

NORMALIZACIÓN DEL
PROCESO DE CUIDADOS
DEL
PACIENTE ADULTO
HOSPITALIZADO

PROYECTO DE NORMALIZACIÓN DE CUIDADOS

CONSEJERÍA DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Edita

Consejería de Salud del Principado de Asturias

Gobierno del Principado de Asturias

Depósito Legal:

Guía disponible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/guia-de-normalizacion-de-cuidados-del-paciente-adulto-hospitaliza-2>

Coordina

Rosario Fernández Flórez

Responsable de la Unidad para la Excelencia en Cuidados de Asturias

Dirección General de Planificación Sanitaria

Consejería de Salud del Principado de Asturias

Autores

Rosario Fernández Flórez, Roberto Rodríguez Rego, Ruth Álvarez Oviedo y Grupo “Normalización de Procesos de Cuidados”*

Dirección General de Planificación Sanitaria

Consejería de Salud del Principado de Asturias

*Se relacionan en Apéndice III

Contenido

INDICE

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
FORMULARIO “EJEMPLO”	3
INTERRELACIONES NANDA ⁽²⁾ -NOC-NIC ⁽³⁾ DE LOS DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EN ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	4
DOMINIO X.....	4
VALORACIÓN	5
FORMULARIOS PARA EL REGISTRO DE LA VALORACIÓN	6
FORMULARIOS GENERALES.....	0
FORMULARIO “BALANCE HÍDRICO”	0
FORMULARIO DE REGISTRO “BALANCE HÍDRICO”	7
FORMULARIO “CONSTANTES VITALES Y SOMATOMETRÍA”	16
FORMULARIO DE REGISTRO DE “CONSTANTES VITALES”	17
FORMULARIO “CONTROL GLUCÉMICO”	20
FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DEL “CONTROL GLUCÉMICO”	21
INDICADORES DEL FORMULARIO “CONTROL GLUCÉMICO”	22
FORMULARIO “CATÉTERES”	23
FORMULARIO DE REGISTRO DE “CATÉTERES”	24
FORMULARIO “VALORACIÓN DE FLEBITIS”	30
FORMULARIO DE REGISTRO DE “VALORACIÓN DE FLEBITIS”	31
FORMULARIO “OSTOMÍAS”	33
FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “OSTOMÍAS”	34
FORMULARIO “SONDAS”	38
FORMULARIO DE REGISTRO DE “SONDAS”	39
FORMULARIO “HERIDAS QUIRÚRGICAS”	42
FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE “HERIDAS QUIRÚRGICAS”	43
FORMULARIO “OTRAS LESIONES”	47
FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE “OTRAS LESIONES”	48
FORMULARIO “ÚLCERAS DE EXTREMIDADES”	52
FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE “ÚLCERAS DE EXTREMIDADES”	53
FORMULARIO “PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN/HUMEDAD”	60
FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE “PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN/HUMEDAD”	61
FORMULARIO “ÚLCERAS POR PRESIÓN/HUMEDAD”	66
FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE “ÚLCERAS POR PRESIÓN/HUMEDAD”	67
FORMULARIO “REGISTRO DE CAÍDAS”	77
FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE “CAÍDAS”	78
VALORACIÓN ENFERMERA	82

VALORACIÓN ENFERMERA.....	83
CAMPOS OBLIGATORIOS DE LA VALORACIÓN ENFERMERA.....	84
INDICADORES “VALORACIÓN ENFERMERA ADULTOS” 1ª PARTE.....	88
INDICADORES “VALORACIÓN ENFERMERA ADULTOS” 2ª PARTE.....	96
APÉNDICE II.....	99
ESCALA BRADEN-BERGSTROM(9).....	100
DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM.....	101
ESCALA VISUAL ANALÓGICA GRADUADA NUMÉRICAMENTE PARA LA VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR.....	104
ESCALA DE BARTHEL(10).....	106
DIAGNÓSTICO PLANIFICACIÓN.....	109
DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EN ATENCIÓN HOSPITALARIA, RESULTADOS E INTERVENCIONES.....	110
INTERRELACIONES NANDA-NOC-NIC DE LOS DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EN ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	113
DOMINIO 1.....	113
DOMINIO 2.....	115
DOMINIO 3.....	119
DOMINIO 4.....	122
DOMINIO 5.....	128
DOMINIO 6.....	131
DOMINIO 7.....	133
DOMINIO 8.....	136
DOMINIO 9.....	137
DOMINIO 10.....	141
DOMINIO 11.....	142
DOMINIO 12.....	153
BIBLIOGRAFÍA.....	154
APÉNDICE III.....	155
AUTORES.....	156
AUTORES 1ª EDICIÓN.....	157

INTRODUCCIÓN

En el año 2010, dentro del proyecto de Normalización de Cuidados de la Dirección de Calidad e Innovación Sanitaria de la Consejería de Salud del Principado de Asturias, se unificaron los procesos de cuidados de distintos grupos de pacientes, implementando la metodología enfermera y diseñando los documentos necesarios para su registro en la Historia Clínica Electrónica. El alcance de este proyecto incluyó a todos los hospitales de la Red Sanitaria de Utilización Pública de Asturias. Los registros que se diseñaron forman parte de la Historia Clínica Electrónica de todos los hospitales de la Comunidad del Principado de Asturias.

También se ha implantado la metodología enfermera para la gestión del cuidado, aunque hasta ahora no se registraban los resultados en la fase de planificación, por cuestiones técnicas del programa informático.

En los últimos años se ha llevado a cabo un plan de mejora de cuidados y paralelamente se ha gestionado el desarrollo de la aplicación informática para que permita el registro del proceso enfermero completo. Una de las consecuencias de estos trabajos ha sido la introducción del establecimiento de resultados, utilizando la taxonomía Nursing Outcomes Classification (NOC⁽¹⁾), en la fase de planificación del proceso de cuidados.

Se han revisado por tanto los distintos procesos de cuidados y también todos los registros electrónicos, para adaptarlos a las necesidades de información de los profesionales y mejorar la calidad de los datos que en ellos se recogen. En este sentido, se han incluido los ítems necesarios para la obtención de indicadores en relación con la seguridad del paciente.

La presente edición de la guía recopila el trabajo previo que se había publicado en tres guías diferentes: Proceso de cuidados Valoración enfermera, Historia Clínica Electrónica: formularios de enfermería, Interrelaciones NANDA⁽²⁾ NIC⁽³⁾ de los diagnósticos prevalentes en atención especializada.

Se presentan en esta edición los documentos revisados que sirven de base para registrar las distintas fases del proceso enfermero.

- Valoración: se han revisado los formularios que se estaban utilizando para dejar constancia de situaciones tanto físicas (formularios generales) como de necesidades de cuidados (Valoración enfermera)
- Diagnóstico: se han revisado así mismo los diagnósticos más prevalentes en nuestros hospitales, sus causas y manifestaciones.
- Planificación: resultados e intervenciones en relación a los diagnósticos prevalentes.
- Ejecución: se ha determinado la periodicidad de las intervenciones para construir la agenda de cuidados en el programa informático y dejar constancia de la realización de cada una de las intervenciones programadas.
- Evaluación: se realiza a través de la NOC.

Para realizar esta revisión, se ha recogido las propuestas de mejora de cada uno de los hospitales y se han tenido en cuenta las políticas institucionales sobre seguridad del paciente.

Este trabajo ha sido llevado a cabo por el “Grupo Normalización de Cuidados”. También se ha consultado a expertos para hacer las modificaciones oportunas en procesos específicos.

A todos ellos agradecemos el conocimiento, esfuerzo e ilusión que han puesto en este nuevo trabajo enmarcado en el Proyecto de Normalización de Cuidados de la Dirección General de Planificación Sanitaria.

Asimismo, agradecemos al Servicio de Salud del Principado de Asturias y a los Directores de Enfermería de los distintos hospitales su apoyo e implicación, sin los cuales sería imposible cualquier avance en la calidad de los cuidados.

Este documento se revisará de nuevo en el plazo de dos años para proseguir con la mejora de los procesos de cuidados de nuestros pacientes y su registro en la Historia Clínica Electrónica, de forma que recojan la información que los profesionales necesitan para mejorar la calidad de los procesos asistenciales.

Rosario Fernández Flórez

Responsable de la Unidad para la Excelencia en Cuidados de Asturias

Dirección General de Planificación Sanitaria

Consejería de Salud del Principado de Asturias

En la redacción de este documento se han seguido una serie de convenciones que se detallan a continuación, a modo de ejemplo.

FORMULARIO “EJEMPLO”

Formulario de registro y seguimiento¹

INTRODUCCIÓN

En este apartado se describe en general la finalidad del formulario y sus características principales, así como su estructura. Se incluye también la información necesaria para explicar su funcionamiento.

→ Nombre de la Sección del formulario	
Indicador 1 ²	Desplegable ³ : Valor 1 ⁴ Valor 2 Valor 3
Indicador 2	Texto libre
Indicador 3	
Indicador 4	Multiselección: Valor M1 Valor M2 Valor M3 Valor M4

 Este símbolo señala al indicador que tiene una ayuda específica para su cumplimentación

 Las celdas resaltadas en este color contienen valores que en el caso de que sean seleccionados, modificarán los valores que se muestran para seleccionar en otros indicadores.

 Las celdas resaltadas en este color muestran sólo determinados valores de todos los posibles, ya que en otro indicador previo se ha seleccionado algún valor que invalida los que no se muestran.

¹ Aunque la mayor parte de los formularios utilizados son de Registro y Seguimiento, hay alguno que es únicamente de Registro puntual.

² Los indicadores son los distintos campos en los que se va registrando la información.

³ Refleja el tipo de indicador. Los que admiten un solo valor son “desplegables”, mientras que los que admiten simultáneamente más de un valor son “multiselección”. También existen otros tipos de indicadores, como los de texto libre, tipo fecha, tipo hora, numéricos, de resultados, etc.

⁴ Se describen en esta columna los diferentes valores que se pueden seleccionar de cada uno de los indicadores.

- Este símbolo significa que el indicador en el que se encuentra es de cumplimentación obligatoria.
- 🔗 Este símbolo significa que el valor del indicador proviene de la cumplimentación de otro formulario, que se abre haciendo clic sobre él.

INTERRELACIONES NANDA-NOC-NIC DE LOS DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

DOMINIO X				
<u>XXXXX</u> <u>DIAGNÓSTICO</u>	Texto en azul: Factor relacionado o de riesgo que no figura en la taxonomía NANDAi	Texto en azul: Característica Definitoria que no figura en la taxonomía NANDAi		AA Texto en azul: Intervención que no figura en la taxonomía NIC

BORRADOR

VALORACIÓN

FORMULARIOS PARA EL REGISTRO DE LA VALORACIÓN

Es la primera etapa del proceso enfermero. En ella se recoge la información necesaria para determinar el estado de salud de la persona y por tanto las necesidades de cuidados.

Aunque el proceso de valoración es único, se han conceptualizado los formularios necesarios para su registro en dos grupos, en función del tipo de valoración:

- **Formularios Generales:** En ellos se documentan aspectos de la **Valoración física**, para dejar constancia de la vigilancia de la función de órganos y aparatos o bien para detallar algunas situaciones, como las heridas.

La información en ellos recogida es gestionada por los enfermeros, que son los responsables de analizarla y poner en marcha las modificaciones oportunas en el plan de cuidados, o de comunicarla a otros profesionales para que tomen las decisiones pertinentes.

- **Formularios para la Valoración enfermera:** se han diseñado dos registros
 - Valoración enfermera primera parte, en la que se documentan los datos necesarios para realizar los diagnósticos de enfermería que han de ser tratados desde las primeras 24 horas de ingreso.
 - Valoración enfermera segunda parte; se documenta a partir del 5º día de ingreso y se recogen en ella datos en relación a la gestión de emociones, afrontamiento, relaciones...

Esta información es gestionada por los enfermeros, que llevan diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía NANDA, para definir las situaciones de salud del paciente que requieren intervención de enfermería.

FORMULARIOS GENERALES

FORMULARIO “BALANCE HÍDRICO”

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO “BALANCE HÍDRICO”

En este registro constan los indicadores que recogen la información en cuanto a aportes y pérdidas de líquidos de un paciente en 24 horas, para procurar un balance hídrico acorde a sus necesidades.

De todos los indicadores aquí recogidos la aplicación informática solo tendrá en cuenta para calcular el balance hídrico, aquellos expresados en cc.

Pestaña “Balance hídrico”

Además de ingresos y egresos se registran otros indicadores de la función de eliminación, que no contabilizan en el balance:

- Criterios de normalidad (“Diuresis no cuantificable”, “Deposiciones nº”). Se cumplimentarán cuando **no sea necesario** el control de líquidos y diuresis sino sólo dejar constancia de que el paciente ha efectuado micción y dónde la ha efectuado (cama, pañal, WC) y/o deposición.

También se registrarán como “Diuresis no cuantificable”, aquellas micciones de los pacientes que teniendo control de diuresis efectúen alguna micción en cama o wc.

- Pérdidas de líquidos sin cuantificar por la dificultad en la medida (“Vómitos nº”)
- Características de las excretas a fin de facilitar el acceso a esta información, ya que en “Notas de enfermería” sería menos accesible. Han de anotarse las características de la orina y de las heces **siempre**.

Asimismo, en el caso de los vómitos, el contenido gástrico y las características de los líquidos drenados, **han de anotarse siempre**.

- Pérdidas no cuantificables en el Balance Hídrico:
“Paracentesis (cc)”. A pesar de estar expresada en cc **no se considera “pérdida”**, puesto que el líquido que se drena en un momento determinado se ha ido acumulando en varios días y no en las últimas 24 horas, valor que recoge este formulario.

“Pérdidas vaginales (nº de compresas)”. No contabilizan como pérdida.

Sí contabilizarán los valores de “Sialorrea”, “Expectoración” y “Sudoración”, que se registrarán en caso necesario, como por ejemplo en los pacientes de UCI.

En el apartado “Observaciones”, se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la toma⁵.

Notas:

⁵ Cada una de las veces en que se registran datos en el formulario y se guardan.

- En aquellas medicaciones que vienen diluidas de Farmacia **ha de anotarse** el volumen de la dilución como entrada.
Ej.: Gentamicina 240 mg. Se anotará en el indicador “Diluciones de medicación” 250 cc.
- En “Contenido gástrico” se registrarán los cc. drenados **tanto si la sonda está con aspiración como sin ella.**
- Cuando el valor de un indicador es “0” **ha de anotarse este valor.** Cuando no aparece ninguno se interpretará como que el dato no ha sido cumplimentado, no que tiene valor 0.

BORRADOR

INDICADORES DEL FORMULARIO DE “BALANCE HÍDRICO”

INDICADORES DE LA PESTAÑA BALANCE HÍDRICO

→ Aportes	
Ingesta oral (cc)	
Líquidos por SNG (cc)	
Fluidoterapia (cc)	
Diluciones medicación (cc)	
Nutrición enteral (cc)	
Nutrición parenteral (cc)	
Hemoderivados (cc)	
Total entradas (cc)	
→ Pérdidas	
Diuresis espontánea (cc)	
Diuresis no cuantificable	Multiselección: Cama Pañal WC
Especificar número de micciones no cuantificables	
Diuresis sonda vesical (cc)	
Diuresis catéter renal dcho. (cc)	
Diuresis catéter renal izdo. (cc)	
Diuresis catéter ureteral dcho. (cc)	
Diuresis catéter ureteral izdo. (cc)	
Diuresis urostomía (cc)	
Diuresis sonda suprapúbica (cc)	
Características de la orina	Desplegable: Normal Colúrica Hematúrica Piúrica Sedimento Otra
Otra (especificar)	
Deposiciones (nº)	
Características de las heces	Multiselección: Normales Consistencia Blanda

	<p>Consistencia Dura</p> <p>Consistencia Líquida</p> <p>Aspecto Sanguinolento</p> <p>Aspecto Melénico</p> <p>Aspecto Acólico</p> <p>Aspecto Mucoso</p> <p>Aspecto Otros</p>
Otros (especificar)	
Volumen de deposiciones líquidas (cc)	
Vómitos (nº)	
Volumen vómitos (cc)	
Características de los vómitos	<p>Desplegable:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alimenticios Biliares Hemáticos Fecaloideos Posos de café Otras
Otras (especificar)	
Contenido gástrico	<p>Desplegable:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alimenticios Biliares Hemáticos Fecaloideos Posos de café Otras
Otras (especificar)	
Volumen contenido gástrico (cc)	
Tipo drenaje 1	<p>Desplegable:</p> <ul style="list-style-type: none"> Redón Torácico Teja Penrose Kher Jackson-Pratt Pezzer Nelaton Drenaje percutáneo Rx Tubo silicona Saratoga

	Blake
Volumen drenaje 1 (cc)	
Características del líquido drenado 1	Desplegable: Seroso Serohemático Hemático Purulento Biliar Fecaloideo Otras
Otras (especificar)	
Tipo drenaje 2	Desplegable: Redón Torácico Teja Penrose Kher Jackson-Pratt Pezzer Nelaton Drenaje percutáneo Rx Tubo silicona Saratoga Blake
Volumen drenaje 2 (cc)	
Características del líquido drenado 2	Desplegable: Seroso Serohemático Hemático Purulento Biliar Fecaloideo Otras
Otras (especificar)	
Tipo drenaje 3	Desplegable: Redón Torácico Teja Penrose Kher Jackson-Pratt

	<p>Pezzer</p> <p>Nelaton</p> <p>Drenaje percutáneo Rx</p> <p>Tubo silicona</p> <p>Saratoga</p> <p>Blake</p>
Volumen drenaje 3 (cc)	
Características del líquido drenado 3	<p>Desplegable: Seroso</p> <p>Serohemático</p> <p>Hemático</p> <p>Purulento</p> <p>Biliar</p> <p>Fecaloideo</p> <p>Otras</p>
Otras (especificar)	
Tipo drenaje 4	<p>Desplegable: Redón</p> <p>Torácico</p> <p>Teja</p> <p>Penrose</p> <p>Kher</p> <p>Jackson-Pratt</p> <p>Pezzer</p> <p>Nelaton</p> <p>Drenaje percutáneo Rx</p> <p>Tubo silicona</p> <p>Saratoga</p> <p>Blake</p>
Volumen drenaje 4 (cc)	
Características del líquido drenado 4	<p>Desplegable: Seroso</p> <p>Serohemático</p> <p>Hemático</p> <p>Purulento</p> <p>Biliar</p> <p>Fecaloideo</p> <p>Otras</p>
Otras (especificar)	
Tipo drenaje 5	<p>Desplegable: Redón</p>

	<p>Torácico</p> <p>Teja</p> <p>Penrose</p> <p>Kher</p> <p>Jackson-Pratt</p> <p>Pezzer</p> <p>Nelaton</p> <p>Drenaje percutáneo Rx</p> <p>Tubo silicona</p> <p>Saratoga</p> <p>Blake</p>
Volumen drenaje 5 (cc)	
Características del líquido drenado 5	<p>Desplegable:</p> <p>Seroso</p> <p>Serohemático</p> <p>Hemático</p> <p>Purulento</p> <p>Biliar</p> <p>Fecaloideo</p> <p>Otras</p>
Otras (especificar)	
Tipo drenaje 6	<p>Desplegable:</p> <p>Redón</p> <p>Torácico</p> <p>Teja</p> <p>Penrose</p> <p>Kher</p> <p>Jackson-Pratt</p> <p>Pezzer</p> <p>Nelaton</p> <p>Drenaje percutáneo Rx</p> <p>Tubo silicona</p> <p>Saratoga</p> <p>Blake</p>
Volumen drenaje 6 (cc)	
Características del líquido drenado 6	<p>Desplegable:</p> <p>Seroso</p> <p>Serohemático</p> <p>Hemático</p> <p>Purulento</p>

	Biliar Fecaloideo Otras
Otras (especificar)	
Hemofiltro	=Pestaña Hemofiltro, Balance
→ Pérdidas no cuantificables en el balance	
Hemodiálisis (cc)	
Paracentesis (cc)	
Pérdidas vaginales (nº compresas)	
Expectoración (cc)	
Características del esputo	Multiselección: Consistencia fluida Consistencia viscosa Consistencia pegajosa Consistencia espesa Consistencia seca Aspecto seroso Aspecto mucoso Aspecto herrumbroso Aspecto sanguinolento Aspecto hemoptisis franca No maloliente Maloliente
Sudoración	Desplegable: + (Normal) ++ (Abundante) +++ (Muy abundante)
Sialorrea (cc)	
Otras pérdidas insensibles (cc)	
Total salidas (cc)	
Observaciones	
BALANCE hídrico por toma (cc)	

INDICADORES DE LA PESTAÑA HEMOFILTRO⁶

→ Hemofiltro	
Fecha de inicio	Fecha y hora
Días de TDE	Calculado
Hemofiltro (procedimiento)	Desplegable: Cambio Retirada
Fecha del procedimiento (cambio/retirada)	Fecha y hora
→ Parámetros Hemofiltro	
Balance (ml) 	
Presión arterial (mm Hg)	
PTM (mm Hg)	
Presión venosa (mm Hg)	
Ritmo de infusión Heparina (ml/h)	Decimal
Observaciones	

Este formulario no tiene accesos directos a otros formularios.

