conversa a un ritmo moderado.	120407	Muestra ausencia de conflicto de ideas.	120410	Muestra aseo e higiene personal adecuados.	120411	Se viste de forma adecuada para la situación y el clima.	120412	Mantiene un peso estable.
120401	Muestra un afecto apropiado.																				
120402	Muestra un estado de ánimo sereno.																				
120403	Muestra control de los impulsos.																				
120404	Refiere dormir de forma adecuada (al menos 5 h. diarias).																				
120405	Muestra concentración.																				
120406	Conversa a un ritmo moderado.																				
120407	Muestra ausencia de conflicto de ideas.																				
120410	Muestra aseo e higiene personal adecuados.																				
120411	Se viste de forma adecuada para la situación y el clima.																				
120412	Mantiene un peso estable.																				



**Apoyo a la familia. 7140.** Estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares.

**Actividades:**

- Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.
- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.
- Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico.
- Ofrecer una esperanza realista.
- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.
- Facilitar la comunicación de inquietudes/sentimientos entre el paciente y la familia o entre los miembros de la misma.
- Favorecer una relación de confianza con la familia.
- Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.
- Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas.
- Orientar a la familia sobre el ambiente de cuidados sanitarios, como un centro hospitalario o una clínica.
- Proporcionar ayuda para cubrir las necesidades básicas de la familia, como techo, comida y vestimenta.
- Identificar la naturaleza del apoyo espiritual para la familia.
- Identificar el grado de coherencia entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales de cuidados.
- Reducir las discrepancias entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales de cuidados mediante el uso de técnicas de comunicación.
- Ayudar a los miembros de la familia a identificar y resolver conflictos de valores.
- Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia para resolver problemas.
- Reforzar a la familia respecto a sus estrategias para enfrentarse a los problemas.
- Asesorar a los miembros de la familia sobre las técnicas eficaces adicionales para su propio uso de resolución de problemas.
- Proporcionar recursos espirituales a la familia, según lo precisen.
- Proporcionar información frecuente a la familia acerca de los progresos del paciente, de acuerdo con los deseos del mismo.
- Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados.
- Proporcionar a la familia el conocimiento necesario acerca de las opciones que les puedan ayudar en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente.
- Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado.
- Facilitar oportunidades de visita a los miembros de la familia, según corresponda.
- Ayudar a los miembros de la familia durante los procesos de muerte y pena, si procede.

### 3.12. RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA, R/C INMOVILIDAD FÍSICA.

Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.

#### Objetivos NOC

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

Escala: comprometida: extremadamente/sustancialmente/moderadamente/levemente/no comprometida.

#### Indicadores:

110101	Temperatura tisular en el rango esperado (ERE).
110102	Sensibilidad ERE.
110103	Elasticidad ERE.
110104	Hidratación ERE.
110105	Pigmentación ERE.
110106	Transpiración ERE.
110107	Coloración ERE.
110108	Textura ERE.
110109	Grosor ERE.
110110	Ausencia de lesión tisular.
110111	Perfusión tisular.
110112	Crecimiento del vello cutáneo ERE.
110113	Piel intacta.

**Perfusión tisular periférica. 0407.** Medida en que la sangre fluye a través de los pequeños vasos de las extremidades y mantiene la función tisular.

Escala: extremadamente comprometida a no comprometida.

#### Indicadores:

040701	Relleno capilar enérgico.
040702	Pulsos periféricos distales fuertes.
040703	Pulsos periféricos proximales fuertes.
040704	Pulsos periféricos distales simétricos.
040706	Nivel de sensibilidad normal.
040709	Piel intacta.

#### Intervenciones NIC

**Prevención de las úlceras por presión. 3540.** Prevención de la formación de úlceras por presión en un paciente con alto riesgo de desarrollarlas.

#### Actividades:

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del paciente (escala Braden).
- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.