⁶ La pestaña de Hemofiltro sólo estará disponible en el Hospital Valle Nalón y Hospital de Cabueñes.

FORMULARIO “CONSTANTES VITALES Y SOMATOMETRÍA”

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO DE “CONSTANTES VITALES”

La información se organiza en este formulario en dos pestañas:

Constantes vitales

Constan los indicadores que recogen la información del estado hemodinámico del paciente a través de las constantes vitales: la temperatura (T^a), la presión arterial (Tensión arterial sistólica: TAS y Tensión arterial diastólica: TAD)⁷, la frecuencia cardíaca (FC), la frecuencia respiratoria (FR) y la saturación de oxígeno ($SatO_2$)

- Se añade también en esta versión la evaluación del dolor como quinta constante. Se medirá con la escala EVN (Escala Visual Numérica) recomendada en el Programa clave de atención multidisciplinar (PCAI) “Dolor Crónico”.

Datos antropométricos

Aunque estos parámetros (“Peso”, “Talla”, “IMC”, “Perímetro abdominal”...) no son constantes vitales, en la mayoría de hospitales se vienen registrando en el mismo documento que aquellas, por lo que se han considerado en este formulario.

En el apartado “Observaciones”, se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la toma.

⁷ En caso necesario se registrará el miembro del paciente en el que se determina la presión arterial, en el desplegable, así como la posición en la que se encuentra éste cuando se realiza la toma “Lugar/posición”. Este indicador **se documentará sólo** cuando esta información sea relevante.

INDICADORES DEL FORMULARIO “CONSTANTES VITALES Y SOMATOMETRÍA”

INDICADORES DE LA PESTAÑA CONSTANTES VITALES

→ Constantes vitales	
Tª (grado C °)	
TAS (mm Hg)	
TAD (mm Hg)	
TAM (mm Hg)	
Lugar	Desplegable: MSD MSI MID MII
Posición	Desplegable: Levantado Sentado Acostado
FC (l.p.m.)	
FR (r.p.m.)	
PVC	
Sat. O ₂ (%)	
Aporte O ₂	Desplegable: Sin O ₂ Gafas oxígeno M. Inspiron M. Venturi M. Reservorio Tubo en T
Especificar O ₂	
Sat. O ₂ PreDuctal (%)	
Sat. O ₂ PostDuctal (%)	
Nivel de dolor (Escala EVN)	Desplegable: 0 a 10 No se puede recoger el dato
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA “SOMATOMETRÍA”

→ Somatometría	
Peso (kg)	
Talla (cm)	
Índice de masa corporal	Fórmula
Perímetro abdominal (cm)	
Perímetro torácico (cm)	
Perímetro cefálico (cm)	
Pliegue tricípital (mm)	
Circunferencia braquial (cm) 	
Observaciones	

Acceso directo al formulario de balance hídrico y control glucémico.

FORMULARIO “CONTROL GLUCÉMICO”

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DEL “CONTROL GLUCÉMICO”

El objetivo de este formulario es recoger el perfil glucémico del paciente y el tratamiento administrado como consecuencia de las cifras de glucemia. Para ello se recogen los valores de los siguientes indicadores:

- Relativos a la glucemia capilar (Valor, momento de la toma)
- Relativos al tratamiento (Tipo de antidiabético que se administra, dosis, vía de administración).

Notas:

- En el indicador “Antidiabético administrado: tipo y dosis” ha de registrarse el administrado según el valor de la glucemia capilar.
- En el apartado “Observaciones”, se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la toma, por ejemplo, en el caso de que hubiese una hipoglucemia, se anotaría el suplemento que se da.

INDICADORES DEL FORMULARIO “CONTROL GLUCÉMICO”

→ Control glucémico	
Glucemia capilar (mg/dl)	
Valores fuera de rango (mg/dl)	Desplegable: HI: por encima de 500 Ketones: por encima de 300 LO: por debajo de 20 E-4: demasiado alto para medirlo E-10: superior a 1.500
Cetonemia capilar (mmol/l)	
Momento de la toma	Desplegable: Predesayuno Postdesayuno Precomida Postcomida Premerienda Precena Postcena Nocturna Presuero Otro
Otras tomas (especificar hora)	
Antidiabético administrado: Tipo y dosis	
Vía de administración	Multiselección: Oral Subcutánea Intravenosa (suero)
Observaciones	

Este formulario no tiene accesos directos a otros formularios

FORMULARIO “CATÉTERES”

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO DE “CATÉTERES”

En este registro constan los indicadores que recogen la información relacionada con catéteres vasculares y epidurales y que puede ser de interés en relación con la aparición de flebitis u otras infecciones.

Este formulario permite registrar siete catéteres: cuatro catéteres venosos, uno arterial, uno epidural y uno subcutáneo.

Se registrarán como “Catéter venoso 2” y “Catéter venoso 3”, aquellos que coexistan con el “Catéter venoso 1”.

Si el paciente sólo tiene un catéter (catéter venoso 1) y por el motivo que sea ha de ser sustituido por otro, se registrará como nueva toma de “catéter venoso 1”, tras haber registrado la retirada del anterior. **No se registrará como catéter venoso 2.**

Si tuviese dos catéteres y el que ha de ser sustituido es el “catéter venoso 2”, el nuevo catéter será registrado como nueva toma de este catéter 2 y de igual manera si tuviese tres, registrando previamente la retirada del catéter anterior en todos los casos.

“Catéteres venosos”

Se recogen datos:

- Sobre el tipo de catéter.
- Características de la vía.
- Motivos de la retirada.

“Catéteres arterial y epidural”

Se recogen datos:

- Sobre el calibre del catéter.
- Localización.
- Motivos de la retirada.

En el apartado “Observaciones”, se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia en el procedimiento de inserción o retirada.

INDICADORES DEL FORMULARIO “CATÉTERES”

INDICADORES DE LAS PESTAÑAS “CATÉTER VENOSO”

→ Catéter venoso	
Tipo	Desplegable: Periférico De línea media Central Central de inserción periférica Central con reservorio subcutáneo Central tunelizado (Hickman) Palomilla Epicutáneo Shaldon Introduccion SG Swan-Ganz
Luces (nº)	
Calibre	
Localización	Desplegable: Mano Antebrazo Flexura Brazo Yugular Subclavia Femoral Axilar Tórax Epicraneal Umbilical Miembros inferiores
Lateralidad	Desplegable: Derecha Izquierda
Procedimiento	Desplegable: Inserción Retirada Inserción en otro centro Inserción en quirófano
Fecha del Procedimiento	
Motivo de la retirada	Desplegable: Protocolo

	Final de tratamiento Obstrucción Retirada accidental Extravasación Flebitis Infección del punto de inserción No procede
Escala de Maddox 	Desplegable: 0 1 2 3 4 5 No procede
Observaciones	

Este formulario permitirá registrar CUATRO catéteres venosos.

INDICADORES DE LA PESTAÑA "CATÉTER ARTERIAL"

→ Catéter arterial	
Localización	Desplegable: Radial Cubital Femoral
Lateralidad	Desplegable: Derecha Izquierda
Calibre	Campo numérico
Procedimiento	Desplegable: Inserción Retirada Inserción en otro centro Inserción en quirófano
Fecha del Procedimiento	
Motivo de la retirada	Desplegable: Final de tratamiento Obstrucción Retirada accidental Extravasación Arteritis Infección del punto de inserción Protocolo No procede
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA “CATÉTER EPIDURAL”

→ Catéter epidural	
Localización	Desplegable: Dorsal Lumbar
Procedimiento	Desplegable: Inserción Retirada Inserción en otro centro Inserción en quirófano
Fecha del procedimiento	
Motivo de la retirada	Desplegable: Final de tratamiento Obstrucción Retirada accidental Infección del punto de inserción Protocolo No procede
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA “CATÉTER SUBCUTÁNEO”

→ Catéter subcutáneo	
Localización	Desplegable: Deltoides Infraclavicular Infrapectoral Abdomen Muslo
Lateralidad	Desplegable: Derecha Izquierda
Calibre	
Procedimiento	Desplegable: Inserción Retirada Inserción en otro centro
Motivo de la retirada	Desplegable: Final de tratamiento Retirada accidental Induración Infección del punto de inserción Protocolo No procede
Observaciones	

Este registro recogerá la información de UN catéter subcutáneo, excepto en la Fundación Hospital Avilés, en el que se considerarán dos y Hospital Monte Naranco, en el que se considerarán tres.

FORMULARIO “VALORACIÓN DE FLEBITIS”

Formulario de registro

FORMULARIO DE REGISTRO DE “VALORACIÓN DE FLEBITIS”

Para valorar la presencia de flebitis se utilizará la escala de Maddox. Se considera como indicador de flebitis, una puntuación de 2 o más en esta escala. Se utilizará mientras el paciente tenga un dispositivo de acceso venoso.

Si aparecen signos de flebitis, se retirará el catéter y el seguimiento posterior de ésta se hará en el formulario “Otras lesiones”.

Los criterios de puntuación son los siguientes:

Escala de Maddox:

- 0 Sin dolor, eritema, hinchazón, ni cordón palpable en la zona de punción.
- 1 Zona de punción dolorosa **sin** eritema, hinchazón, ni cordón palpable en la zona de punción.
- 2 Zona de punción dolorosa **con** eritema y/o hinchazón **sin** cordón palpable en la zona de punción.
- 3 Zona de punción dolorosa con eritema, hinchazón, endurecimiento o cordón venoso palpable <de 6 cm por encima del sitio de inserción.
- 4 Zona de punción sensible con eritema, hinchazón, endurecimiento, cordón venoso palpable >de 6 cm por encima del sitio de inserción y/o purulencia.
- 5 Trombosis venosa franca con todos los signos anteriores y dificultad o detención de la perfusión.

Para facilitar su cumplimentación, se dispone de ayuda en el propio indicador con estos criterios abreviados.

INDICADORES DEL FORMULARIO “VALORACIÓN DE FLEBITIS”

→ Escala para la valoración de la flebitis	
<p>■ Escala de Maddox-Catéter venoso 1</p>	<p>Desplegable: 0 1 2 3 4 5 No procede</p>
<p>■ Escala de Maddox-Catéter venoso 2</p>	<p>Desplegable: 0 1 2 3 4 5 No procede</p>
<p>■ Escala de Maddox-Catéter venoso 3</p>	<p>Desplegable: 0 1 2 3 4 5 No procede</p>
<p>■ Escala de Maddox-Catéter venoso 4</p>	<p>Desplegable: 0 1 2 3 4 5 No procede</p>

Este formulario no tiene accesos directos a otros formularios.

FORMULARIO “OSTOMÍAS”

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “OSTOMÍAS”

En aquellos centros en los que se realice el marcaje del estoma, ha de registrarse en este formulario.

En este registro constan:

- Indicadores que recogen información en relación con las ostomías: colostomías, ileostomías, urostomías y traqueostomías. Los indicadores de estas últimas figuran en una segunda pestaña, puesto que las características de las traqueostomías son muy diferentes a las del resto de ostomías.
- Indicadores de la evolución del paciente relacionada con la ostomía.

Pestaña “Ostomías” (Colostomías, ileostomías, urostomías y ureterostomías)

Se recogen datos:

- Sobre las características de la ostomía (Tipo, localización).
- Relativas al estoma (Tipo, diámetro).
- De respuestas del paciente (Estado del estoma, de la piel periestomal).
- De los dispositivos que se utilizan para recoger el drenaje de la ostomía.
- Del tratamiento que se ha de seguir para el cuidado del estoma.

En el apartado “Observaciones”, se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la evolución del paciente relacionada con la ostomía.

Las características y volumen de las heces o la orina **se anotarán en el “Formulario de Balance Hídrico”**.

Pestaña “Traqueostomía”

Se recogen datos:

- Sobre las características de la cánula (Tipo, número, material...).
- De respuestas del paciente (Estado del estoma)
- Del tratamiento que se ha de seguir para el cuidado del estoma.

En el apartado “Observaciones”, se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la evolución del paciente relacionada con la traqueostomía.

INDICADORES DEL FORMULARIO “OSTOMÍAS”

INDICADORES DE LA PESTAÑA “OSTOMÍAS”

→ Ostomías	
Marcaje del estoma	Desplegable: Sí No
Fecha de instauración	Fecha
Tipo	Desplegable: Colostomía Ileostomía Urostomía Ureterostomía
Lateralidad	Desplegable: Derecha Izquierda
Tipo de estoma	Desplegable: Temporal Definitivo
Diámetro del estoma (cm)	
Estado del estoma	Multiselección: Normal Edematoso Ulcerado Necrosado Prolapsado Estenosado Hundido Desprendido
Piel periestomal	Desplegable: Normal Enrojecida Macerada Ulcerada
Tipo de dispositivo	Desplegable: Dos piezas cerrada placa plana Dos piezas cerrada placa convexa Dos piezas abierta placa plana Dos piezas abierta placa convexa Una pieza cerrada Una pieza abierta
Accesorio adaptador	Multiselección: Pasta Tira moldeable

	Disco moldeable Disco convexo Cinturón Faja Polvos hidrocoloides
Oclusión	Desplegable: No Obturador Apósito
Tratamiento	
Observaciones	

Este formulario permitirá registrar DOS ostomías.

BORRADOR

INDICADORES DE LA PESTAÑA “TRAQUEOSTOMÍAS”

→ Traqueostomía	
Tipo de cánula	Multiselección: Una pieza Dos piezas Con balón Sin balón No fenestrada Fenestrada Fenestrada con tapón no fonatorio Fenestrada con tapón fonatorio
Número de la cánula	
Volumen del balón (cc)	
Material	Desplegable: Plata Silicona PVC
Piel periestomal	Multiselección: Normal Enrojecida Macerada Ulcerada
Estado del estoma	Multiselección: Normal Macerado Con fibrina Ulcerado Sangrante
Tratamiento del estoma	
Observaciones	

Este formulario no tiene accesos directos a otros formularios.

FORMULARIO “SONDAS”

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO DE “SONDAS”

En este registro constan los indicadores que recogen la siguiente información en relación con las sondas vesicales y las enterales.

- Relativa a las características de las sondas (Tipo, material, luces...)
- Motivo por el que el paciente deja de necesitar la sonda o necesita que sea sustituida por otra nueva.

En el apartado “Observaciones”, se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la toma.

Por ejemplo: Si al realizar un sondaje vesical el paciente sangra, se dejará constancia de esta circunstancia en el campo “Observaciones” del formulario y **el seguimiento posterior de este hecho** se recogerá en “Notas de enfermería”.

INDICADORES DEL FORMULARIO “SONDAS”

INDICADORES DE LA PESTAÑA “SONDA VESICAL”

→ Sonda vesical	
Tipo	Desplegable: Foley Tiemann Nelaton Dufour Couvelaire Suprapúbica
Material	Desplegable: Silicona Látex Látex siliconado
Luces	Desplegable: 1 2 3
Calibre	
Volumen balón (cc)	
Procedimiento	Desplegable: Inserción Retirada Sondaje evacuador Inserción en otro centro Inserción en quirófano
Fecha del Procedimiento	
Motivo de retirada	Desplegable: Fin de tratamiento Protocolo Obstrucción Retirada accidental Deterioro de la sonda Infección No procede
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA “SONDA ENTERAL”

→ Sonda enteral	
Tipo	Desplegable: Nasogástrica Orogástrica Nasoduodenal Nasoyeyunal Gastrostomía Yeyunostomía
Material	Desplegable: Poliuretano Silicona Polietileno
Luces	Desplegable: 1 2 3
Calibre	
Procedimiento	Desplegable: Inserción Retirada Inserción en otro centro Inserción en quirófano
Fecha del Procedimiento	
Motivo de retirada	Desplegable: Fin de tratamiento Protocolo Obstrucción Retirada accidental Deterioro de la sonda Infección No procede
Observaciones	

Este formulario no tiene accesos directos a otros formularios.

FORMULARIO “HERIDAS QUIRÚRGICAS”

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE “HERIDAS QUIRÚRGICAS”

En este registro constan los indicadores que recogen la información sobre las heridas quirúrgicas.

Entendemos por “herida quirúrgica” aquella lesión, suturada o no, producida o tratada en quirófano.

Se han unificado en todos los formularios de heridas, aquellos aspectos que las describen:

- Localización.
- Aspecto de la herida.
- Cantidad de exudado.
- Aspecto del exudado.
- Signos de infección.

Además se han unificado los indicadores relacionados con la recogida de cultivo:

- Recogida de cultivo.
- Fecha de recogida.

También se han unificado datos relativos al tratamiento:

- Tratamiento.
- Periodicidad de la cura.

Para facilitar el seguimiento en el ámbito de la atención primaria se ha incluido:

- Estado de la herida en el momento del alta, donde se informa si la herida necesita seguimiento o si ya está resuelta.

En el apartado “Observaciones”, se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la evolución de la herida.

Nota:

Ha de especificarse la periodicidad con la que hay que curar la herida porque la intervención “Cuidados del sitio de incisión” se programa diariamente para vigilarla. La periodicidad que se hace constar en el formulario especifica la fecha de cura.

El indicador “Fecha retirada de sutura/agrafes”, se refiere al día en el que se le retiran, **no a la fecha prevista para su retirada** puesto que esto ha de planificarse como cuidado.

Relación Formulario/Intervención NIC

Este formulario se relaciona con la intervención **3440 Cuidados del sitio de incisión**.

Ha de programarse esta intervención diariamente para facilitar la vigilancia del apósito.

BORRADOR

INDICADORES DEL FORMULARIO DE “HERIDAS QUIRÚRGICAS”

→ Heridas quirúrgicas	
Lugar de inicio	Desplegable: En este hospital En otro hospital
Fecha de intervención	
Localización	Desplegable: Cabeza Cuello Tórax Abdomen Extremidades superiores Extremidades inferiores Otras
Otras (especificar)	
Lateralidad	Desplegable: Derecha Izquierda
Aspecto de la herida quirúrgica	Multiselección: Normal Eritematoso Edematoso Dehiscencia de bordes Otro
Otro (especificar)	
Cantidad de exudado	Desplegable: Ninguno Ligero Moderado Abundante
Aspecto del exudado	Multiselección: Seroso Hemático Purulento Otro No procede
Otro (especificar)	
Signos de infección	Multiselección: No Dolor Calor Rubor Tumor Pus

Recogida de cultivo	Multiselección: No Torunda Punción/aspiración Biopsia
Fecha de recogida	
Tratamiento	Desplegable: Povidona yodada Clorhexidina Otro
Otro (especificar)	
Periodicidad de la cura	Desplegable: 8 h 12 h 24 h 48 h 72 h Otra
Otra (especificar)	
Fecha retirada de sutura/agrafes	
Estado de la herida en el momento del alta	Desplegable: Resuelta Necesita seguimiento
Observaciones	

Este formulario permite registrar CUATRO heridas.

Este formulario no tiene accesos directos a otros formularios.

FORMULARIO “OTRAS LESIONES”

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE “OTRAS LESIONES”

En este registro constan los indicadores que recogen la información sobre aquellas lesiones que no son UPP, heridas de miembro inferior o heridas quirúrgicas (aquella lesión, suturada o no, producida o tratada en quirófano), que se recoge en formularios específicos.

Se han unificado en todos los formularios de heridas, aquellos aspectos que las describen:

- Localización.
- Aspecto de la herida.
- Cantidad de exudado.
- Aspecto del exudado.
- Signos de infección.

Además se han unificado los indicadores relacionados con la recogida de cultivo:

- Recogida de cultivo.
- Fecha de recogida.

También se han unificado datos relativos al tratamiento:

- Tratamiento.
- Periodicidad de la cura.

Para facilitar el seguimiento en el ámbito de la atención primaria se ha incluido:

- Estado de la herida en el momento del alta, donde se informa sobre si la herida necesita seguimiento o si ya está resuelta.

También se recoge información relativa a:

- Tipo de lesión: Dermatitis, quemadura...
- Clasificación de la lesión (herida): Se atiende para ello a la clase (Incisa, punzante, contusa y mixta) y a la profundidad (Abrasión, penetrante, perforante)
Consta una “ayuda” en el indicador con estas clasificaciones.
- Descripción y evolución: Localización anatómica, aspecto...
- El tratamiento enfermero: Cura, retirada de sutura...

En el apartado “Observaciones”, se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la evolución de la lesión.

Nota: No se registrarán en este formulario las flictenas que se producen en relación con las heridas quirúrgicas. Éstas se registrarán en el formulario “Heridas quirúrgicas” en el espacio para observaciones.

CLASIFICACIÓN DE LA HERIDA SEGÚN EL AGENTE AGRESOR, PRODUCTOR DE LA MISMA(4)

- **Heridas Incisas**
 - Producidas por objetos afilados y cortantes
 - Predomina la longitud sobre la profundidad
 - Bordes nítidos, limpios, rectos, biselados y regulares
- **Heridas Punzantes**
 - Producidas por objetos acabados en punta y afilados
 - Son profundos, pudiendo lesionar estructuras internas sin apenas existir orificio de entrada

- **Heridas Contusas**

Producidas por arrancamiento, desgarro (con colgajos) de la piel. Ejemplo: El desgarro del cuero cabelludo se llama SCALP

Presentan bordes muy irregulares, con lesiones tisulares (de los tejidos) importantes

- **Heridas Mixtas**
 - Heridas que reúnen características de más de uno de los tipos mencionados

CLASIFICACIÓN DE LA HERIDA SEGÚN LA PROFUNDIDAD

- **Abrasión:**

Afecta solo a la epidermis
- **Penetrante:**

Penetra en profundidad y alcanza una cavidad (tórax, abdomen)
- **Perforante:**

Rompe la pared de vísceras huecas presentes en esas cavidades

INDICADORES DEL FORMULARIO DE “OTRAS LESIONES”

→ Otras lesiones

Lugar de inicio	Desplegable: En este hospital En este hospital, en otro ingreso En otro hospital En la comunidad
Fecha de aparición	
Tipo de lesión	Desplegable: Herida Dermatitis Dermatitis de pañal Flebitis Flictenas Hematoma Quemadura Úlcera neoplásica Otra
Otra (especificar)	
Clase de lesión (herida) 	Desplegable: Incisa Punzante Contusa Mixta No procede
Profundidad de la lesión (herida) 	Desplegable: Abrasión Penetrante Perforante No procede
Localización	Desplegable: Cabeza Cuello Tórax Abdomen Extremidades superiores Extremidades inferiores Otra
Otra (especificar)	
Lateralidad	Desplegable. Derecha Izquierda
Aspecto de la lesión	Multiselección: Normal Eritematoso Edematoso

	Erupción Otro
Otro (especificar)	
Cantidad de exudado	Desplegable: Ninguno Ligero Moderado Abundante
Aspecto del exudado	Multiselección: Seroso Hemático Purulento Otros No procede
Otros (especificar)	
Signos de infección	Multiselección: No Dolor Calor Rubor Tumor Pus
Recogida de cultivo	Multiselección: No Torunda Punción/aspiración Biopsia
Fecha de recogida	
Tratamiento	
Periodicidad de la cura	Desplegable: 8 h 12 h 24 h 48 h 72 h Otra
Otra (especificar)	
Estado de la lesión en el momento del alta	Desplegable: Resuelta Necesita seguimiento
Observaciones	

Este formulario permitirá registrar CUATRO lesiones.

Este formulario no tiene accesos directos a otros formularios.

FORMULARIO “ÚLCERAS DE EXTREMIDADES”

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE “ÚLCERAS DE EXTREMIDADES”

En este registro constan los indicadores que recogen la información sobre las úlceras de las extremidades inferiores. El concepto de *úlceras* debe utilizarse para definir a *“una lesión en la extremidad inferior, espontánea o accidental, cuya etiología pueda referirse a un proceso patológico sistémico o de la extremidad y que no cicatriza en el intervalo temporal esperado”*(5)

Se registrarán también las úlceras vasculares de la **extremidad superior**.

Se han normalizado en todos los formularios de heridas, aquellos aspectos que la describen:

- Localización
- Aspecto de la herida
- Cantidad de exudado
- Aspecto del exudado
- Signos de infección

Además se han unificado los indicadores relacionados con la recogida de cultivo:

- Recogida de cultivo
- Fecha de recogida

También se han normalizado los datos relativos al tratamiento:

- Tratamiento
- Periodicidad de la cura

Para facilitar el seguimiento por parte de los profesionales de atención primaria se ha incluido:

- Estado de la herida en el momento del alta, donde se informa sobre si la herida necesita seguimiento o si ya está resuelta.

Se recogen también otros indicadores que documentan:

- El tipo de lesión: Venosa, isquémica, mixta, pie diabético y otras (por hipertensión arterial, metabólica, etc.)

En el apartado “Observaciones”, se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la evolución de la úlcera.

Notas:

Los indicadores de este formulario siguen recomendaciones de CONEUI (Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, GNEAUPP y Asociación Española de Enfermería Vascular)(5), en cuanto a la descripción de la afectación tisular, que en el formulario se recogen en el indicador “Grado”:

- Grado I. Úlcera que afecta a la epidermis y a la dermis.
- Grado II. Úlcera que afecta al tejido celular subcutáneo o epidermis.
- Grado III. Úlcera que afecta a la fascia y al músculo.
- Grado IV. Úlcera que afecta al hueso.

También se ha incluido, por ser la más utilizada, la escala de Wagner para evaluar la profundidad de la úlcera en el pie diabético, que en el formulario se recogen en el indicador “Pie diabético”(5):

GRADO	LESIÓN	CARACTERÍSTICAS
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas metatarsianas prominentes, dedos en garra, deformidades óseas.
1	Úlceras superficiales	Destrucción total del espesor de la piel.
2	Úlceras profundas	Penetra en la piel, grasa, ligamento pero sin afectar al hueso, infectada.
3	Úlceras profundas más absceso	Extensa, profunda, secreción y mal olor.
4	Gangrena limitada	Necrosis de parte del pie.
5	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos.

INDICADORES DEL FORMULARIO DE “ÚLCERAS DE EXTREMIDADES”

→ Úlceras de extremidades	
Lugar de inicio	Desplegable: En este hospital En este hospital, en otro ingreso En otro hospital En la comunidad
Fecha de aparición	
Tipo de lesión	Desplegable: Venosa Isquémica Mixta Pie diabético Otra
Otra (especificar)	
Localización	Desplegable: Pierna: región lateral interna Pierna: región lateral externa Maléolo interno Maléolo externo Área pretibial Pie: borde externo Pie: borde interno Dorso del pie Planta del pie Metatarso Talón Dedos Pulpejo dedos Interdigital Mano Otra
Otra (especificar)	
Lateralidad	Desplegable: Derecho Izquierdo
Pulso pedio pie derecho	Desplegable: Presente Ausente Disminuido

Pulso pedio pie izquierdo	Desplegable: Presente Ausente Disminuido
Grado de la úlcera	Desplegable: 1: afectación de epidermis y dermis 2: afectación de tejido celular subcutáneo 3: afectación de fascia y músculo 4: afectación de hueso No procede
Escala de Wagner (Pie diabético)	Desplegable: Grado 0: piel intacta Grado 1: úlcera superficial Grado 2: úlcera profunda Grado 3: úlcera profunda con absceso Grado 4: gangrena limitada Grado 5: gangrena extensa No procede
Dimensiones de la úlcera (largo x ancho en cm)	
Presenta fistulización/tunelización	Desplegable: Sí No
Dimensiones tunelización (cm)	Numérico con un decimal (Texto libre)
Características del lecho ulceral	Multiselección: Maduración Epitelización Granulación Esfacelo Necrosis seca Necrosis húmeda
Cantidad de exudado	Desplegable: Ninguno Ligero Moderado Abundante
Aspecto del exudado	Multiselección: Seroso Hemático Purulento Otro No procede

Otro (especificar)	
Consistencia del exudado	Desplegable: Alta viscosidad Baja viscosidad No procede
Estado de los bordes de la úlcera	Multiselección: Regulares Irregulares Edematosos Macerados Sangrantes Necróticos Hiperqueratosis (Pie diabético) En forma de cráter (Pie diabético)
Estado de la piel perilesional	Multiselección: Sin alteración Seca Escamosa Edematosa Eritematosa Escoriada Hiperpigmentada Macerada Pálida Prurito Vesículas Otro
Otro (especificar)	
Signos de infección	Multiselección: No Dolor Calor Rubor Tumor Pus
Signos sutiles de infección	Multiselección: No Aumento del tamaño de la lesión Cambio de color en el lecho de la úlcera Crepitación Fluctuación

	<p>Incremento del dolor</p> <p>Incremento del exudado</p> <p>Olor anómalo o en aumento</p> <p>Presencia de biofilm</p> <p>Retraso en la cicatrización</p> <p>Tejido de granulación anómalo</p> <p>Otro</p>
Otro (especificar)	
Recogida de cultivo	<p>Multiselección: No</p> <p>Torunda</p> <p>Punción/aspiración</p> <p>Biopsia</p>
Fecha de recogida	
Nivel de dolor (Escala EVN)	<p>Desplegable: 0 a 10</p> <p>No se puede recoger el dato</p>
Limpieza de la lesión	<p>Desplegable: Suero fisiológico</p> <p>Otro</p>
Otro (especificar)	
Desbridamiento	<p>Desplegable: Sí</p> <p>No indicado</p>
Tipo de desbridamiento	<p>Desplegable: Cortante</p> <p>Enzimático</p> <p>Autolítico</p> <p>Otro</p> <p>No procede</p>
Otro (especificar)	
Tratamiento	<p>Multiselección: Ácidos grasos hiperoxigenados</p> <p>Colagenasa</p> <p>Hidrogel</p> <p>Povidona yodada</p> <p>Productos barrera</p> <p>Sulfadiacina argéntica</p> <p>Apósito convencional</p> <p>Apósito hidrocoloide</p> <p>Apósito fibra de hidrocoloide</p> <p>Apósito de plata</p> <p>Espuma polimérica o hidrocélular</p>

	Film de poliuretano Apósito de alginato Apósito de carbón activado Apósito de silicona Otro
Otro (especificar)	
Vendaje	Multiselección: Protección algodonosa Vendaje elástico Media de compresión Vendaje multicapa No vendaje compresivo Otro
Otro (especificar)	
Posición de la cama	Desplegable: Posición Trendelemburg Posición Antitrendelemburg
Periodicidad de la cura	Desplegable: 8 h 12 h 24 h 48 h 72 h Otra
Otra (especificar)	
Estado de la úlcera en el momento del alta	Desplegable: Resuelta Necesita seguimiento
Observaciones	

Este formulario permite registrar CUATRO úlceras

Este formulario no tiene accesos directos a otros formularios.

FORMULARIO “PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN/HUMEDAD”

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE “PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN/HUMEDAD”

En este registro constan los indicadores que recogen información sobre el tratamiento de prevención de úlceras por presión, en los pacientes de riesgo.

La información está organizada en base a los tratamientos que se están llevando a cabo en las distintas localizaciones del paciente.

“Tratamiento general”

Esta pestaña recoge información sobre las medidas generales de prevención que se están realizando en base al valor de la escala de Braden, por lo que recoge la siguiente información:

- Último valor de la escala de Braden.
- Medidas adoptadas en cuanto a SEMP (Superficies Especiales de Manejo de Presiones)
- Cambios posturales.

“Tratamiento local”

Se recoge esta información en tres pestañas:

- Tratamiento Ácidos grasos hiperoxigenados.
- Tratamiento Productos barrera (cremas, películas, etc.)
- Tratamiento Apósitos adhesivos y no adhesivos (hidrocelular, poliuretanos, hidrocoloides, etc.)

Según sea el tratamiento del paciente, se registrarán en la pestaña correspondiente las distintas localizaciones en las que se está realizando, así como su periodicidad.

INDICADORES DEL FORMULARIO “PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN”

INDICADORES DE LA PESTAÑA “TRATAMIENTO GENERAL”

→ Tratamiento General	
Último valor escala de Braden 	Texto del nivel de riesgo
Cama (SEMP)	Desplegable: No Estática Dinámica
Silla (SEMP)	Desplegable: No Estática Dinámica
Cambios posturales	Desplegable: No 2 h 2- 4 h 4 h
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA “TRATAMIENTO ÁCIDOS GRASOS HIPOXIGENADOS”

→ Tratamiento Ácidos grasos hiperoxigenados	
Localización	Multiselección: <ul style="list-style-type: none"> Sacro Glúteo Talón Trocánter Cresta ilíaca Pie: maléolo interno Pie: maléolo externo Pie: borde externo Pie borde interno Rodilla: cara interna Rodilla: cara externa Codo Escápula Tuberosidad isquiática Occipital Otra
Otra (especificar)	
Lateralidad	Desplegable: <ul style="list-style-type: none"> Derecha Izquierda Bilateral
Periodicidad del tratamiento	Desplegable: <ul style="list-style-type: none"> 8 h 12 h 24 h 48 h 72 h Otra
Otra (especificar)	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA “TRATAMIENTO PRODUCTOS BARRERA”

→ Tratamiento Productos barrera	
Especificar producto	
Localización	Multiselección: <ul style="list-style-type: none"> Sacro Glúteo Talón Trocánter Cresta ilíaca Pie: maléolo interno Pie: maléolo externo Pie: borde externo Pie borde interno Rodilla: cara interna Rodilla: cara externa Codo Escápula Tuberosidad isquiática Occipital Otra
Otra (especificar)	
Lateralidad	Desplegable: <ul style="list-style-type: none"> Derecha Izquierda Bilateral
Periodicidad del tratamiento	Desplegable: <ul style="list-style-type: none"> 8 h 12 h 24 h 48 h 72 h Otra
Otra (especificar)	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA “TRATAMIENTO APÓSITOS ADHESIVOS Y NO ADHESIVOS”

→ Tratamiento Apósitos adhesivos y no adhesivos	
Especificar producto	
Localización	Multiselección: <ul style="list-style-type: none"> Sacro Glúteo Talón Trocánter Cresta ilíaca Pie: maléolo interno Pie: maléolo externo Pie: borde externo Pie borde interno Rodilla: cara interna Rodilla: cara externa Codo Escápula Tuberosidad isquiática Occipital Otra
Otra (especificar)	
Lateralidad	Desplegable: <ul style="list-style-type: none"> Derecha Izquierda Bilateral
Periodicidad del tratamiento	Desplegable: <ul style="list-style-type: none"> 8 h 12 h 24 h 48 h 72 h Otra
Otra (especificar)	
Observaciones	

Este formulario no tiene accesos directos a otros formularios.

FORMULARIO “ÚLCERAS POR PRESIÓN/HUMEDAD”

Formulario de registro y seguimiento

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE “ÚLCERAS POR PRESIÓN/HUMEDAD”

Este formulario ha sido revisado por miembros del GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas).

Se recoge en él la información necesaria para documentar el estado y evolución de este tipo de úlceras.

En este registro constan los indicadores que recogen la información sobre las úlceras por presión y/o humedad:

Se han normalizado en todos los formularios de heridas, aquellos aspectos que las describen:

- Localización
- Aspecto de la herida
- Cantidad de exudado
- Aspecto del exudado
- Signos de infección

Además se han unificado los indicadores relacionados con la recogida de cultivo:

- Recogida de cultivo
- Fecha de recogida

También se han normalizado los datos relativos al tratamiento:

- Tratamiento
- Periodicidad de la cura

Para facilitar el seguimiento por parte de los profesionales de atención primaria se ha incluido:

- Estado de la herida en el momento del alta, donde se informa sobre si la herida necesita seguimiento o si ya está resuelta.

En el apartado “Observaciones”, se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la evolución de la úlcera.

Nota: Se registrarán las cuatro úlceras principales. Si el paciente tiene más, se dejará reflejado en el indicador de la pestaña cuatro “Más de cuatro úlceras” y la información sobre éstas se reflejará en Observaciones del formulario.

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LA NPUAP/EPUAP DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN(6).

CATEGORÍA I: Eritema no blanqueable

Piel intacta con enrojecimiento **no blanqueable** de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea.

La piel oscura pigmentada puede no tener palidez visible; su color puede diferir de la piel de los alrededores.

El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes. La Categoría I puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. Puede indicar personas "en riesgo".



CATEGORÍA II: Úlcera de espesor parcial



La pérdida de espesor parcial de la dermis se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida rojo-rosado, sin esfacelos.

Puede presentarse como una flictena o blíster intacta, llena de suero o suero sero-sanguinolento, o abierta/rota; o bien como una úlcera superficial brillante o seca sin esfacelos o hematomas⁸.



Esta categoría no debería ser usada para describir laceraciones, lesiones de esparadrapo, dermatitis asociada a incontinencia, maceración o excoriación.

CATEGORÍA III: Pérdida total del grosor de la piel



Pérdida completa del tejido. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos.

Los esfacelos pueden estar presentes, pero no ocultar la profundidad de la pérdida de tejido. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones.

La profundidad de la úlcera por presión de categoría/estadio III varía según la localización anatómica.

El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido (adiposo) subcutáneo y las úlceras de categoría/estadio III pueden ser poco profundas.

⁸ El hematoma indica lesión de los tejidos profundos

En contraste, las zonas de importante adiposidad pueden desarrollar úlceras por presión de categoría/estadío III extremadamente profundas. El hueso o el tendón no son visibles o directamente palpables.

CATEGORÍA IV: Pérdida total del espesor de los tejidos



Pérdida total del espesor del tejido con hueso expuesto, tendón o músculo.

Los esfacelos o escaras pueden estar presentes.

Incluye a menudo cavitaciones y tunelizaciones.

La profundidad de la úlcera por presión de categoría/estadío IV varía según la localización anatómica.

El puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo no tienen tejido (adiposo) subcutáneo y las úlceras de categoría/estadío IV pueden ser poco profundas.

Las úlceras de categoría/estadío IV pueden extenderse a músculo y/o estructuras de soporte (por ejemplo la fascia, tendón o cápsula de la articulación) pudiendo ser probable que ocurra una osteomielitis u osteítis. El hueso/músculo expuesto es visible o directamente palpable.



INESTADIALE/SIN CLASIFICAR: Pérdida total del espesor de la piel o los tejidos. Profundidad desconocida

Pérdida del espesor total de los tejidos, donde la profundidad real de la úlcera está completamente oscurecida por esfacelos (amarillos, canela, grises, verdes o marrones) y/o escaras (beige, marrón o negro) en el lecho de la herida.

Mientras no se hayan retirado suficientes esfacelos y/o la escara para exponer la base de la herida, la verdadera profundidad no se puede determinar; pero será una categoría/estadío III o IV.

Una escara estable (seca, adherida, intacta, sin eritema o fluctuación) en los **talones** sirve como "cobertura natural (biológica) del cuerpo" y **no debe ser eliminada**.

SOSPECHA DE LESIÓN DE TEJIDOS PROFUNDOS: Profundidad desconocida

Área localizada de color púrpura o marrón de piel decolorada o ampolla llena de sangre debido al daño de los tejidos blandos subyacentes por la presión y/o la cizalla. El área puede ir precedida por un tejido que es doloroso, firme o blando, más caliente o más frío en comparación con los tejidos adyacentes.

La lesión de los tejidos profundos puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura. La evolución puede incluir una ampolla fina sobre un lecho de la herida oscuro. La herida puede evolucionar y convertirse en una escara delgada. La evolución puede ser rápida y puede exponer capas adicionales de tejido, incluso con un tratamiento óptimo.

IMPORTANTE: En todos los casos que procedan, deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar la categoría de la úlcera.