- Aplicar barreras de protección como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede.
- Girar continuamente cada 1-2 horas, si procede.
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.
- Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies.
- Utilizar camas y colchones especiales, si procede.
- Utilizar mecanismos en la cama (badana) para proteger al paciente.
- Evitar mecanismos de tipo flotadores para la zona sacra.
- Humedecer la piel seca, intacta.
- Evitar el agua caliente y utilizar jabón suave para el baño.
- Vigilar las fuentes de presión y de fricción.
- Aplicar protectores para codos y talones, si procede.
- Proporcionar con frecuencia cambios del peso corporal.
- Proporcionar un trapecio para ayudar al paciente en los cambios de peso frecuentemente.
- Controlar la movilidad y la actividad del paciente.
- Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitamina B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.
- Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de ruptura de la piel, si procede.

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

**Actividades:**

- Inspeccionar el estado del sitio de incisión, si procede.
- Observar su color, calor, pulso, textura, si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.
- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y membranas mucosas.
- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.
- Observar si hay fuentes de presión y fricción.
- Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
- Observar si hay zona de decoloración y magulladuras en la piel y las membranas mucosas.
- Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Observar si la ropa queda ajustada.
- Vigilar el color de la piel.
- Comprobar la temperatura de la piel.
- Tomar nota de los cambios en la piel y las membranas mucosas.
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro, si es necesario.
- Instruir al miembro de la familia cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, si procede.

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

**Actividades:**

- Colocar al paciente sobre una cama/colchón terapéutico adecuado.
- Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada. Explicar las razones de reposo en la cama.
- Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas.
- Colocar en la cama una base de apoyo para los pies.
- Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente.
- Aplicar dispositivos que eviten los pies equinos.
- Subir las barandillas.
- Colocar el interruptor de posicionamiento de la cama al alcance de la mano.
- Colocar la luz de llamada al alcance de la mano.
- Cambio de posición según lo indique el estado de la piel.
- Vigilar el estado de la piel.
- Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas, de acuerdo con un programa específico.
- Realizar ejercicios de margen de movimiento pasivos y/o activos.
- Ayudar con las medidas de higiene.
- Aplicar antiembolismo.
- Observar si se produce estreñimiento.
- Controlar la función urinaria.
- Monitorizar el estado pulmonar.

**Administración de la medicación: tópica. 2316.** Preparación y aplicación de medicamentos en la piel.

**Actividades:**

- Seguir los cinco principios de administración de medicación.
- Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.
- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del paciente del método de administración.
- Determinar el estado de la piel del paciente en la zona donde se aplicará la medicación. Retirar los restos de medicación y limpiar la piel.
- Medir la cantidad correcta de medicación sistémica de aplicación tópica, utilizando mecanismos estandarizados de medida.
- Aplicar el fármaco tópico según esté prescrito.
- Aplicar parches transdérmicos y medicaciones tópicas en zonas de la piel sin vello, según sea conveniente.
- Extender la medicación uniformemente sobre la piel. Alternar los sitios de aplicación de las medicaciones sistémicas tópicas. Controlar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación. Enseñar y controlar la técnica de autoadministración, según sea conveniente.
- Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente de acuerdo con las normas de la institución.

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

**Actividades:**

- Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera.
- Realizar la limpieza con jabón antibacteriano, si resulta oportuno. Vestir al paciente con ropas no restrictivas. Espolvorear la piel con polvos medicinales, si procede. Retirar el esparadrapo y los restos.
- Proporcionar soporte a las zonas edematosas (almohada debajo de los brazos y soporte para escroto), si procede.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal, si es necesario.
- Administrar fricciones en la espalda/cuello, si procede.
- Cambiar catéter, si procede.
- Aplicar los pañales sin comprimir, si procede.
- Dar masaje alrededor de la zona afectada.
- Proporcionar higiene de aseo, si es necesario.
- Abstenerse de administrar aplicaciones de calor local.
- Abstenerse de utilizar jabones alcalinos en la piel.
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Girar al paciente inmovilizado al menos cada dos horas, de acuerdo con el programa específico.
- Utilizar dispositivos en la cama que protejan la piel del paciente.
- Aplicar protectores para los talones, si es el caso.
- Aplicar un apósito oclusivo limpio (Tegaderm o Duoderm), si es necesario.
- Aplicar antibióticos tópicos a la zona afectada, si procede.