Tunelización:

Tanto en el estadio IV como en el estadio III pueden presentarse las lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

Para medir la tunelización se empleará la pinza de curas y se considerará que la medida son los cm. que se puede introducir la pinza.

Medida de la piel perilesional

Medida mediante regla: consiste en medir con una regla graduada la distancia que hay entre el borde de la úlcera y el final de la piel perilesional afectada.

PUSH (Pressure Ulcer Scale for Healing)(7)

Se incluye este instrumento validado para medir el grado de cicatrización de las UPP. Su valor se calcula automáticamente al rellenar el formulario y aparece como indicador al final del mismo.

Longitud x anchura	0 0 cm ²	1 <0,3 cm ²	2 0,3-0,6 cm ²	3 0,7-1 cm ²	4 1,1-2,0 cm ²	5 2,1-3,0 cm ²
	6 3,1-4,0 cm ²	7 4,1-8,0 cm ²	8 8,1-12,0 cm ²	9 12,1-24 cm ²	10 >24 cm ²	Subtotal
Cantidad de exudado	0 Ninguno	1 Ligero	2 Moderado	3 Abundante		Subtotal
Tipo de tejido	0 Cerrado	1 Tejido epitelial	2 Tejido de granulación	3 Esfacelos	4 Tejido necrótico	Subtotal

Longitud x anchura: Medir la longitud mayor y la anchura mayor utilizando una regla en centímetros.

Heridas cavitadas: Utilizar una regla en centímetros y utilizar siempre el mismo sistema para medir la superficie (largo x ancho).

Cantidad de exudado: Estimar la cantidad de exudado (drenaje) presente después de retirar el apósito y antes de aplicar cualquier agente tópico a la úlcera. Estimar el exudado con los términos “Ninguno, ligero, moderado o abundante”.

Tipo de tejido: Se refiere a los tipos de tejidos que están presentes en el lecho de la úlcera. Valorar como **4** si hay algún tipo de tejido necrótico presente. Valorar como **3** si hay algún tejido de tipo

esfacelo presente y no hay tejido necrótico. Valorar como **2** si la herida es limpia y contiene tejido de granulación. Una herida superficial que se está reepitelizando se valorará como **1**. Cuando la herida esté cerrada, debe valorarse como **0**.

4 Tejido necrótico (Escala seca/húmeda): Tejido oscuro, negro o marrón que se adhiere firmemente al lecho o los bordes de la herida, que puede ser más fuerte o débil que la piel perilesional.

3 Esfacelos: Tejido amarillo o blanco que se adhiere al lecho de la úlcera en bandas de aspecto fibroso, bloques o en forma de tejido blando muciforme adherido.

2 Tejido de granulación: Tejido rojo o rosáceo con una apariencia granular, húmedo y brillante.

1 Tejido epitelial: En úlceras superficiales, nuevo tejido (o piel) rosado o brillante que crece de los bordes de la herida o en islotes en la superficie de la misma.

0 Cicatrizado/reepitelizado: La herida está completamente cubierta de epitelio (nueva piel).

INDICADORES DEL FORMULARIO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN/HUMEDAD

→ Úlceras Por Presión	
Lugar de inicio	Desplegable: En este hospital En este hospital, en otro ingreso En otro hospital En la comunidad
Fecha de aparición	
Etiología	Desplegable: Presión/cizallamiento/fricción Humedad Combinada
Localización	Desplegable: Sacro Glúteo Talón Trocánter Cresta ilíaca Pie: maléolo interno Pie: maléolo externo Pie: borde externo Pie: borde interno Rodilla: cara interna Rodilla: cara externa Codo Escápula Tuberosidad isquiática Occipital Otra
Otra (especificar)	
Lateralidad	Desplegable: Derecha Izquierda No procede
Categoría 	Desplegable: I Eritema. No palidece a la presión II Pérdida grosor epidermis, dermis o ambas III Pérdida total grosor de piel. Lesión o necrosis tejido

	<p>subcutáneo</p> <p>IV: Pérdida total grosor de piel.</p> <p>Lesión o necrosis músculo, hueso, estructuras sostén</p> <p>Inestadiable/sin clasificar</p> <p>Sospecha de lesión de tejidos profundos</p>
Dimensiones úlcera: largo (cm)	
Dimensiones úlcera: ancho (cm)	
Superficie (cm ²)	Cálculo automático
Presenta fistulización/tunelización 	<p>Desplegable: Sí</p> <p>No</p> <p>No procede</p>
Dimensiones tunelización 1 (cm)	Numérico con un decimal (Texto libre)
Dimensiones tunelización 2 (cm)	Numérico con un decimal (Texto libre)
Características del lecho ulceral	<p>Multiselección: Cerrado</p> <p>Maduración</p> <p>Tejido epitelial</p> <p>Tejido de granulación</p> <p>Esfacelos</p> <p>Tejido necrótico seco</p> <p>Tejido necrótico húmedo</p>
Cantidad de exudado	<p>Desplegable: Ninguno</p> <p>Ligero</p> <p>Moderado</p> <p>Abundante</p>
Aspecto del exudado	<p>Multiselección: Seroso</p> <p>Hemático</p> <p>Purulento</p> <p>Otro</p> <p>No procede</p>
Otro (especificar)	
Color del exudado	<p>Desplegable: Claro</p> <p>Turbio, lechoso</p> <p>Rosado o rojizo</p> <p>Verdoso</p> <p>Amarillento o amarronado</p> <p>Gris o azulado</p> <p>No procede</p>

Consistencia del exudado	Desplegable: Alta viscosidad Baja viscosidad No procede
Estado de la piel perilesional	Multiselección: No procede Sin alteración Seca Descamación Edema Eritema Escoriación Hiperpigmentada Maceración Pálida Prurito Vesículas
Estado de los bordes de la úlcera	Multiselección: No procede Regulares Irregulares Callosos En forma de cráter Edematosos Macerados Sangrantes Necróticos
Signos de infección	Multiselección: No Dolor Calor Rubor Tumor Pus
Signos sutiles de infección	Multiselección: No Aumento del tamaño de la lesión Cambio de color en el lecho de la úlcera Crepitación Fluctuación Incremento del dolor Incremento del exudado

	<p>Olor anómalo o en aumento</p> <p>Presencia de biofilm</p> <p>Retraso en la cicatrización</p> <p>Tejido de granulación anómalo</p> <p>Otro</p>
Otro (especificar)	
Recogida de cultivo	<p>Multiselección: No</p> <p>Torunda</p> <p>Punción/aspiración</p> <p>Biopsia</p>
Fecha de recogida	
Nivel de dolor (Escala EVN)	<p>Desplegable: 0 a 10</p> <p>No se puede recoger el dato</p>
Analgesia antes de cura	
Limpieza de la lesión	<p>Desplegable: Suero fisiológico</p> <p>Otro</p>
Otro (especificar)	
Desbridamiento	<p>Desplegable: Sí</p> <p>No indicado</p>
Tipo de desbridamiento	<p>Desplegable: Cortante</p> <p>Enzimático</p> <p>Autolítico</p> <p>Otro</p> <p>No procede</p>
Otro (especificar)	
Tratamiento	<p>Multiselección: No procede</p> <p>Ácidos grasos hiperoxigenados</p> <p>Colagenasa</p> <p>Hidrogel</p> <p>Povidona yodada</p> <p>Productos barrera</p> <p>Sulfadiacina argéntica</p> <p>Apósito convencional</p> <p>Apósito hidrocoloide</p> <p>Apósito fibra de hidrocoloide</p> <p>Apósito de plata</p> <p>Espuma polimérica o hidrocélular</p> <p>Film de poliuretano</p>

	Apósito de alginato Apósito de carbón activado Apósito de silicona Otro
Otro (especificar)	
Periodicidad de la cura	Desplegable: No procede 8 h 12 h 24 h 48 h 72 h Otra
Otra (especificar)	
Cama (SEMP)	Desplegable: No Estática Dinámica
Silla (SEMP)	Desplegable: No Estática Dinámica
Cambios posturales	Desplegable: No 2 h 2-4 h 4 h
Valor PUSH 	Cálculo automático
Más de cuatro úlceras	Desplegable: Sí No
Estado de la úlcera en el momento del alta	Desplegable: Resuelta Necesita seguimiento
Observaciones	

Este formulario permitirá registrar **CUATRO** úlceras. En la pestaña de la úlcera cuatro se añadirá al final el siguiente indicador:

Más de cuatro úlceras	Desplegable: Sí No
-----------------------	-----------------------

Este formulario no tiene accesos directos a otros formularios.

FORMULARIO “REGISTRO DE CAÍDAS”

Formulario de registro

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE “CAÍDAS”

“Caída: Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad” (OMS)⁽⁸⁾.

Los indicadores de este registro recogen las circunstancias que concurren en el momento de la caída de un paciente y las consecuencias de ésta.

- Con relación a las circunstancias del paciente: Estado, medidas de protección que se habían tomado, medicación administrada que puede influir en que se produzca la caída, lugar en el que se produjo la caída y actividad que estaba realizando el paciente.

Nota: Ha de tenerse en cuenta que el “estado de conciencia”, “estado físico” y “déficit sensorial” hacen referencia al estado del paciente **en el momento** de la caída.

- Consecuencias derivadas de la caída: Lesión que produce, pruebas diagnósticas, cuidados necesarios...
- También se han incluido indicadores que permiten recoger la información de manera que se facilite la explotación de datos relacionados con la seguridad del paciente.

En el apartado “Observaciones”, se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario.

El seguimiento de las posibles secuelas de la caída se realizará en “Notas de enfermería”.

Nota: Las siglas “CM” que constan en el indicador “Medidas de protección previas a la caída”, hacen referencia a Contención Mecánica.

INDICADORES DEL FORMULARIO DE REGISTRO DE CAÍDAS

→ Registro de caídas	
Hora de la caída	
■ Motivo de apertura del formulario	Desplegable: Registro de caída Completar información
→ Datos previos a la caída	
■ Factores de riesgo intrínsecos	Multiselección: Nivel de conciencia somnoliento Nivel de conciencia estuporoso Dificultad para comunicarse al ver Dificultad para comunicarse al oír Caídas en el último año Prótesis ortopédicas en extremidades inferiores Bastón Muleta Andador Movilidad muy limitada Movilidad ligeramente limitada Deterioro funcional general Paresias–plejias Urgencia urinaria Ninguno de los anteriores
■ Factores de riesgo extrínsecos	Multiselección: Entorno desordenado Mala iluminación Timbre no accesible Cama elevada Cama sin frenar Suelo húmedo Calzado inadecuado Ninguno de los anteriores
■ Medicación relacionada	Multiselección: Ninguna Diuréticos Laxantes/enemas Hipoglucemiantes Antihipertensivos Ansiolíticos/hipnóticos/sedantes Betabloqueantes Antiarrítmicos Anticoagulantes

	Inotrópicos
Medidas de protección previas a la caída	Multiselección: No Barandillas Presencia acompañante CM Miembros superiores CM Contralateral CM Miembros inferiores CM Tórax CM Abdomen
→ Datos de la caída	
Lugar de la caída	Desplegable: Unidad de ingreso Radiodiagnóstico Área quirúrgica Consultas externas Rehabilitación In itinere Otro
Otro (especificar)	
Ubicación del paciente en el momento de la caída	Desplegable: Cama Sillón Baño Camilla Pasillo Otra
Otra (especificar)	
Actividad que realizaba en el momento de la caída	Desplegable: Deambular Levantarse Acostarse Ir al servicio Transferencia Otra
Otra (especificar)	
→ Datos posteriores a la caída	
Lesión	Multiselección: Sin lesión aparente Lesión ya registrada Contusión Erosión Herida Fractura Alteración de la consciencia

Localización	
Cuidados	Multiselección: Vigilancia Cura Sutura Otro
Otro (especificar)	
Avisado facultativo	Desplegable. Sí No
Estudios complementarios	Desplegable: Sí No
Especificar	
Observaciones	

Este formulario no tiene accesos directos a otros formularios.

VALORACIÓN ENFERMERA

BORRADOR

VALORACIÓN ENFERMERA

La Valoración es la etapa inicial del Proceso de Atención de Enfermería. Es la base de todas las siguientes y tiene como objetivo la recopilación exacta y completa de todos los datos necesarios para diagnosticar las necesidades de cuidado de la persona.

La estructura general del registro es la siguiente:

- Se trata de un registro semiestructurado con puntos cerrados y abiertos de forma que su cumplimentación resulte ágil y clara.
- Recoge datos administrativos, datos referentes al ingreso actual y aquellos antecedentes de salud que pueden ser de interés para los enfermeros y, aunque consten ya en otras partes de la historia, parece conveniente que figuren en este registro.
- Recoge datos de la salud del paciente, tanto objetivos como subjetivos, orientados al diagnóstico de las necesidades de cuidados.
- La organización de los datos se hace con enfoque enfermero, en base a los Dominios de la Taxonomía NANDA II, puesto que resulta más útil para llegar al diagnóstico que la estructura de Necesidades Básicas de V. Henderson o la de Patrones Funcionales de M. Gordon (en la que se basa).
- Dentro de cada Dominio hay puntos que suelen hacer referencia a la presencia de un signo o síntoma (Característica Definitoria) de cada Diagnóstico de Enfermería explorado y/o de los posibles factores relacionados o de riesgo más habituales.
- Se ha llevado a cabo un estudio para correlacionar los criterios de valoración de este documento, con las características definitorias y factores relacionados identificados, por consenso de expertos, en los diagnósticos prevalentes en los pacientes hospitalizados de Asturias, y se ha adecuado la Valoración Enfermera para asegurar que se exploran utilizando éste instrumento.
- En la parte inferior de cada Dominio se cuenta con un espacio de observaciones en el que anotar aspectos que no se contemplan en la Valoración.
- La Valoración debe cumplimentarse en las primeras 24 horas del ingreso. Sin embargo, algunos aspectos, como por ejemplo las relaciones familiares, sólo se pueden valorar cuando exista una relación de confianza entre el enfermero y el paciente. En estos casos el juicio diagnóstico estará basado en la observación de manifestaciones verbales y no verbales del paciente y las preguntas concretas que hará el enfermero se adaptarán a las distintas situaciones que surjan con cada persona, no pudiendo estandarizarse.

Esta parte de la Valoración Enfermera se llevará a cabo a partir del 5º día de ingreso.

Si no pueden recogerse estos datos, se comentará en *Observaciones de Enfermería* la situación del paciente que impide cumplimentarla.

Es imprescindible que estos valores se cumplimenten, puesto que son los que proporcionan más valor añadido a la Valoración Enfermera.

La valoración finaliza recogiendo la opinión del paciente sobre lo que para él es más importante.

CAMPOS OBLIGATORIOS DE LA VALORACIÓN ENFERMERA

El “Registro de Valoración del Paciente” se concibió de forma que incluyese únicamente los **criterios de valoración mínimos para garantizar un cuidado de calidad**. Es evidente por tanto que para cumplir con este estándar ha de **cumplimentarse el registro completo**.

En la práctica, sin embargo, puede resultar imposible conocer los valores de ciertos indicadores dentro del periodo a tal efecto establecido (primeras 24 horas de ingreso o cuarto día del mismo). Surge por tanto la necesidad de determinar unos “campos obligatorios”. La cumplimentación de estos campos, aunque insuficiente para dar el cuidado de calidad del que antes hablábamos, permite al enfermero hacer una primera valoración operativa de las necesidades del paciente y desarrollar su trabajo con eficacia. Lógicamente se entiende que el resto de los campos se cumplimentará tan pronto como sea posible.

En un principio, se propusieron como criterios para determinar que campos serían “obligatorios” los siguientes:

1. La visión general, si no integral, de las necesidades de cuidado del paciente, pretendiendo incluir al menos un indicador en cada Dominio contemplado en el registro que se esté manejando.
2. La seguridad del paciente. Incluyendo como “campos obligatorios” todos aquellos que determinan las necesidades relativas a este ámbito.
3. La estandarización de la calidad, satisfaciendo los requisitos para la acreditación de la *Joint Commission*.
4. Necesidad de otra información indispensable para prestar el cuidado.
5. La exploración de los diagnósticos de enfermería prevalentes en atención hospitalaria

Así pues los indicadores que se han determinado como obligatorios son los siguientes:

VALORACIÓN EN LAS PRIMERAS 24 HORAS

Dominio 1

- Cumplimiento del régimen terapéutico (Criterio 1)

Dominio 2:

- Intolerancias alimentarias (Criterio 2)
- Resultado IMC (Criterio 5)
- Alteración del apetito (Criterio 5)
- Dificultad para masticar (Criterios 2 y 3)
- Dificultad para deglutir (Criterios 2 y 3)
- Piel hidratada
- Mucosas hidratadas
- Edemas

Dominio 3:

- Otros problemas urinarios
- Continente en el domicilio
- Eliminación intestinal

Dominio 4:

- Se levanta descansado
- Paresias/plejias (factor de riesgo para el Riesgo de caídas) (Criterios 2 y 3)
- Dispositivos de ayuda para caminar (factor de riesgo para el Riesgo de caídas) (Criterios 2 y 3)
- Prótesis ortopédicas (factor de riesgo para el Riesgo de caídas) (Criterios 2 y 3)
- Movilidad (factor de riesgo para el Riesgo de caídas) (Criterios 2 y 3)
- Dificultad respiratoria (Criterio 4)
- Escala de Barthel (Criterio 4)

Dominio 5:

- Nivel de conciencia (Criterio 4)
- Orientado (Criterio 4)
- Cambios bruscos recientes de percepción-cognición
- Demencia
- Dificultad para comunicarse (Criterio 4)

Dominio 7:

- Precisa cuidador al alta (Criterios 3 y 4)
- Identificado cuidador principal (Criterios 3 y 4)
- Cuidador principal (Nombre y Apellidos)

Dominio 8:

- Utiliza métodos anticonceptivos

Dominio 9:

- Expresa sentimientos y/o se observan signos de preocupación por su situación

Dominio 10:

- ¿Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuviéramos en cuenta? (Criterio 4)

Dominio 11:

- Catéteres (factor de riesgo para el Riesgo de infección) (Criterios 2 y 3)
- Sondas (factor de riesgo para el Riesgo de infección) (Criterios 2 y 3)
- Escala de Braden (factor de riesgo para el desarrollo de UPP) (Criterios 2 y 3)
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- Piel íntegra (factor de riesgo para el desarrollo de UPP) (Criterios 2 y 3)
- Caídas en el último año (factor de riesgo para el Riesgo de caídas) (Criterios 2 y 3)
- Riesgo de caídas (Criterios 2 y 3)
- Riesgo de aspiración (Criterios 2 y 3)
- Riesgo de alteraciones nerviosas y/o vasculares

- Incapacidad para eliminar secreciones (Criterio 3)
- Riesgo de autolesión
- Riesgo de lesionar a otros
- Ideas o intento de suicidio
- Lesiones orales
- Tratamiento que pueda afectar la mucosa oral

Dominio 12:

- Tiene algún tipo de malestar (Criterio 3)
- Nivel de dolor (escala EVN) (Criterio 3)

VALORACIÓN AL CUARTO DÍA

Entendemos que todos los indicadores han de ser obligatorios.

Existirá la opción *“no es posible valorarlo”* de modo que se puedan recoger también aquellas situaciones en las que ésta es la única respuesta posible, anotando el motivo en las observaciones del Dominio.

Dominio 5

- Dificultad en el aprendizaje (Criterio 4)

Dominio 6

- Autoestima (Criterio 3)
- Hubo o se prevén cambios en su cuerpo (Criterio 3)

Dominio 7

- Con quién vive
- Precisa cuidador al alta (Criterio 4)
- Identificado cuidador principal
- Cuidador principal (Nombre y Apellidos)
- Apoyo familiar (Criterio 3)
- Conflicto en la relación familiar
- Dificultad para el cuidado del paciente
- Complejidad de los cuidados
- Problemas de salud del cuidador

Dominio 8

- ¿Su enfermedad ha influido en su sexualidad? (Criterio 3)

Dominio 9

- Se observan signos de preocupación en relación a pérdidas de salud (Criterio 3)
- Ansiedad ante la muerte
- Duelo (Criterio 3)
- Expresa o se observan conductas-recursos para afrontar su situación (Criterio 4)

COMENTARIOS

Como se puede deducir de los indicadores que se han establecido como “campos obligatorios”, la exploración de las necesidades de cuidados del paciente relacionados con su seguridad, se garantiza en las primeras 24 horas.

BORRADOR

INDICADORES “VALORACIÓN ENFERMERA ADULTOS” 1ª

PARTE

PESTAÑA DOMINIO 1-2-3

→ Datos generales	
Paciente correctamente identificado	Desplegable: Sí No
Información sobre el funcionamiento de la Unidad	Desplegable: Sí No
Valoración Enfermería 2ª parte	Desplegable: Pendiente Realizada
Alergias conocidas	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Hábitos tóxicos	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Hábitos tóxicos (especificar)	
Traqueostomía al ingreso	Desplegable: Sí No
Colostomía-Ileostomía al ingreso	Desplegable: Sí No
Urostomía al ingreso	Desplegable: Sí No
Observaciones	
→ D-1. Promoción de la salud	
Cumplimiento del régimen terapéutico	Multiselección: Sí No No tiene tratamiento prescrito No se puede recoger el dato
No cumple tratamiento (Especificar)	Multiselección: Farmacológico Revisiones Ejercicio Dieta Otras indicaciones de enfermería No procede
Déficit de conocimientos	Multiselección: No Farmacológico Ejercicio Dieta Revisiones Indicaciones de enfermería No procede
Observaciones	
→ D-2. Nutrición	

Dieta habitual	
Intolerancias alimentarias	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Intolerancias alimentarias (especificar)	
Talla (cm)	
Peso (kg)	
Índice de Masa Corporal	
Resultado IMC	Desplegable: <18,5: Bajo peso 18,5-23,9: Normopeso 24-24,9: Normopeso 25-26,9: Sobrepeso I 27-29,9: Sobrepeso II 30-34,9: Obesidad I 35-39,9: Obesidad II 40-49,9: Obesidad III (Mórbida) >50 Obesidad IV (Extrema) No se puede recoger el dato
Alteración del apetito	Desplegable: No Aumentado Disminuido No se puede recoger el dato
Desde	
Lo atribuye a	
Dificultad para masticar	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Causa	
Dificultad para deglutir	Desplegable: No Líquidos Sólidos Líquidos y sólidos No se puede recoger el dato
Vómitos	Desplegable: Sí No
Desde	
Piel hidratada	Desplegable: Sí No
Mucosas hidratadas	Desplegable: Sí No
Edemas	Desplegable: Sí No
Criterios de valoración de riesgo nutricional	Multiselección: Mayor de 80 años Con patología oncológica Radioterapia y/o quimioterapia el último año Enf. Inflamatoria intestinal o resección intestinal Patol neurológica y/o deterioro cognitivo Pérdida >10% del peso habitual en los últimos 6

	meses
Observaciones	
→ D-3. Eliminación	
Problemas al orinar	Multiselección: No Disuria Polaquiuria Nicturia
Otros problemas urinarios	Desplegable: No Sensación de urgencia Retención urinaria Sensación de urgencia y retención urinaria No se puede recoger el dato
Continente en el domicilio	Desplegable: Sí No Portador de sonda vesical No se puede recoger el dato
Situación actual de continencia	Desplegable: Continente Incontinencia urinaria Incontinencia fecal Incontinencia urinaria y fecal No procede (sonda vesical)
Hábito intestinal (deposiciones/días)	
Eliminación intestinal	Desplegable: Según su hábito intestinal Diarrea Riesgo de estreñimiento Estreñimiento No se puede recoger el dato
Utiliza ayudas para facilitar/favorecer la eliminación	Desplegable: Sí No
Especificar ayudas	
Observaciones	

PESTAÑA DOMINIOS 4-5

→ D-4. Actividad-Reposo	
Se levanta descansado	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Utiliza ayuda para dormir	Desplegable: Sí No
Especificar ayuda	
Paresias-Plejas	Desplegable: No Sí MMII Sí MMSS Hemiplejia Hemiparesia
Dispositivos de ayuda para caminar	Desplegable: No Bastón Muleta Andador
Prótesis ortopédicas	Desplegable: No Sí extremidades inferiores Sí extremidades superiores

 Movilidad	Desplegable: Completamente inmóvil Muy limitada Ligeramente limitada Sin limitaciones
 Dificultad respiratoria	Desplegable: No Disnea de esfuerzo Disnea en reposo
O2 domiciliario	Desplegable: Sí No
→ Escala de Barthel	
 Momento de la valoración	Desplegable: Previo al ingreso Ingreso Alta Otros
 Comer	Desplegable: Totalmente independiente Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc Dependiente
 Lavarse. Baño	Desplegable: Independiente. Entra y sale solo del baño Dependiente
 Vestirse	Desplegable: Independiente. Se pone y se quita la ropa. Se ata los zapatos, se abotona. Necesita ayuda Dependiente
 Arreglarse. Aseo	Desplegable: Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc Dependiente
 Deposición	Desplegable: Continente Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o precisa ayuda para lavativas Incontinente
 Micción	Desplegable: Continente o es capaz de cuidarse de la sonda Ocasionalmente, tiene un episodio de incontinencia cada 24 horas como máximo, o precisa ayuda para la sonda Incontinente
 Usar el retrete	Desplegable: Independiente para ir al wc, quitarse y ponerse la ropa. Necesita ayuda para ir al wc, pero se limpia solo. Dependiente
 Trasladarse	Desplegable: Independiente para ir del sillón a la cama Mínima ayuda física o supervisión Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda Dependiente

Deambular	Desplegable: Independiente, camina solo 50 m. Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m. Independiente en silla de ruedas sin ayuda Dependiente
Escalones	Desplegable: Independiente para subir y bajar escaleras Necesita ayuda física o supervisión Dependiente
Puntuación escala Barthel	Resultado numérico
Resultado escala Barthel	Indicador resultado de la E. Barthel
Observaciones	
→ D-5. Percepción-cognición	
Nivel de conciencia	Desplegable: Alerta (Hipervigilante) Consciente Somnoliento Estuporoso Coma
Orientado/a	Multiselección: Sí No, persona No, tiempo No, espacio No procede
Cambios bruscos recientes de percepción/cognición	Desplegable: Sí No No procede
Manifestaciones de los cambios de percepción/cognición	Multiselección: Percepciones erróneas Fluctuación en el nivel de conciencia Agitación creciente No procede
Demencia	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Alteración de la memoria	Multiselección: No Corto plazo Largo plazo
Dificultad para comunicarse	Desplegable: No Habla Vista Oído Varios de los anteriores
Dificultad para comunicarse al hablar	Multiselección: Afasia Disartria Traqueotomía Otro idioma No procede
Prótesis sensoriales (especificar tipo)	
Dificultad en el aprendizaje	
Observaciones	

PESTAÑA DOMINIOS 6-7

→ D-6. Autopercepción	
Estado de ánimo-emocional	Multiselección: Tranquilo Preocupado Ansioso Triste Apático Irritable Eufórico No procede
Observaciones	
→ D-7. Rol-relaciones	
Con quién vive	
Personas a su cargo	
Situación laboral	
Precisa cuidador al alta	Desplegable: Sí No Se desconoce si precisa
Identificado cuidador principal	Desplegable: Sí No No procede
Cuidador principal (Nombre y Apellidos)	
Persona de referencia (Nombre y Apellidos)	
Persona de referencia (Teléfono)	
Observaciones	

PESTAÑA DOMINIOS 8-9

→ D-8. Sexualidad	
Utiliza métodos anticonceptivos	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Especificar	
Observaciones	
→ D-9. Afront.-toleranc. estrés	
Expresa sentimientos y/o se observan signos de preocupación por su situación	Desplegable: No Ansiedad (causa inespecífica) Temor (causa específica) No se puede recoger el dato
Lo atribuye a	
Observaciones	

PESTAÑA DOMINIOS 10-11

→ D-10. Principios vitales	
¿Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuviéramos en cuenta?	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Observaciones	
→ D-11. Seguridad y protección	
Catéteres	Desplegable: Sí

	No
Sondas	Multiselección: No Sonda Nasogástrica Sonda Vesical
→ Escala de Braden	
Resultado	Indicador resultado de E. Braden
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Desplegable: Sí No
→ D-11. Seguridad –continuación-	
Piel íntegra	Desplegable: Sí No Pendiente de valorar: apósito que no procede retirar
Caídas en el último año	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Riesgo de caídas	Desplegable: Sí No
Riesgo de aspiración	Desplegable: Sí No
Factores de riesgo de lesión nerviosa o vascular	Multiselección: No Edemas Escayolas Tracciones Contenciones mecánicas
Riesgo de alteraciones nerviosas y/o vasculares	Desplegable: Sí No
Incapacidad para eliminar secreciones	Desplegable: Sí No
Causa de la incapacidad (Especificar)	Multiselección: Inmovilidad Tos ineficaz Aumento de secreciones Dolor No procede
Signos de la posibilidad de autolesión	Multiselección: No detectado Historia de intentos previos Verbalización de intenciones Lenguaje corporal
Riesgo de autolesión	Desplegable: Detectado No detectado
Signos de la posibilidad de lesionar a otros	Multiselección: No detectado Historia de intentos previos Verbalización de intenciones Lenguaje corporal
Riesgo de lesionar a otros	Desplegable: Detectado No detectado

Signos de la posibilidad de suicidarse	Multiselección: No detectado Historia de intentos previos Verbalización de intenciones Lenguaje corporal
Ideas o intento de suicidio	Desplegable: Detectado No detectado
Lesiones orales	Desplegable: Sí No
Tratamiento que pueda afectar la mucosa oral	Desplegable: Sí No
Tratamiento que pueda afectar la mucosa oral (Especificar)	Multiselección: Quimioterapia Radioterapia Inhaladores Inmunosupresores No procede
Observaciones	

PESTAÑA DOMINIO 12-13

→ D-12. Confort	
Tiene algún tipo de malestar	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Nivel de dolor (Escala EVN)	Desplegable: 0 a 10 No se puede recoger el dato
Localización del dolor	Campo texto
Medidas que utiliza para paliarlo	
Observaciones	
→ Comentarios	
¿Quiere comentar algo que no hayamos hablado?	
De todo lo dicho ¿qué es para usted lo más importante?	

INDICADORES “VALORACIÓN ENFERMERA ADULTOS” 2ª

PARTE

→ D-5. Percepción-cognición	
<p> Dificultad en el aprendizaje</p>	<p>Desplegable: Sí No</p>
Observaciones	
→ D-6. Auto percepción	
<p> Autoestima </p>	<p>Desplegable: Normal Se infravalora Se supervalora No se puede recoger el dato</p>
<p> Hubo o se prevén cambios en su cuerpo</p>	<p>Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato</p>
Especificar cambios	
Observaciones	
→ D-7. Rol-Relaciones	
<p> Con quién vive</p>	
<p>Personas a su cargo</p>	
<p> Precisa cuidador al alta</p>	<p>Desplegable: Sí No Se desconoce si precisa</p>
<p> Identificado cuidador principal</p>	<p>Desplegable: Sí No No procede</p>
<p> Cuidador principal (Nombre y Apellidos) </p>	
<p> Apoyo familiar</p>	<p>Desplegable: Bueno Relativo Rechazo No hay familia No se puede recoger el dato</p>
<p> Conflicto en la relación familiar</p>	<p>Desplegable: No Cambio de roles familiares No aceptación de la enfermedad del paciente No se puede recoger el dato</p>
→ Valoración del cuidador principal	
<p> Dificultad para el cuidado del paciente</p>	<p>Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato No procede</p>
<p> Complejidad de los cuidados</p>	<p>Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato</p>

	No procede
Problemas de salud del cuidador	Desplegable: No Física Emocional No se puede recoger el dato No procede
Observaciones	

→ D-8. Sexualidad	
¿Su enfermedad ha influido en su sexualidad?	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
¿Quiere recibir asesoramiento o información?	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Observaciones	
→ D-9. Afront.-toleranc. estrés	
Se observan signos de preocupación en relación a pérdidas de salud	Multiselección: No Física Funcional Social No se puede recoger el dato
Sentimientos ante la muerte	Multiselección: Miedo al sufrimiento por la propia muerte Miedo a la agonía prolongada Miedo a enfermedad terminal No procede
Ansiedad ante la muerte	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Duelo	Desplegable: Sí No No se puede recoger el dato
Expresa sentimientos de	Multiselección: Negación Ira Depresión Pacto Aceptación No se puede recoger el dato No procede
Lo atribuye a	
Expresa o se observan conductas-recursos para	Desplegable: Sí No

afrontar su situación	No se puede recoger el dato
Observaciones	
→Comentarios	
¿Quiere comentar algo que no hayamos hablado?	
De todo lo dicho ¿qué es para usted lo más importante?	

BORRADOR

APÉNDICE II

Escalas para la valoración

- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (Escala de Braden)
- Dolor (Escala Visual Analógica del dolor)
- Actividades básicas de la vida diaria (Barthel)

ESCALA BRADEN-BERGSTROM(9)

Valoración del riesgo de UPP

Indicación

Valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea por la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión/cizallamiento/humedad (UPP).

Administración

Consta de 6 ítems. Heteroadministrado. Cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem “fricción y rozamiento” que se puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23.

Interpretación:

- Riesgo Alto:** puntuación <13
- Riesgo Moderado:** puntuación entre 13 y 14
- Riesgo Bajo:** si <75 años, puntuación 15-16
Si >75 años, puntuación 15-18

Propiedades psicométricas

Fiabilidad test-retest: 0,88 (Bernal, 2001)⁵. Esta escala ha sido validada en numerosos estudios con una sensibilidad que oscila entre el 27% y el 100%; una especificidad con valores entre 26% y 92%; un Valor Predictivo Positivo con valores entre 8,1% y 77% y Valor Predictivo Negativo con valores entre el 71% y el 100%. (Moreno Pina, 2006)⁶.

Reevaluación

Según el Protocolo para la detección y prevención de las úlceras por presión de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias:

Puntuación de la escala Braden	Riesgo	Periodicidad
<16	Alto/medio	Diaria
16-18	Bajo	Cada 4 días
>18	Sin Riesgo	Semanal

Se procederá a una reevaluación del riesgo, siempre que se detecten cambios relevantes en la situación basal del paciente o lo aconseje el juicio de los profesionales encargados de su cuidado

DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM

Puntuación	1	2	3	4
<p>PERCEPCIÓN SENSORIAL</p> <p>Capacidad para reaccionar adecuadamente ante una molestia relacionada con la presión.</p>	<p>Completamente limitada</p> <p>Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose), o capacidad limitada para sentir dolor en la mayor parte del cuerpo.</p>	<p>Muy limitada</p> <p>Reacciona sólo a estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto por quejidos o agitación, o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad para percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.</p>	<p>Ligeramente limitada</p> <p>Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o que le cambien de posición, o presenta alguna dificultad sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.</p>	<p>Sin limitaciones</p> <p>Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifestar dolor o malestar.</p>
<p>HUMEDAD</p> <p>Nivel de exposición de la piel a la humedad.</p>	<p>Constantemente húmeda</p> <p>La piel se encuentra expuesta a la humedad por sudoración, orina etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.</p>	<p>A menudo húmeda</p> <p>La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de la cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.</p>	<p>Ocasionalmente húmeda</p> <p>La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.</p>	<p>Raramente húmeda</p> <p>La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para cambios de rutina.</p>

Puntuación	1	2	3	4
<p>ACTIVIDAD</p> <p>Nivel de actividad física.</p>	<p>Encamado</p> <p>Paciente constantemente encamado.</p>	<p>En silla</p> <p>Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.</p>	<p>Deambula ocasionalmente</p> <p>Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o silla de ruedas.</p>	<p>Deambula frecuentemente</p> <p>Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.</p>
<p>NUTRICIÓN</p> <p>Patrón habitual de ingesta de alimentos.</p>	<p>Muy pobre</p> <p>Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios con aporte proteico (carne, pescado o productos lácteos). Toma poco líquido. No toma suplementos dietéticos líquidos, o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.</p>	<p>Probablemente inadecuada</p> <p>Rara vez come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.</p>	<p>Adecuada</p> <p>Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne, pescado o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida o tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.</p>	<p>Excelente</p> <p>Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios al día de proteínas (carne, pescado o productos lácteos). Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.</p>

Puntuación	1	2	3	4
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	<p>Problema</p> <p>Requiere de moderada a máxima asistencia en los movimientos. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen roce casi constante.</p>	<p>Problema potencial</p> <p>Movilidad autónoma con dificultad o requiere una asistencia mínima. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.</p>	<p>No existe problema aparente</p> <p>Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o la silla.</p>	
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.	<p>Completamente inmóvil</p> <p>No realiza ni ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin asistencia.</p>	<p>Muy limitada</p> <p>Realiza cambios mínimos y ocasionales de la posición del cuerpo o las extremidades, pero es incapaz de realizar de forma independiente, cambios frecuentes y significativos.</p>	<p>Ligeramente limitada</p> <p>Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente.</p>	<p>Sin limitaciones</p> <p>Realiza cambios mayores y frecuentes en la posición sin asistencia.</p>

Bibliografía:

- Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria.* Valencia: Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat, (2006)
- Protocolo para la detección y prevención de las úlceras por presión.* Oviedo. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias, (2008)

ESCALA VISUAL ANALÓGICA GRADUADA NUMÉRICAMENTE PARA LA VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR

Indicación

Valoración de la intensidad del dolor. El dolor es siempre subjetivo. La escala analógica visual permite una determinación consistente en esa subjetividad, pero no comparar las subjetividades de distintas personas. Fue desarrollada por Hiskisson en 1974.

Administración

Autoadministrada o heteroadministrada. La escala visual analógica es una línea de 100 mm. que mide la intensidad del dolor. El extremo izquierdo de la raya representa la ausencia de dolor mientras que su extremo derecho representa el peor dolor imaginable. La escala de graduación numérica de intensidad de dolor (NRS) añade una graduación numérica donde 1 es el valor *no dolor* y 10 es el *peor dolor* imaginable.

Interpretación

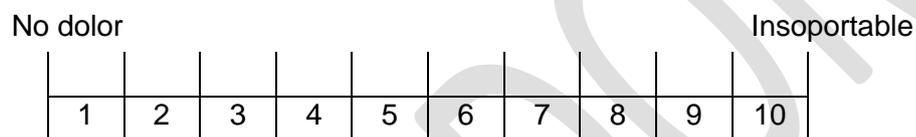
Permite comparar las puntuaciones del dolor en el mismo sujeto en diferentes secuencias temporales.

Propiedades psicométricas

Fiabilidad test-retest $r=0,947$, CCI=0,97. Ha mostrado buena sensibilidad al cambio en dolor postoperatorio (Lázaro, 2003) y en pacientes tratados con TENS (Paice, 1997)

DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA VISUAL ANALÓGICA GRADUADA NUMÉRICAMENTE PARA LA VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR (EVA)

Este cuestionario es muy simple. Se refiere a la intensidad del dolor que está usted padeciendo hoy. El extremo izquierdo de la raya representa la ausencia de dolor, es decir, aquella situación en la que no le duele absolutamente nada. El extremo derecho de la raya representa el peor dolor imaginable. Debe indicar la intensidad del dolor que está padeciendo hoy realizando una marca en la línea.



*Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia:
Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat, 2006*

ESCALA DE BARTHEL(10)

Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria

Indicación

Valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Administración

Las preguntas se realizan agrupando las actividades en tres grupos. Primero las actividades de movilidad: “¿es capaz de subir escaleras, caminar de forma independiente y trasladarse de la silla a la cama sin ayuda?, ¿se le escapa la orina o las heces?, ¿se baña, se viste, se asea, va al retrete o come sin ayuda?” Si en alguna actividad contesta que es incapaz, entonces se profundiza sobre ella. Posteriormente se calculan los puntos que no realiza y se restan de 100.

Interpretación

Máxima puntuación: 100 puntos (90 en el caso de ir con silla de ruedas)

Dependencia Total: <20

Dependiente Grave: 20 – 35

Dependiente Moderado: 40 - 55

Dependiente Leve: >60

Reevaluación

Valoración con carácter anual o cuando las condiciones del paciente cambien.