### 3.13. RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO R/C INMOVILIZACIÓN MECÁNICA, INMOVILIZACIÓN PRESCRITA, TRASTORNOS COGNITIVOS.

Riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad musculoesquelética prescrita.

#### Objetivos NOC

**Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. 0204.** Grado de compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.

Escala: intensa a ninguna.

**Indicadores:**

- |        |                                     |
|--------|-------------------------------------|
| 020401 | Úlceras por presión.                |
| 020402 | Estreñimiento.                      |
| 020404 | Disminución del estado nutricional. |
| 020405 | Hipoactividad intestinal.           |
| 020408 | Retención urinaria.                 |
| 020409 | Fiebre.                             |
| 020411 | Disminución de la fuerza muscular.  |

**Consecuencias de la inmovilidad psicocognitivas. 0205.** Grado de compromiso del funcionamiento psicocognitivo debido a la alteración de la movilidad física.

Escala: intensa a ninguna.

**Indicadores:**

- |        |                                |
|--------|--------------------------------|
| 020501 | Alerta disminuida.             |
| 020502 | Orientación disminuida.        |
| 020504 | Distorsiones de la percepción. |
| 020508 | Trastornos del sueño.          |
| 020511 | Incapacidad para actuar.       |

**Nivel de movilidad. 0208.** Capacidad para moverse con resolución.

Escala: dependiente, no participa a completamente independiente.

**Indicadores:**

- |        |  |
|--------|--|
| 020801 | Mantenimiento del equilibrio.          |
| 020802 | Mantenimiento de la posición corporal. |
| 020803 | Movimiento muscular.                   |
| 020804 | Movimiento articular.                  |
| 020806 | Deambulaci3n: camina.                  |

### Intervenciones NIC

**Precauciones del embolismo. 4110.** Disminuci3n del riesgo de formaci3n de 3mbolos en el paciente con trombos o en situaci3n de riesgo de desarrollar trombos.

**Actividades:**

- Realizar una valoraci3n exhaustiva de la circulaci3n perif3rica (comprobar pulsos perif3ricos, edemas, llenado capilar, color y temperatura de extremidades).
- Elevar el miembro afectado 20° o m3s, por encima del nivel del coraz3n, para mejorar el retorno venoso, si procede.
- Aplicar medias antiembolia, si corresponde.
- Ayudar al paciente con el margen de movimientos activo o pasivo, si procede.
- Evitar lesiones en la luz de los vasos evitando la presi3n local, trauma, infecci3n o sepsia.
- No dar masajes o realizar compresi3n en los m3sculos de la pierna afectada.

**Manejo de energ3a. 0180.** Regulaci3n del uso de la energ3a para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

**Actividades:**

- Determinar las limitaciones f3sicas del paciente.
- Favorecer la expresi3n verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones.
- Determinar las causas de la fatiga.
- Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad.
- Observar la localizaci3n y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/ actividad.
- Facilitar la alternativa de periodos de reposo y actividad.
- Controlar la administraci3n y efecto de los estimulantes o sedantes.

### 3.14. RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR R/C AFRONTAMIENTO INEFECTIVO POR ENFERMEDAD GRAVE DEL RECEPTOR DE LOS CUIDADOS M/P INDICE DE ZARIT 60 PTOS.

El cuidador es vulnerable a la percepción de dificultad para desempeñar su rol de cuidador familiar.

#### Objetivos NOC

**Alteración del estilo de vida del cuidador familiar. 2203.** Alteraciones en el estilo de vida de un miembro de la familia debido a su papel de cuidador familiar.

Escala: intensa/sustancial/moderada/ligera/ninguna.

#### Indicadores:

- 220301 Insatisfacción con las circunstancias de la vida.
- 220302 Realización del rol alterada.
- 220303 Flexibilidad del rol comprometida.
- 220304 Oportunidades para la intimidad comprometidas.
- 220305 Relaciones con otros miembros de la familia alteradas.
- 220306 Interacciones sociales alteradas.
- 220307 Apoyo social comprometido.
- 220308 Actividades: de ocio comprometidas.
- 220310 Responsabilidades del rol comprometidas.

**Factores estresantes del cuidador familiar. 2208.** Costo de la presión biopsicosocial de un proveedor de cuidados familiares, durante el cuidado de un miembro de la familia o de otro ser querido durante un extenso periodo.

Escala: extenso/importante/moderado/escaso/ninguno.

#### Indicadores:

- 220801 Factores estresantes referidos por el cuidador.
- 220802 Limitaciones físicas del cuidador.
- 220803 Limitaciones fisiológicas del cuidador.
- 220804 Limitaciones cognitivas del cuidador familiar.
- 220811 Gravedad de la enfermedad del receptor de los cuidados.
- 220812 Cantidad de cuidados requeridos o descuidos.
- 220813 Alteración de la relación entre el cuidador y el paciente.

**Salud física del cuidador familiar. 2507.** Bienestar físico de un cuidador familiar de un miembro de la familia o de otro ser querido, durante un extenso periodo.

Escala: comprometida: extremadamente/sustancialmente/moderadamente/levemente/no comprometida.

#### Indicadores:

- 250701 Salud física.
- 250702 Patrón de sueño.
- 250703 Presión arterial en el rango esperado (ERE).
- 250704 Nivel de energía.
- 250706 Nivel de comodidad.
- 250707 Resistencia a la infección.

## Intervenciones NIC

**Potenciación de roles. 5370.** Ayudar a un paciente, a un ser querido y/o a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de papeles específicos.

### Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar los diversos papeles en la vida.
- Ayudar al paciente a identificar los roles habituales en la familia.
- Ayudar al paciente a identificar periodos de transición de papeles a lo largo de la vida.
- Ayudar al paciente a identificar la insuficiencia de roles.
- Ayudarlo a identificar las conductas necesarias para el cambio de roles a roles nuevos.
- Ayudar al paciente a identificar los cambios de roles específicos necesarios debidos a enfermedades o discapacidades.
- Ayudar a los niños mayores a aceptar la dependencia de los padres mayores y los cambios de rol implicados, si procede.
- Ayudar al paciente a identificar una descripción realista del cambio de rol.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas en los cambios de papeles.
- Facilitar la discusión sobre la adaptación de los roles de la familia para compensar los cambios de rol del miembro enfermo.
- Ayudar al paciente a imaginar cómo podría producirse una situación particular y cómo evolucionaría un rol.
- Facilitar el ensayo de roles consiguiendo que el paciente se anticipe a las reacciones de los demás a la representación.
- Proporcionar oportunidades de convivencia para ayudar a clarificar los papeles de los padres, si es el caso.
- Servir como modelo de rol para aprender nuevas conductas, si procede.
- Enseñar las nuevas conductas que necesita el padre/madre para cumplir con un rol.
- Facilitar las interacciones grupales de referencia como parte del aprendizaje de los nuevos roles.

**Apoyo al cuidador principal. 7040.** Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.

### Actividades:

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Aceptar las expresiones de emoción negativa.
- Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, si procede.
- Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso.
- Animar la aceptación de independencia entre los miembros de la familia.
- Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente.
- Proporcionar información sobre el estado del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.
- Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento mediante llamadas por teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios.
- Observar si hay indicios de estrés.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.
- Educar al cuidador sobre los procesos de quejas.
- Apoyar al cuidador mediante procesos de quejas.



- Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.
- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.
- Promover una red social de cuidadores.
- Identificar fuentes de cuidado prolongados.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.
- Informar al personal/centro de los servicios de emergencia sobre la estancia del paciente en casa, estado de salud y tecnologías utilizadas con el consentimiento del paciente o de la familia.