Propiedades psicométricas(11)

Validado en español. Fiabilidad interobservador: 0,84 – 0.97

Consistencia interna: 0.86 – 0.92

DESCRIPCIÓN DE AL ESCALA DE BARTHEL

Puntos

Comer	• Totalmente independiente	10
	• Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc.	5
	• Dependiente	0
Lavarse Baño	• Independiente. Entra y sale solo al baño	5
	• Dependiente	0
Vestirse	• Independiente. Se pone y quita la ropa. Se ata los zapatos. Se abotona	10
	• Necesita ayuda	5
	• Dependiente	0
Arreglarse Aseo	• Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc.	5
	• Dependiente	0
Deposiciones	• Contínente	10
	• Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o precisa de ayuda para lavativas	5
	• Incontinente	0
Micción	• Contínente o es capaz de cuidarse de la sonda	10
	• Ocasionalmente, tiene un episodio de incontinencia cada 24 horas como máximo, o precisa ayuda para la sonda	5
	• Incontinente	0
Usar el retrete	• Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	• Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	• Dependiente	0
Trasladarse	• Independiente para ir del sillón a la cama	15
	• Mínima ayuda física o supervisión	10
	• Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	• Dependiente	0

Deambular	• Independiente, camina solo 50 m.	15
	• Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m.	10
	• Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	• Dependiente	0
Escalones	• Independiente para subir y bajar escaleras	10
	• Necesita ayuda física o supervisión	5
	• Dependiente	0
TOTAL		

DIAGNÓSTICO PLANIFICACIÓN

Diagnósticos prevalentes en Atención Hospitalaria
en Asturias, Resultados e Intervenciones

DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EN ATENCIÓN HOSPITALARIA, RESULTADOS E INTERVENCIONES

Se han revisado los diagnósticos prevalentes en Atención Hospitalaria definidos en un trabajo previo y se han determinado los resultados e intervenciones que más relación tienen con cada diagnóstico, teniendo en cuenta la situación del paciente, el tiempo medio de estancia en el hospital y la posibilidad de evaluación de resultados y de realización de las intervenciones.

Se siguen para la realización de esta revisión, las mismas directrices que en la fase anterior.

VALORES

- Centrado en el paciente. Para ello se definen aquellos diagnósticos que se identifican en él, a partir de una Valoración individualizada, los resultados a alcanzar y las intervenciones necesarias para su tratamiento, teniendo en cuenta los recursos de los que se dispone.
- Visión integral. Completando las intervenciones enfermeras las de otros profesionales, con lo que se pone en valor la contribución específica de la enfermería a la salud de los ciudadanos, puesto que intervenimos en las áreas física, social y emocional.
- Sujeto de cuidados. El paciente y su familia.
- Respeto a los valores y creencias del paciente y su familia.
- Autonomía del paciente. Para lo que los tratamientos de enfermería promocionarán el control del proceso de salud/enfermedad o situación vital por el propio paciente y su familia, interviniendo para apoyarles emocionalmente, ayudarles a adaptarse a su situación y enseñándoles lo necesario para que recobre ese control.

MODELO DE ENFERMERÍA

Se adopta el modelo de Virginia Henderson, sin que esto sea óbice para que cada profesional, además, adopte paradigmas de otros modelos de enfermería.

MODELO PARA LA PRÁCTICA

Modelo Bifocal⁽¹²⁾, en el que se considera que las enfermeras intervienen en dos tipos de situaciones clínicas:

- Problemas que se previenen, reducen, o solucionan con intervenciones primarias de enfermería. Para nombrar estas situaciones se utilizan los *diagnósticos de enfermería* catalogados en la taxonomía de NANDA I.

Problemas que para su solución definitiva requieren ser tratados por otro profesional. Se trata de *problemas de colaboración o complicaciones potenciales*. Las intervenciones necesarias en este tipo de problemas, son prescritas por enfermeras y médicos y tienen como objetivo monitorizar la aparición de complicaciones de la enfermedad. En este sentido se adoptan las siguientes definiciones:

DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad, a etapas de la vida/problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente⁽¹³⁾.

DEFINICIÓN DE COMPLICACIÓN POTENCIAL

Juicio clínico sobre las respuestas a problemas actuales o potenciales de salud o del régimen terapéutico que es gestionado por las enfermeras usando intervenciones prescritas por la enfermera o el médico para minimizar las complicaciones del suceso. (Carpenito L., 2008)

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Además de los identificados en la fase previa de este trabajo, aquellos que identifiquen necesidades de cuidados que el grupo de trabajo consensue, que se adapten a la definición de Diagnóstico de Enfermería y sobre los que la enfermera tenga capacidad de intervención.

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE FACTORES RELACIONADOS

Se identificarán aquellas causas más frecuentes por las que están presentes los diagnósticos de enfermería en los pacientes de nuestro ámbito.

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

Se identificarán los signos y síntomas más comunes por los que se manifiestan los diagnósticos de enfermería en los pacientes de Asturias. Se seleccionarán los que más relación tienen con el diagnóstico de enfermería.

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES

Se seguirán los siguientes criterios para la selección de intervenciones y actividades que derivarían de los diagnósticos identificados como prevalentes en Atención Hospitalaria de Asturias.

Se seleccionarán intervenciones NIC teniendo en cuenta:

- Las necesidades de cuidados del paciente, desde una perspectiva integral.
- La patología más frecuente de los pacientes en el hospital.
- La relación de la Intervención con el diagnóstico de enfermería.
- La relación de la Intervención con los factores relacionados o de riesgo del diagnóstico de enfermería.
- La relación de la Intervención con el resultado que el paciente ha de conseguir.
- Se tendrá en cuenta el Modelo de Cuidados adoptado: Ayuda-sustitución y promoción de la autonomía del paciente, por lo que se han seleccionado las que traducen esta práctica.
- En relación a aquellos diagnósticos de enfermería en los que la práctica habitual se centra en la ayuda-sustitución, se procurará seleccionar también alguna Intervención que sea de tratamiento.
- Se ha considerado como sujeto de cuidados, siempre que ha procedido, a la familia y al paciente.

Para seleccionar actividades de cada intervención se seguirán los siguientes criterios:

- De cada intervención se seleccionarán aquellas actividades mínimas que traducen la práctica habitual y guían a la enfermera y a la auxiliar de enfermería en el tratamiento del diagnóstico de enfermería del paciente.
- Se procurará respetar el lenguaje de la NIC, aunque para adaptarlas mejor a nuestro contexto se pueden modificar algunas.
- Se seleccionarán aquellas que contemplan a la familia y/o cuidador principal como agentes de cuidados.
- Se procurará que en cada intervención consten actividades de enseñanza.
- Se procurará que en cada intervención consten actividades que procuren la autonomía del paciente.

INTERRELACIONES NANDA-NOC-NIC DE LOS DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

DIAGNÓSTICO	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	RESULTADOS	INTERVENCIONES
DOMINIO 1				
<u>00078 GESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD</u>	Régimen terapéutico complejo Apoyo social insuficiente Conocimiento insuficiente del régimen terapéutico	Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud	1813_n_CONOCIMIENTO: RÉGIMEN TERAPÉUTICO 181310 Proceso de la enfermedad 181304 Efectos esperados del tratamiento 181305 Dieta prescrita 181306 Régimen de medicación prescrita 181307 Actividad física prescrita 1619_n_AUTOCONTROL: DIABETES 161910 Realiza el procedimiento correcto para el control de la glucemia 161929 Usa el procedimiento	4360_r_MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA 5602_r_ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD 5616_r_ENSEÑANZA: MEDICAMENTOS PRESCRITOS 5614_r_ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA 5246_r_ASESORAMIENTO NUTRICIONAL 5612_r_ENSEÑANZA: EJERCICIO PRESCRITO

			<p>correcto para la administración de la insulina</p> <p>161908 Participa en el programa educativo prescrito</p> <p>161915 Informa de síntomas de complicaciones</p> <p>1617_n_AUTOCONTROL: ENFERMEDAD CARDÍACA</p> <p>161704 Participa en el programa de rehabilitación cardíaca prescrito</p> <p>161710 Informa de los síntomas de empeoramiento de la enfermedad</p>	
--	--	--	--	--

BORRADOR

DOMINIO 2

<p><u>00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INFERIOR A LAS NECESIDADES CORPORALES</u></p>	<p>Trastorno psicológico</p> <p>Incapacidad para ingerir los alimentos</p> <p>Incapacidad para absorber los nutrientes</p> <p>Falta de apetito</p>	<p>Peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango de peso ideal</p> <p>Pérdida de peso con consumo adecuado de nutrientes</p> <p>Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (CDR)</p>	<p>1008_n_ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN ALIMENTARIA Y DE LÍQUIDOS</p> <p>100801 Ingestión alimentaria oral</p> <p>100803 Ingestión de líquidos orales</p> <p>1802_n_CONOCIMIENTO: DIETA PRESCRITA</p> <p>180201 Dieta prescrita</p> <p>180203 Beneficios de la dieta prescrita</p>	<p>1803_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN</p> <p>1050_r_ALIMENTACIÓN</p> <p>1160_r_MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL</p> <p>5614_r_ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA</p> <p>5246_r_ASESORAMIENTO NUTRICIONAL</p> <p>1100_r_MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p>
<p><u>RIESGO DE DÉFICIT NUTRICIONAL</u></p> <p>Nota: aunque no consta este diagnóstico en la taxonomía NANDA, se categoriza como tal por ser necesario para la implementación de la Vía clínica de recuperación intensificada en cirugía abdominal (RICA)</p>	<p>Trastorno psicológico</p> <p>Incapacidad para ingerir los alimentos</p> <p>Incapacidad para absorber los nutrientes</p> <p>Falta de apetito</p>	<p>Peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango de peso ideal</p> <p>Pérdida de peso con consumo adecuado de nutrientes</p> <p>Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (CDR)</p>	<p>1008_n_ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN ALIMENTARIA Y DE LÍQUIDOS</p> <p>100801 Ingestión alimentaria oral</p> <p>100803 Ingestión de líquidos orales</p> <p>1802_n_CONOCIMIENTO: DIETA PRESCRITA</p> <p>180201 Dieta prescrita</p> <p>180203 Beneficios de la dieta</p>	<p>1803_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN</p> <p>1050_r_ALIMENTACIÓN</p> <p>1160_r_MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL</p> <p>5614_r_ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA</p> <p>5246_r_ASESORAMIENTO NUTRICIONAL</p> <p>1100_r_MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p> <p>REEVALUACIÓN ESCALA MUST</p>

			prescrita	
00233 SOBREPESO	<p>La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad</p> <p>Tamaño de las raciones mayor del recomendado</p> <p>Aumento rápido de peso durante la infancia</p> <p>Diabetes mellitus materna</p> <p>Obesidad de los padres</p>	<p>NIÑO <2 años: peso en relación a la altura > percentil 95</p> <p>NIÑO 2-18 años: índice de masa corporal (IMC) > percentil 85 para la edad y género o 25 kg/m² pero < percentil 95 o 30 kg/m²</p> <p>ADULTO: índice de masa corporal (IMC) >25 kg/m²</p>	<p>1008_n_ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN ALIMENTARIA Y DE LÍQUIDOS</p> <p>100801 Ingestión alimentaria oral</p> <p>100803 Ingestión de líquidos orales</p> <p>1802_n_CONOCIMIENTO: DIETA PRESCRITA</p> <p>180201 Dieta prescrita</p> <p>180203 Beneficios de la dieta prescrita</p> <p>1627_n_CONDUCTA DE PÉRDIDA DE PESO</p> <p>162722 Controla el peso corporal</p>	<p>1160_r_MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL</p> <p>5246_r_ASESORAMIENTO NUTRICIONAL</p> <p>5614_r_ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA</p> <p>1100_r_MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p> <p>5612_r_ENSEÑANZA: EJERCICIO PRESCRITO</p>
00232 OBESIDAD	<p>La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad</p> <p>Tamaño de las raciones mayor del recomendado</p> <p>Aumento rápido de peso</p>	<p>NIÑO 2-18 años: índice de masa corporal (IMC) >30 kg/m² o > percentil 95 para la edad y el género</p> <p>ADULTO: índice de masa corporal (IMC) >30 kg/m²</p>	<p>1008_n_ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN ALIMENTARIA Y DE LÍQUIDOS</p> <p>100801 Ingestión alimentaria oral</p> <p>100803 Ingestión de líquidos orales</p> <p>1802_n_CONOCIMIENTO: DIETA PRESCRITA</p>	<p>1160_r_MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL</p> <p>5246_r_ASESORAMIENTO NUTRICIONAL</p> <p>5614_r_ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA</p> <p>1100_r_MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p> <p>5612_r_ENSEÑANZA: EJERCICIO PRESCRITO</p>

	<p>durante la infancia</p> <p>Diabetes mellitus materna</p> <p>Obesidad de los padres</p>		<p>180201 Dieta prescrita</p> <p>180203 Beneficios de la dieta prescrita</p> <p>1627_n_CONDUCTA DE PÉRDIDA DE PESO</p> <p>162722 Controla el peso corporal</p>	
00234 RIESGO DE SOBREPESO	<p>NIÑO <2 años: peso en relación a la altura próximo al percentil 95</p> <p>NIÑO 2-18 años: índice de masa corporal (IMC) próximo al percentil 85 o 25 kg/m²</p> <p>ADULTO: índice de masa corporal (IMC) próximo a 25 kg/m²</p> <p>La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad</p> <p>Tamaño de las raciones mayor del recomendado</p> <p>Aumento rápido de peso durante la infancia</p>		<p>1008_n_ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN ALIMENTARIA Y DE LÍQUIDOS.</p> <p>100801 Ingestión alimentaria oral</p> <p>100803 Ingestión de líquidos orales</p> <p>1802_n_CONOCIMIENTO: DIETA PRESCRITA</p> <p>180201 Dieta prescrita</p> <p>180203 Beneficios de la dieta prescrita</p> <p>1628_n_CONDUCTA DE MANTENIMIENTO DEL PESO</p> <p>162821 Mantiene el peso óptimo</p>	<p>1160_r_MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL</p> <p>5614_r_ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA</p> <p>5246_r_ASESORAMIENTO NUTRICIONAL</p> <p>1100_r_MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p> <p>5820_r_DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</p> <p>5612_r_ENSEÑANZA: EJERCICIO PRESCRITO</p>

	<p>Comer en respuesta a estímulos internos distintos del hambre (p. ej., ansiedad)</p> <p>Diabetes mellitus materna</p> <p>Obesidad de los padres</p>			
<p><u>00027 DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS</u></p>	<p>Pérdida activa del volumen de líquidos</p> <p>Ingesta insuficiente de líquido</p> <p>Pérdida excesiva a través de vías normales (p.ej. Diarrea)</p>	<p>Disminución de la diuresis</p> <p>Aumento de la concentración de la orina</p> <p>Sed</p> <p>Membranas mucosas secas</p> <p>Piel seca</p>	<p>0602_n_HIDRATACIÓN</p> <p>060215 Ingesta de líquidos</p> <p>060226 Diarrea</p> <p>060211 Diuresis</p>	<p>4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS</p> <p>4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS</p>
<p><u>00028 RIESGO DE DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS</u></p>	<p>Alteraciones que afectan la ingesta de líquidos</p> <p>Pérdida excesiva de líquidos a través de las vías normales</p> <p>Agentes farmacológicos</p>		<p>0602_n_HIDRATACIÓN</p> <p>060215 Ingesta de líquidos</p> <p>060226 Diarrea</p> <p>060211 Diuresis</p>	<p>4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS</p> <p>0460_r_MANEJO DE LA DIARREA</p> <p>4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS</p>

DOMINIO 3

<p><u>00023 RETENCIÓN URINARIA</u></p>	<p>Obstrucción del tracto urinario Inhibición del arco reflejo</p>	<p>Ausencia de diuresis Distensión vesical</p>	<p>0503_n_ELIMINACIÓN URINARIA 050313 Vacía la vejiga completamente</p>	<p>0620_r_CUIDADOS DE LA RETENCIÓN URINARIA 0580_r_SONDAJE VESICAL 4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS</p>
<p><u>00020 INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL</u></p>	<p>Alteración de la función cognitiva Deterioro de la visión Alteración en los factores ambientales Deterioro neuromuscular</p>	<p>El tiempo requerido para alcanzar el inodoro tras la sensación de urgencia es demasiado largo Micción antes de alcanzar el inodoro Sensación de necesidad de orinar</p>	<p>0502_n_CONTINENCIA URINARIA 050201 Reconoce la urgencia miccional 050203 Responde de forma adecuada a la urgencia 050212 Ropa interior mojada durante el día 050213 Ropa interior o de la cama mojada durante la noche</p>	<p>1804_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: MICCIÓN/DEFECACIÓN 0600_r_ENTRENAMIENTO DEL HÁBITO URINARIO 0610_r_CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA AA Proporcionar prendas protectoras: Compresa AA Proporcionar prendas protectoras: Poner pañal nocturno AA Retirar prendas protectoras: Pañal nocturno AA Pañal permanente</p>

<p><u>00013 DIARREA</u></p>	<p>Infección Inflamación gastrointestinal Malabsorción</p>	<p>Pérdida de heces líquidas >3 en 24 horas Dolor abdominal Ruidos intestinales hiperactivos</p>	<p>0501_n_ELIMINACIÓN INTESTINAL 050101 Patrón de eliminación 050105 Heces blandas y formadas 0602_n_HIDRATACIÓN 060215 Ingesta de líquidos 060226 Diarrea 060211 Diuresis</p>	<p>0460_r_MANEJO DE LA DIARREA 4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS 4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS 5246_r_ASESORAMIENTO NUTRICIONAL</p>
<p><u>00011 ESTREÑIMIENTO</u></p>	<p>Cambio reciente en el entorno Disminución de la motilidad gastrointestinal Debilidad de los músculos abdominales La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad Ingesta de líquidos insuficiente Habitualmente reprime la urgencia por defecar</p>	<p>Heces duras, formadas Dolor al defecar Incapacidad para defecar Distensión abdominal Fecalomas palpables Disminución en la frecuencia de las deposiciones</p>	<p>0501_n_ELIMINACIÓN INTESTINAL 050101 Patrón de eliminación 050112 Facilidad de eliminación de las heces 0602_n_HIDRATACIÓN 060215 Ingesta de líquidos</p>	<p>4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS 4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS 0440_r_ENTRENAMIENTO INTESTINAL 0450_r_MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO/IMPACTACIÓN FECAL 0200_r_FOMENTO DEL EJERCICIO</p>

	Agentes farmacológicos			
<u>00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO</u>	<p>Cambio reciente en el entorno</p> <p>La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad</p> <p>Debilidad de los músculos abdominales</p> <p>Agentes farmacológicos</p> <p>Habitualmente reprime la urgencia por defecar</p> <p>Ingesta de líquidos insuficiente</p> <p>Disminución de la motilidad gastrointestinal</p>		<p>0501_n_ELIMINACIÓN INTESTINAL</p> <p>050101 Patrón de eliminación</p> <p>050112 Facilidad de eliminación de las heces</p> <p>0602_n_HIDRATACIÓN</p> <p>060215 Ingesta de líquidos</p>	<p>4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS</p> <p>4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS</p> <p>0440_r_ENTRENAMIENTO INTESTINAL</p> <p>0450_r_MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO/IMPACTACIÓN FECAL</p>

DOMINIO 4

<p><u>00198 TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO</u></p>	<p>Ansiedad</p> <p>Inmovilización</p> <p>Factores ambientales (p. ej., ruido ambiental, exposición a la luz del día/oscuridad, temperatura/humedad ambiental, entorno no familiar)</p> <p>Interrupción causada por la persona que duerme con el paciente</p> <p>Falta de intimidad</p>	<p>No sentirse descansado</p> <p>Dificultad para conciliar el sueño</p> <p>Despertarse sin querer</p> <p>Insatisfacción con el sueño</p>	<p>0004_n_SUEÑO</p> <p>000404 Calidad del sueño</p>	<p>1850_r_MEJORAR EL SUEÑO</p> <p>6482_r_MANEJO AMBIENTAL: CONFORT</p> <p>5820_r_DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</p>
<p><u>00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</u></p>	<p>Deterioro músculo-esquelético</p> <p>Deterioro neuromuscular</p> <p>Alteración de la función cognitiva</p>	<p>Alteración de la marcha</p> <p>Disminución de las habilidades motoras⁹</p> <p>Disminución de la amplitud de</p>	<p>0208_n_MOVILIDAD</p> <p>020806 Ambulación</p> <p>020814 Se mueve con facilidad</p> <p>020802 Mantenimiento de la</p>	<p>0221_r_TERAPIA DE EJERCICIOS: AMBULACIÓN</p> <p>0224_r_TERAPIA DE EJERCICIOS: MOVILIDAD ARTICULAR</p> <p>0226_r_TERAPIA DE EJERCICIOS:</p>

⁹ En la taxonomía NANDA especifica *finas* y *gruesas*.

	<p>Disconfort</p> <p>Dolor</p> <p>Prescripción de restricción de movimientos</p>	<p>movimientos</p> <p>Inestabilidad postural</p> <p>Movimientos descoordinados</p> <p>Dificultad para girarse</p>	<p>posición corporal</p> <p>0300_n_AUTOCUIDADOS: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)</p> <p>030008 Ambulación</p> <p>030003 Uso del inodoro</p> <p>030010 Realización del traslado</p>	<p>CONTROL MUSCULAR</p> <p>1800_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO</p> <p>1806_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: TRANSFERENCIA</p> <p>0840_r_CAMBIO DE POSICIÓN</p> <p>AA: Posición de Fowler</p> <p>AA: Elevar pies de cama</p> <p>1415_r_MANEJO DEL DOLOR: CRÓNICO</p> <p>0940_r_CUIDADOS DE TRACCIÓN/INMOVILIZACIÓN</p>
<p>00092 INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD</p>	<p>Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno</p> <p>Debilidad generalizada</p>	<p>Frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad</p> <p>Disnea de esfuerzo</p> <p>Fatiga</p> <p>Debilidad generalizada</p> <p>Disconfort por esfuerzo</p>	<p>0005_n_TOLERANCIA DE LA ACTIVIDAD</p> <p>000518 Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD)</p> <p>000510 Distancia de caminata</p>	<p>0180_r_MANEJO DE LA ENERGÍA</p> <p>1800_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO</p> <p>1806_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: TRANSFERENCIA</p> <p>0840_r_CAMBIO DE POSICIÓN</p> <p>AA Posición de Fowler</p> <p>AA Elevar pies de cama</p>
<p>00109 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO</p>	<p>Alteración de la función cognitiva</p> <p>Dolor</p>	<p>Deterioro de la habilidad para ponerse diferentes piezas de ropa (p. ej., camisa, calcetines,</p>	<p>0302_n_AUTOCUIDADOS: VESTIR</p> <p>030203 Recoge la ropa</p>	<p>Intervención de ayuda parcial:</p> <p>1802_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: VESTIRSE/ARREGLO PERSONAL</p>

	<p>Deterioro neuromuscular</p> <p>Trastorno de la percepción</p> <p>Debilidad</p> <p>Disminución de la motivación</p> <p>Deterioro musculoesquelético</p>	<p>zapatos)</p> <p>Deterioro de la capacidad para ponerse los zapatos</p>	<p>030204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo</p> <p>030205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo</p> <p>030207 Se abrocha la ropa</p> <p>030210 Se pone los zapatos</p> <p>030211 Se quita la ropa de la parte superior del cuerpo</p> <p>1605_n_CONTROL DEL DOLOR</p> <p>160511 Refiere dolor controlado</p>	<p>Intervención de ayuda total:</p> <p>1630_r_VESTIR</p> <p>1415_r_MANEJO DEL DOLOR: CRÓNICO</p>
<p>00108 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO</p>	<p>Alteración de la función cognitiva</p> <p>Deterioro neuromuscular</p> <p>Trastorno de la percepción</p> <p>Debilidad</p> <p>Disminución de la motivación</p> <p>Obstáculos ambientales</p> <p>Deterioro musculoesquelético</p>	<p>Ayuda total:</p> <p>Deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo</p> <p>Ayuda parcial:</p> <p>Deterioro de la habilidad para acceder al baño</p>	<p>0301_n_AUTOCUIDADOS: BAÑO</p> <p>030101 Entra y sale del cuarto de baño</p> <p>030109 Se baña en la ducha</p> <p>030114 Se lava la parte superior del cuerpo</p> <p>030115 Se lava la parte inferior del cuerpo</p> <p>030111 Seca el cuerpo</p> <p>0305_n_AUTOCUIDADOS: HIGIENE</p> <p>030506 Mantiene la higiene oral</p>	<p>Intervención de ayuda total:</p> <p>1610_r_BAÑO</p> <p>Intervención de ayuda parcial:</p> <p>1801_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE</p> <p>Intervención de ayuda total/parcial:</p> <p>1710_r_MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL</p> <p>Intervención de ayuda total:</p> <p>1670_r_CUIDADOS DEL CABELLO Y DEL CUERO CABELLUDO</p>

	Dolor		<p>030508 Se lava el pelo</p> <p>030510 Se afeita</p> <p>030512 Se cuida las uñas de las manos</p> <p>030516 Se cuida las uñas de los pies</p> <p>030514 Mantiene una apariencia pulcra</p> <p>030517 Mantiene la higiene corporal</p> <p>1605_n_CONTROL DEL DOLOR</p> <p>160511 Refiere dolor controlado</p>	<p>Intervención de ayuda total:</p> <p>1650_r_CUIDADOS DE LOS OJOS</p> <p>Intervención de ayuda total:</p> <p>1680_r_CUIDADOS DE LAS UÑAS</p> <p>Intervención de ayuda total:</p> <p>1660_r_CUIDADOS DE LOS PIES</p> <p>1415_r_MANEJO DEL DOLOR: CRÓNICO</p>
00102 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN	<p>Alteración de la función cognitiva</p> <p>Dolor</p> <p>Deterioro neuromuscular</p> <p>Trastorno de la percepción</p> <p>Debilidad</p> <p>Disminución de la motivación</p> <p>Deterioro musculoesquelético</p>	<p>Ayuda total:</p> <p>Deterioro de la habilidad para llevarse la comida a la boca</p> <p>Ayuda total:</p> <p>Deterioro de la habilidad para deglutir suficiente cantidad de alimentos</p> <p>Ayuda total:</p> <p>Deterioro de la habilidad para manejar los</p>	<p>0303_n_AUTOCUIDADOS: COMER</p> <p>030301 Prepara comida para ingerir</p> <p>030303 Maneja utensilios</p> <p>030308 Se lleva comida a la boca con utensilios</p> <p>030309 Bebe de una taza o vaso</p> <p>030310 Coloca la comida en la boca</p> <p>030312 Mastica la comida</p> <p>030313 Traga la comida</p> <p>030317 Traga líquidos</p>	<p>Intervención de ayuda parcial:</p> <p>1803_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN</p> <p>Intervención de ayuda total:</p> <p>1050_r_ALIMENTACIÓN</p> <p>1415_r_MANEJO DEL DOLOR: CRÓNICO</p>

		<p>utensilios</p> <p>Ayuda parcial:</p> <p>Deterioro de la habilidad para preparar la comida</p>	<p>030314 Finaliza una comida</p> <p>1008_n_ESTADO NUTRICIONAL: INGESTIÓN ALIMENTARIA Y DE LÍQUIDOS</p> <p>100801 Ingestión alimentaria oral</p> <p>100802 Ingestión alimentaria por sonda</p> <p>1605_n_CONTROL DEL DOLOR</p> <p>160511 Refiere dolor controlado</p>	
<p><u>00110 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL INODORO</u></p>	<p>Alteración de la función cognitiva</p> <p>Dolor</p> <p>Deterioro neuromuscular</p> <p>Trastorno de la percepción</p> <p>Debilidad</p> <p>Disminución de la motivación</p> <p>Deterioro de la habilidad para la traslación</p> <p>Deterioro</p>	<p>Deterioro de la habilidad para llegar hasta el inodoro</p> <p>Deterioro de la habilidad para completar la higiene adecuada tras la evacuación</p> <p>Deterioro de la habilidad para manipular la ropa para la evacuación</p> <p>Deterioro de la habilidad para sentarse en el inodoro</p>	<p>0310_n_AUTOCUIDADOS: USO DEL INODORO</p> <p>031004 Se quita la ropa</p> <p>031005 Se coloca en el inodoro o en el orinal</p> <p>031006 Vacía la vejiga</p> <p>031011 Vacía el intestino</p> <p>031007 Se limpia después de orinar</p> <p>031012 Se limpia después de defecar</p> <p>031008 Se levanta del inodoro u orinal</p>	<p>Intervención de ayuda parcial:</p> <p>1804_r_AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: MICCIÓN/DEFECACIÓN</p> <p>Intervención de ayuda total:</p> <p>0480_r_CUIDADOS DE LA OSTOMÍA</p> <p>1415_r_MANEJO DEL DOLOR: CRÓNICO</p>

	musculoesquelético	Deterioro de la habilidad para levantarse del inodoro	<p>031009 Se ajusta la ropa después de usar el inodoro</p> <p>1615_n_AUTOCUIDADO DE LA OSTOMÍA</p> <p>161507 Vacía la bolsa de la ostomía</p> <p>161508 Cambia la bolsa de la ostomía</p> <p>1605_n_CONTROL DEL DOLOR</p> <p>160511 Refiere dolor controlado</p>	
--	--------------------	---	--	--

BORRER

DOMINIO 5

<p><u>00123 DESATENCIÓN UNILATERAL</u></p>	<p>Lesión cerebral</p> <p>Hemiplejía izquierda causada por accidente cerebrovascular (ACV) en el hemisferio derecho</p>	<p>Autocuidado inadecuado del lado corporal afectado</p> <p>Parece no tener conciencia de la posición de la extremidad desatendida</p> <p>Falta de medidas de seguridad respecto al lado desatendido</p>	<p>0918_n_ATENCIÓN AL LADO AFECTADO</p> <p>091801 Reconoce el lado afectado como parte integral de sí mismo</p> <p>091803 Protege el lado afectado cuando se coloca</p> <p>091804 Protege el lado afectado cuando se traslada</p>	<p>2760_r_MANEJO DE LA DESATENCIÓN UNILATERAL</p>
<p><u>00128 CONFUSIÓN AGUDA</u></p>	<p>Demencia</p> <p>Delirio</p> <p>Edad superior a 60 años</p> <p>Medicamentos</p> <p>Fluctuaciones en el ciclo vigilia-sueño</p> <p>Separación del entorno habitual</p>	<p>Fluctuación en el conocimiento.</p> <p>Alucinaciones</p> <p>Agitación creciente</p> <p>Intranquilidad creciente</p> <p>Percepciones erróneas</p>	<p>0901_n_ORIENTACIÓN COGNITIVA</p> <p>090101 Se autoidentifica</p> <p>090102 Identifica a los seres queridos</p> <p>090103 Identifica el lugar donde está</p> <p>090105 Identifica el mes actual</p> <p>1214_n_NIVEL DE AGITACIÓN</p> <p>121402 Inquietud</p>	<p>4820_r_ORIENTACIÓN DE LA REALIDAD</p> <p>6450_r_MANEJO DE LAS IDEAS DELIRANTES</p> <p>6486_r_MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD</p> <p>1850_r_MEJORAR EL SUEÑO</p> <p>4720_r_ESTIMULACIÓN COGNITIVA</p> <p>6460_r_MANEJO DE LA DEMENCIA</p> <p>6580_r_SUJECCIÓN FÍSICA</p>

			121410 Combatividad	
<u>00173 RIESGO DE CONFUSIÓN AGUDA</u>	Demencia Deterioro de la cognición Medicamentos ¹⁰ Anomalías metabólicas ¹¹ Abuso de sustancias Edad superior a 60 años		0901_n_ORIENTACIÓN COGNITIVA 090101 Se autoidentifica 090102 Identifica a los seres queridos 090103 Identifica el lugar donde está 090105 Identifica el mes actual 1214_n_NIVEL DE AGITACIÓN 121402 Inquietud 121410 Combatividad	4820_r_ORIENTACIÓN DE LA REALIDAD 6486_r_MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD 6460_r_MANEJO DE LA DEMENCIA 4720_r_ESTIMULACIÓN COGNITIVA 6490_r_PREVENCIÓN DE CAÍDAS
<u>00051 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL</u>	Alteración del sistema nervioso central Diferencias culturales Barreras físicas (p.ej.: traqueostomía, intubación...) Alteración de las	No hablar Dificultad para expresar los pensamientos verbalmente (p.ej.: afasia, disfasia, apraxia, disartria) Falta de contacto ocular	0902_n_COMUNICACIÓN 090206 Reconoce los mensajes recibidos 090208 Intercambia mensajes con los demás	4976_r_MEJORAR LA COMUNICACIÓN. DÉFICIT DEL HABLA 4974_r_MEJORAR LA COMUNICACIÓN. DÉFICIT AUDITIVO 4978_r_MEJORAR LA COMUNICACIÓN. DÉFICIT VISUAL

¹⁰En la taxonomía NANDA se especifican.

¹¹En la taxonomía NANDA se especifican.

	percepciones	Dificultad para comprender el patrón de comunicación habitual		
--	--------------	---	--	--

BORRADOR

DOMINIO 6

<p><u>00120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL</u></p>	<p>Alteración de la imagen corporal Deterioro funcional Cambios en el rol social Rechazos Enfermedad física</p>	<p>Expresa inutilidad Expresa impotencia Verbalizaciones de negación de sí mismo</p>	<p>1205_n_AUTOESTIMA 120511 Nivel de confianza 1308_n_ADAPTACIÓN A LA DISCAPACIDAD FÍSICA 130803 Se adapta a limitaciones funcionales 1200_n_IMAGEN CORPORAL 120009 Adaptación a cambios en el estado de salud</p>	<p>5270_r_APOYO EMOCIONAL 5400_r_POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA 5220_r_MEJORA DE LA IMAGEN CORPORAL</p>
<p><u>00153 RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL</u></p>	<p>Alteración de la imagen corporal Deterioro funcional Cambios en el rol social Rechazos Enfermedad física</p>		<p>1205_n_AUTOESTIMA 120511 Nivel de confianza 1308_n_ADAPTACIÓN A LA DISCAPACIDAD FÍSICA 130803 Se adapta a limitaciones funcionales 1200_n_IMAGEN CORPORAL 120009 Adaptación a cambios en el estado de salud</p>	<p>5270_r_APOYO EMOCIONAL 5400_r_POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA 5220_r_MEJORA DE LA IMAGEN CORPORAL</p>

<p><u>00118 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL</u></p>	<p>Enfermedad Tratamiento de la enfermedad Lesión Cirugía Traumatismo</p>	<p>Falta de una parte del cuerpo Expresa tener percepciones que reflejan una visión alterada de la propia apariencia corporal Expresa temor a la reacción de los otros Rechazo a verificar un cambio real No mirar una parte del cuerpo No tocar una parte del cuerpo</p>	<p>1200_n_IMAGEN CORPORAL 120009 Adaptación a cambios en el estado de salud 1308_n_ADAPTACIÓN A LA DISCAPACIDAD FÍSICA 130803 Se adapta a limitaciones funcionales 1205_n_AUTOESTIMA 120511 Nivel de confianza</p>	<p>5270_r_APOYO EMOCIONAL 5400_r_POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA 5220_r_MEJORA DE LA IMAGEN CORPORAL</p>
--	---	---	---	--

BORRADOR

DOMINIO 7

<p>00061 CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR</p>	<p>Estado de salud del cuidador: Problemas físicos</p> <p>Estado de salud del cuidador: Problemas psicológicos</p> <p>Actividades del cuidador: Responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas</p> <p>Actividades del cuidador: Complejidad de las actividades</p> <p>Recursos: Conocimientos deficientes sobre los recursos comunitarios</p> <p>Estado de salud del receptor de los cuidados¹²</p>	<p>Inquietud por los cuidados que recibirá la persona si el cuidador es incapaz de proporcionárselos</p> <p>Dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas</p> <p>Falta de tiempo para satisfacer las necesidades personales</p> <p>Estado de salud del cuidador: Físico¹³</p> <p>Estado de salud del cuidador: Emocional¹⁴</p>	<p>2202_n_PREPARACIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR DOMICILIARIO</p> <p>220209 Conocimiento de cuidados en el seguimiento</p> <p>220222 Participación en la planificación del alta</p> <p>1501_n_DESEMPEÑO DEL ROL</p> <p>150101 Desempeño de las expectativas del rol</p> <p>2508_n_BIENESTAR DEL CUIDADOR PRINCIPAL</p> <p>250811 La familia comparte las responsabilidades de los cuidados</p> <p>250801 Satisfacción con la salud física</p> <p>250802 Satisfacción con la salud</p>	<p>7040_r_APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL</p> <p>5606_r_ENSEÑANZA: INDIVIDUAL</p> <p>7110_r_FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR</p>
---	--	--	---	--

¹² En la taxonomía NANDA los especifica.

¹³ En la taxonomía NANDA los especifica.

			emocional	
<u>00062 RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR</u>	Alta domiciliaria de algún miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados Deterioro de la salud del cuidador Complejidad de los cuidados Duración de la necesidad de cuidados Falta de actividades recreativas del cuidador Falta de experiencia para cuidar Entorno físico inadecuado para prestar los cuidados (p. ej., acondicionamiento doméstico, trasportes, servicios comunitarios, equipo)		2202_n_PREPARACIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR DOMICILIARIO 220209 Conocimiento de cuidados en el seguimiento 220222 Participación en la planificación del alta 1501_n_DESEMPEÑO DEL ROL 150101 Desempeño de las expectativas del rol 2508_n_BIENESTAR DEL CUIDADOR PRINCIPAL 250811 La familia comparte las responsabilidades de los cuidados 250801 Satisfacción con la salud física 250802 Satisfacción con la salud emocional	7040_r_APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL 5606_r_ENSEÑANZA: INDIVIDUAL 7110_r_FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR

¹⁴ En la taxonomía NANDA los especifica.