**Apoyo a la familia. 7140.** Estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares.

**Actividades:**

- Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.
- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.
- Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico.
- Ofrecer una esperanza realista.
- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.
- Facilitar la comunicación de inquietudes/sentimientos entre el paciente y la familia o entre los miembros de la misma.
- Favorecer una relación de confianza con la familia.
- Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.
- Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas.
- Orientar a la familia sobre el ambiente de cuidados sanitarios, como un centro hospitalario o una clínica.
- Identificar la naturaleza del apoyo espiritual para la familia.
- Identificar el grado de coherencia entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales de cuidados.
- Reducir las discrepancias entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales de cuidados mediante el uso de técnicas de comunicación.
- Ayudar a los miembros de la familia a identificar y resolver conflictos de valores.
- Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia para resolver problemas.
- Reforzar a la familia respecto a sus estrategias para enfrentarse a los problemas.
- Asesorar a los miembros de la familia sobre las técnicas eficaces adicionales para su propio uso de resolución de problemas.
- Proporcionar recursos espirituales a la familia, según lo precisen.
- Proporcionar información frecuente a la familia acerca de los progresos del paciente, de acuerdo con los deseos del mismo.
- Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados.
- Proporcionar a la familia el conocimiento necesario acerca de las opciones que les puedan ayudar en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente.
- Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado.
- Animar la toma de decisiones familiares en la planificación de los cuidados del paciente a largo plazo que afecten a la estructura y a la economía familiar.
- Reconocer la comprensión de la decisión familiar acerca de los cuidados posteriores al alta.
- Ayudar a la familia a adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados del paciente.

### 3.15. AISLAMIENTO SOCIAL R/C UNA CONDUCTA SOCIALMENTE INADECUADA Y ALTERACIÓN DEL ESTADO MENTAL.

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

#### Objetivos NOC

**Implicación social. 1503.** Frecuencia de las interacciones sociales de un individuo con personas, grupos u organizaciones.

Escala: ninguna/escasa/moderada/sustancial/extensa.

**Indicadores:**

- |        |  |
|--------|--|
| 150302 | Interacción con vecinos.                       |
| 150303 | Interacción con miembros de la familia.        |
| 150304 | Interacción con miembros de grupos de trabajo. |
| 150311 | Participación en actividades de ocio.          |

**Soporte social. 1504.** Disponibilidad percibida y provisión real de ayuda segura de otras personas.

Escala: ninguno/escaso/moderado/sustancial/extenso.

**Indicadores:**

- |        |   |
|--------|---|
| 150402 | Refiere dedicación de tiempo de otras personas.                           |
| 150403 | Refiere tareas realizadas por otras personas.                             |
| 150404 | Refiere información proporcionada por otras personas.                     |
| 150405 | Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas.                 |
| 150407 | Refiere la existencia de personas que pueden ayudarlo cuando lo necesita. |
| 150408 | Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas.                |
| 150412 | Refiere ayuda ofrecida por los demás.                                     |

#### Intervenciones NIC

**Potenciación de la socialización. 5100.** Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.

**Actividades:**

- Fomentar la implicación en relaciones potenciadas y establecidas.
- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar compartir problemas comunes con los demás.
- Fomentar la sinceridad al presentarse a los demás.
- Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos.
- Fomentar el respeto de los derechos de los demás.
- Remitir al paciente a un grupo o programa de habilidades interpersonales en los que pueda aumentar su comprensión de las transacciones, si resulta oportuno.
- Permitir la prueba de los límites interpersonales.
- Responder a la mejora del cuidado del aspecto personal y demás actividades.
- Ayudar al paciente a que aumente la conciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.

- Utilizar el juego de roles para practicar las habilidades y técnicas de comunicación mejoradas.
- Proporcionar modelos de rol que expresen la ira de forma adecuada.
- Enfrentar al paciente con sus trastornos del juicio, cuando corresponda.
- Solicitar y esperar comunicaciones verbales.
- Responder de forma positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás.
- Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o ir al cine.
- Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.
- Fomentar la planificación de actividades especiales por parte de grupos pequeños.

**Aumentar los sistemas de apoyo. 5440.** Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

**Actividades:**

- Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.
- Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.
- Determinar el grado de apoyo familiar.
- Determinar el grado de apoyo económico de la familia.
- Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.
- Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo.
- Observar la situación familiar actual.
- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
- Remitir al grupo de autoayuda, si se considera oportuno.
- Evaluar la conveniencia de los recursos comunitarios para identificar virtudes y defectos.
- Remitir a programas comunitarios de fomento/prevencción/tratamiento/rehabilitación, si procede.
- Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo.
- Implicar a la familia/seres queridos/amigos en los cuidados y la planificación.
- Explicar a los demás implicados la manera en la que pueden ayudar.