<p><u>00060 INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES</u></p>	<p>Cambio de los roles familiares Crisis situacional</p>	<p>Alteración en la disponibilidad para las respuestas afectivas Disminución del apoyo mutuo Disminución en la disponibilidad de apoyo emocional Cambio en las tareas asignadas</p>	<p>2609_n_APOYO FAMILIAR DURANTE EL TRATAMIENTO 260901 Los miembros expresan deseo de apoyar al miembro enfermo 260905 Piden información sobre la enfermedad del paciente 260917 Participa en la planificación del alta 2604_n_NORMALIZACIÓN DE LA FAMILIA 260417 Reconoce el potencial de deterioro para alterar las rutinas de la familia 260405 Adapta las rutinas familiares para satisfacer las necesidades del miembro afectado</p>	<p>7140_r_APOYO A LA FAMILIA 7130_r_MANTENIMIENTO DE PROCESOS FAMILIARES 7100_r_ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR 5230_r_MEJORAR EL AFRONTAMIENTO 7110_r_FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR</p>
--	--	---	---	--

DOMINIO 8

<p>00065 PATRÓN SEXUAL INEFICAZ</p>	<p>Conocimientos deficientes sobre respuestas alternativas a transiciones relacionadas con la salud, alteración de la estructura o función corporal, enfermedad, o tratamiento médico</p>	<p>Expresa cambios en la actividad sexual</p>	<p>1300_n_ACEPTACIÓN: ESTADO DE SALUD 130008 Reconoce la realidad de la situación de salud</p> <p>2000_n_CALIDAD DE VIDA 200007 Satisfacción con las relaciones íntimas</p>	<p>5248_r_ASESORAMIENTO SEXUAL</p>
--	---	---	---	------------------------------------

DOMINIO 9

<p><u>00148 TEMOR</u></p>	<p>Separación del sistema de apoyo en una situación potencialmente estresante (p. ej. Hospitalización, procedimientos hospitalarios)</p>	<p>Expresa sentirse asustado</p>	<p>1210_n_NIVEL DE MIEDO 121031 Temor verbalizado</p>	<p>5820_r_DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD 1850_r_MEJORAR EL SUEÑO 5340_r_PRESENCIA 5606_r_ENSEÑANZA: INDIVIDUAL</p>
<p><u>00146 ANSIEDAD</u></p>	<p>Cambio en el entorno Cambio en el estado de salud Cambio en el estatus del rol</p>	<p>Expresa preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales Nerviosismo Angustia Irritabilidad Trastornos del sueño Temor a consecuencias inespecíficas</p>	<p>1211_n_NIVEL DE ANSIEDAD 121116 Ansiedad verbalizada 121101 Desasosiego 1501_n_DESEMPEÑO DEL ROL 150101 Desempeño de las expectativas del rol</p>	<p>5820_r_DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD 1850_r_MEJORAR EL SUEÑO 5340_r_PRESENCIA 5606_r_ENSEÑANZA: INDIVIDUAL</p>
<p><u>00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ</u></p>	<p>Falta de confianza en la capacidad para afrontar</p>	<p>Falta de conducta dirigida al logro de</p>	<p>1302_n_AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS</p>	<p>5230_r_MEJORAR EL AFRONTAMIENTO 5250_r_APOYO EN LA TOMA DE</p>

	la situación	objetivos Empleo de formas de afrontamiento que impida una conducta adaptativa Expresa incapacidad para el afrontamiento	130214 Verbaliza la necesidad de asistencia 130208 Se adapta a los cambios en desarrollo 130205 Verbaliza aceptación de la situación 0906_n_TOMA DE DECISIONES 090602 Identifica alternativas 090609 Escoge entre varias alternativas	DECISIONES 7110_r_FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR
<u>00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO</u>	Información inadecuada por parte de la persona de referencia Prolongación de la enfermedad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia Comprensión inadecuada de la información por parte de la persona de referencia	La persona de referencia trata de poner en práctica conductas de ayuda con resultados insatisfactorios	2600_n_AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA 260011 Establece las prioridades de la familia 260003 Enfrenta los problemas familiares 260005 Controla los problemas familiares 2204_n_RELACIÓN ENTRE EL CUIDADOR PRINCIPAL Y EL PACIENTE 220401 Comunicación efectiva	7140_r_APOYO A LA FAMILIA 7110_r_FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR 5240_r_ASESORAMIENTO

			220409 Aceptación mutua	
00136 DUELO	<p>Anticipación de la pérdida de un objeto significativo (p. ej. Una posesión, el trabajo, la posición social, la casa, partes y procesos corporales)</p> <p>Anticipación de la pérdida de una persona significativa</p> <p>Muerte de una persona significativa</p> <p>Pérdida de un objeto significativo (p. ej. una posesión, el trabajo, la posición social, la casa, partes y procesos corporales)</p>	<p>Alteraciones en el patrón de los sueños</p> <p>Búsqueda de significado de la pérdida</p> <p>Culpa</p> <p>Ira</p>	<p>1304_n_RESOLUCIÓN DE LA AFLICCIÓN</p> <p>130401 Expresa sentimientos sobre la pérdida</p> <p>130405 Describe el significado de la pérdida</p> <p>130414 Refiere sueño adecuado</p> <p>130421 Expresa expectativas positivas sobre el futuro</p> <p>1204_n_EQUILIBRIO EMOCIONAL</p> <p>120402 Muestra un estado de ánimo sereno</p>	<p>5290_r_FACILITAR EL DUELO</p> <p>5270_r_APOYO EMOCIONAL</p> <p>5340_r_PRESENCIA</p>
00147 ANSIEDAD ANTE LA MUERTE	<p>Anticipación de sufrimiento</p> <p>Anticipación de dolor</p> <p>Anticipación del impacto</p>	<p>Expresa temor al proceso de la agonía</p> <p>Expresa preocupación sobre el impacto de la</p>	<p>2007_n_MUERTE CONFORTABLE</p> <p>200711 Gemidos</p> <p>200713 Agitación</p> <p>200714 Dolor</p>	<p>5260_r_CUIDADOS EN LA AGONÍA</p> <p>5820_r_DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</p> <p>7040_r_APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL</p> <p>5340_r_PRESENCIA</p>

	<p>de la propia muerte sobre los demás</p> <p>Incertidumbre sobre el pronóstico</p> <p>Percepción de proximidad de la muerte</p>	<p>propia muerte sobre las personas significativas</p> <p>Expresa tristeza profunda</p>	<p>200724 Apoyo de la familia</p> <p>200722 Bienestar psicológico</p> <p>200701 Calma</p> <p>1211_n_NIVEL DE ANSIEDAD</p> <p>121117 Ansiedad verbalizada</p> <p>121101 Desasosiego</p>	<p>6482_r_MANEJO AMBIENTAL: CONFORT</p> <p>5270_r_APOYO EMOCIONAL</p>
--	--	---	---	---

BORRAL

DOMINIO 10

<p><u>00083 CONFLICTO DE DECISIONES</u></p>	<p>Falta de información relevante</p> <p>Valores morales que apoyan las distintas opciones mutuamente contradictorias</p> <p>Fuentes de información divergente</p>	<p>Retraso en la toma de decisiones</p> <p>Vacilación entre elecciones alternativas</p> <p>Verbaliza incertidumbre sobre las elecciones</p>	<p>0906_n_TOMA DE DECISIONES</p> <p>090602 Identifica alternativas</p> <p>090609 Escoge entre varias alternativas</p> <p>1302_n_AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS</p> <p>130205 Verbaliza aceptación de la situación</p>	<p>5240_r_ASESORAMIENTO</p> <p>5250_r_APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES</p>
--	--	---	---	--

BORRADOR

DOMINIO 11

<p>00004 RIESGO DE INFECCIÓN</p>	<p>Defensas primarias inadecuadas</p> <p>Defensas primarias inadecuadas: rotura de la piel</p> <p>Defensas primarias inadecuadas: traumatismo tisular</p> <p>Defensas secundarias inadecuadas: Inmunosupresión (p. ej.: inmunidad adquirida inadecuada, medicamentos, incluyendo inmunosupresores, esteroides, anticuerpos monoclonales, inmunomoduladores)</p> <p>Procedimientos invasivos</p>		<p>0703_n_SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN</p> <p>070305 Drenaje purulento</p> <p>070306 Piuria</p> <p>070307 Fiebre</p> <p>070333 Dolor</p> <p>070334 Hipersensibilidad</p> <p>070311 Malestar general</p> <p>1102_n_CURACIÓN DE LA HERIDA: POR PRIMERA INTENCIÓN</p> <p>110213 Aproximación de los bordes de la herida</p> <p>110202 Supuración purulenta</p> <p>110208 Eritema cutáneo circundante</p> <p>110209 Edema perilesional</p>	<p>6540_r_CONTROL DE INFECCIONES</p> <p>3440_r_CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN</p> <p>AA Retirar sutura</p> <p>1876_r_CUIDADOS DEL CATÉTER URINARIO</p> <p>AA Vaciar bolsa colectora</p> <p>1870_r_CUIDADOS DEL DRENAJE</p> <p>2440_r_MANTENIMIENTO DE DISPOSITIVOS DE ACCESO VENOSO¹⁵</p> <p>AA Cambio de sistema de infusión/llaves</p> <p>AA Cambio del conector</p> <p>4054_r_MANEJO DE UN DISPOSITIVO DE ACCESO VENOSO CENTRAL</p> <p>1872_r_CUIDADOS DEL DRENAJE TORÁCICO</p> <p>3661_r_CUIDADOS DE LAS HERIDAS:</p>
---	---	--	---	--

¹⁵ Aunque la NIC descatalogó esta intervención con la publicación de la 6ª edición, cambiándola por la nueva intervención 4054-Manejo de un dispositivo de acceso venoso Central, las actividades de la nueva NIC no se ajustan a la situación de los accesos venosos periféricos, por lo que se mantiene la antigua intervención.

			<p>110210 Aumento de la temperatura cutánea</p> <p>1103_n_CURACIÓN DE LA HERIDA: POR SEGUNDA INTENCIÓN</p> <p>110301 Granulación</p> <p>110321 Disminución del tamaño de la herida</p> <p>110312 Necrosis</p> <p>1106_n_CURACIÓN DE LAS QUEMADURAS</p> <p>110601 Porcentaje de zona del injerto curada</p> <p>110602 Porcentaje de zona de la quemadura curada</p> <p>110603 Granulación tisular</p> <p>110606 Dolor</p> <p>110608 Piel con ampollas</p> <p>110613 Necrosis</p>	<p>QUEMADURAS</p> <p>1410_r_MANEJO DEL DOLOR: AGUDO</p> <p>3660_r_CUIDADOS DE LAS HERIDAS</p>
<u>00247 RIESGO DE DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL</u>	<p>Alteración de la función cognitiva</p> <p>Enfermedad autoinmune</p> <p>Factor mecánico (p. ej.,</p>		<p>1101_n_INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS</p> <p>110104 Hidratación</p> <p>110116 Lesiones de la membrana</p>	<p>1710_r_MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL</p> <p>1730_r_RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD BUCAL</p>

	<p>dentadura mal adaptada, puentes, intubación endotraqueal/nasogástrica, cirugía oral)</p> <p>Inhaladores</p> <p>Inmunodeficiencia</p> <p>Inmunosupresión</p> <p>Quimioterapia</p> <p>Radioterapia</p>		<p>mucosa</p> <p>1100_n_SALUD ORAL</p> <p>110001 Limpieza de la boca</p> <p>110012 Integridad de la mucosa oral</p> <p>110022 Lesiones en la mucosa oral</p>	
<u>00045 DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL</u>	<p>Efectos secundarios del tratamiento (p. ej.: quimioterapia, fármacos, radioterapia).</p> <p>Inmunosupresión</p> <p>Factores mecánicos (p.ej.: dentadura mal adaptada, puentes, intubación, cirugía en la cavidad oral)</p>	<p>Dificultad para hablar</p> <p>Dificultad para deglutir</p> <p>Malestar oral</p> <p>Lesiones orales</p> <p>Estomatitis</p>	<p>1101_n_INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS</p> <p>110104 Hidratación</p> <p>110116 Lesiones de la membrana mucosa</p> <p>1100_n_SALUD ORAL</p> <p>110001 Limpieza de la boca</p> <p>110012 Integridad de la mucosa oral</p> <p>110022 Lesiones en la mucosa oral</p> <p>110021 Dolor</p>	<p>1710_r_MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL</p> <p>1730_r_RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD BUCAL</p> <p>1410_r_MANEJO DEL DOLOR: AGUDO</p>
<u>00155 RIESGO DE CAÍDAS</u>	Historia de caídas		1912_n_CAÍDAS	6490_r_PREVENCIÓN DE CAÍDAS

	<p>Prótesis en las extremidades inferiores</p> <p>Uso de dispositivos de ayuda</p> <p>Disminución del estado mental</p> <p>Medicación</p> <p>Dificultad en la marcha</p> <p>Deterioro de la movilidad física</p> <p>Urgencia urinaria</p> <p>Dificultades auditivas</p> <p>Dificultades visuales</p>		<p>191201 Caídas en bipedestación</p> <p>191202 Caídas caminando</p> <p>191203 Caídas sentado</p> <p>191204 Caídas de la cama</p> <p>191209 Caídas al ir al servicio</p> <p>1828_n_CONOCIMIENTO: PREVENCIÓN DE CAÍDAS</p> <p>182803 Calzado adecuado</p> <p>182807 Uso correcto de la iluminación ambiental</p> <p>182808 Cuándo pedir ayuda personal</p> <p>182812 Medicaciones prescritas que aumentan el riesgo de caídas</p> <p>182817 Cómo deambular de manera segura</p>	<p>6486_r_MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD</p>
<p><u>00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA</u></p>	<p>Humedad</p> <p>Factores mecánicos (p.ej.: Fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones)</p> <p>Inmovilización física</p>		<p>1101_n_INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS</p> <p>110113 Integridad de la piel</p> <p>110121 Eritema</p> <p>1004_n_ESTADO NUTRICIONAL</p>	<p>3590_r_VIGILANCIA DE LA PIEL</p> <p>3540_r_PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN</p> <p>AA Reevaluación escala de Braden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Menos de 16: DIARIAMENTE

	<p>Cambios en la turgencia de la piel</p> <p>Estado de desequilibrio nutricional (p. ej.: obesidad, emaciación)</p> <p>Deterioro de la circulación</p> <p>Deterioro de la sensibilidad</p> <p>Hidratación</p> <p>Radiación</p>		<p>100402 Ingestión de alimentos</p> <p>100408 Ingesta de líquidos</p> <p>100405 Relación peso/talla</p>	<ul style="list-style-type: none"> Entre 16-18: CADA 4 DÍAS Mayor de 18: SEMANALMENTE <p>AA Pañal</p> <p>0840_r_CAMBIO DE POSICIÓN</p> <p>AA: Posición de Fowler</p> <p>AA: Elevar pies de cama</p> <p>AA Elevar la parte corporal afecta</p> <p>0610_r_CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA</p> <p>AA Proporcionar prendas protectoras: Compresa</p> <p>AA Proporcionar prendas protectoras: Pañal nocturno</p> <p>AA Retirar prendas protectoras: Pañal nocturno</p> <p>1100_r_MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p> <p>1160_r_MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL</p> <p>4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS</p> <p>4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS</p>
<p>00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA</p>	<p>Radiación</p> <p>Cambios en la turgencia</p>	<p>Alteración de la superficie de la piel</p>	<p>1101_n_INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS</p>	<p>3590_r_VIGILANCIA DE LA PIEL</p> <p>3540_r_PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR</p>

	<p>Estado de desequilibrio nutricional (p. ej.: obesidad, emaciación)</p> <p>Deterioro de la circulación</p> <p>Deterioro de la sensibilidad</p> <p>Humedad</p> <p>Factores mecánicos (p.ej.: Fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones)</p> <p>Inmovilización física</p> <p>Hidratación</p>	<p>Dstrucción de las capas de la piel</p>	<p>110111 Perfusión tisular</p> <p>110113 Integridad de la piel</p> <p>1103_n_CURACIÓN DE LA HERIDA: POR SEGUNDA INTENCIÓN</p> <p>110301 Granulación</p> <p>110321 Disminución del tamaño de la herida</p> <p>110312 Necrosis</p> <p>1004_n_ESTADO NUTRICIONAL</p> <p>100402 Ingestión de alimentos</p> <p>100408 Ingesta de líquidos</p> <p>100405 Relación peso/talla</p>	<p>PRESIÓN</p> <p>AA Reevaluación escala de Braden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Menos de 16: DIARIAMENTE Entre 16-18: CADA 4 DÍAS Mayor de 18: SEMANALMENTE <p>AA Pañal</p> <p>0840_r_CAMBIO DE POSICIÓN</p> <p>AA: Posición de Fowler</p> <p>AA Elevar pies de cama</p> <p>AA: Elevar la parte corporal afecta</p> <p>3520_r_CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</p> <p>3660_r_CUIDADOS DE LAS HERIDAS</p> <p>3661_r_CUIDADOS DE LAS HERIDAS: QUEMADURAS</p> <p>0610_r_CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA</p> <p>AA Proporcionar prendas protectoras: Compresa</p> <p>AA Proporcionar prendas protectoras: Pañal nocturno</p> <p>AA Retirar prendas protectoras: Pañal</p>
--	--	---	---	--

				<p>nocturno</p> <p>1100_r_MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p> <p>1160_r_MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL</p> <p>4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS</p> <p>4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS</p>
<p><u>00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR</u></p>	<p>Alteración de la circulación</p> <p>Deterioro de la movilidad física</p> <p>Radiación</p> <p>Factores nutricionales (p.ej.: déficit o exceso)</p> <p>Factores mecánicos (p.ej.: presión, cizallamiento, fricción)</p>	<p>Lesión tisular (p.ej.: córnea, tejido tegumentario o subcutáneo)</p> <p>Destrucción tisular</p>	<p>1103_n_CURACIÓN DE LA HERIDA: POR SEGUNDA INTENCIÓN</p> <p>110301 Granulación</p> <p>110321 Disminución del tamaño de la herida</p> <p>110312 Necrosis</p> <p>1004_n_ESTADO NUTRICIONAL</p> <p>100402 Ingestión de alimentos</p> <p>100408 Ingesta de líquidos</p> <p>100405 Relación peso/talla</p>	<p>3590_r_VIGILANCIA DE LA PIEL</p> <p>3540_r_PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN</p> <p>AA Reevaluación escala de Braden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Menos de 16: DIARIAMENTE Entre 16-18: CADA 4 DÍAS Mayor de 18: SEMANALMENTE <p>AA Pañal</p> <p>3660_r_CUIDADOS DE LAS HERIDAS</p> <p>3520_r_CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</p> <p>0840_r_CAMBIO DE POSICIÓN</p> <p>AA Posición de Fowler</p> <p>AA Elevar pies de cama</p> <p>AA Elevar la parte corporal afecta</p>

				<p>3661_r_CUIDADOS DE LAS HERIDAS: QUEMADURAS</p> <p>1100_r_MANEJO DE LA NUTRICIÓN</p> <p>1160_r_MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL</p> <p>4130_r_MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS</p> <p>4120_r_MANEJO DE LÍQUIDOS</p> <p>0610_r_CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA</p> <p>AA Proporcionar prendas protectoras: Compresa</p> <p>AA Proporcionar prendas protectoras: Pañal nocturno</p> <p>AA Retirar prendas protectoras: Pañal nocturno</p>
00039 RIESGO DE ASPIRACIÓN	<p>Depresión del reflejo tusígeno</p> <p>Depresión del reflejo nauseoso</p> <p>Deterioro de la deglución</p> <p>Traqueotomía</p> <p>Disminución del nivel de conciencia</p>		<p>1935_n_CONTROL DEL RIESGO: ASPIRACIÓN</p> <p>193502 Identifica factores de riesgo de aspiración</p> <p>193509 Se sitúa en posición vertical para comer y beber</p> <p>1010_n_ESTADO DE DEGLUCIÓN</p> <p>101004 Capacidad de masticación</p>	<p>3200_r_PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN</p> <p>AA Espesantes</p> <p>1860_r_TERAPIA DE DEGLUCIÓN</p>

	Alimentación por sonda Sondajes gastrointestinales		101012 Atragantamiento, tos o náuseas	
<u>00031 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS</u>	Mucosidad excesiva Exudado alveolar Vía aérea artificial Disfunción neuromuscular Dolor	Excesiva cantidad de esputo Tos inefectiva Cianosis Disnea Ausencia de la tos Cambios en el ritmo respiratorio	0410_n_ESTADO RESPIRATORIO: PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS 041020 Acumulación de esputos 041012 Capacidad de eliminar secreciones 2102_n_NIVEL DEL DOLOR 210201 Dolor referido 210224 Muecas de dolor	3350_r_MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA 3140_r_MANEJO DE LA VÍA AÉREA 3160_r_ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS 3180_r_MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS ARTIFICIALES AA Cambio de cánula 1410_r_MANEJO DEL DOLOR: AGUDO
<u>00086 RIESGO DE DISFUNCIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA</u>	Compresión mecánica (p ej.: torniquete, muleta, escayola, abrazadera, apósito, sujeción) Inmovilización		0407_n_PERFUSIÓN TISULAR: PERIFÉRICA 040742 Hormigueo 040743 Palidez 040747 Rubor 040710 Temperatura de extremidades caliente 040712 Edema periférico 040713 Dolor localizado en extremidades	3590_r_VIGILANCIA DE LA PIEL 4070_r_PRECAUCIONES CIRCULATORIAS

<p><u>00138 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS</u></p>	<p>Historia de amenazas de violencia</p> <p>Historia de conducta antisocial violenta</p> <p>Historia de violencia indirecta</p> <p>Historia de violencia contra otros</p>		<p>1401_n_AUTOCONTROL DE LA AGRESIÓN</p> <p>140104 Se abstiene de dañar a los demás</p> <p>140115 Identifica alternativas a la agresión</p> <p>140119 Mantiene el autocontrol sin supervisión</p>	<p>6487_r_MANEJO AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA</p> <p>6580_r_SUJECCIÓN FÍSICA</p>
<p><u>00140 RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA</u></p>	<p>Antecedentes familiares (p.ej.: caóticos o conflictivos, historia de suicidio)</p> <p>Historia de múltiples intentos de suicidio</p> <p>Problemas de salud mental (p.ej.: depresión grave, psicosis, trastorno grave de la personalidad, alcoholismo o abuso de drogas)</p> <p>Claves verbales (p. ej.: hablar sobre la muerte, "estarían mejor sin mí",</p>		<p>1405_n_AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS</p> <p>140501 Identifica conductas compulsivas perjudiciales</p> <p>140512 Mantiene el autocontrol sin supervisión</p>	<p>6487_r_MANEJO AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA</p> <p>6580_r_SUJECCIÓN FÍSICA</p>

	formular preguntas sobre dosis letales de fármacos)			
<u>00150 RIESGO DE SUICIDIO</u>	Historia de intentos previos de suicidio Historia familiar de suicidio		1408_n_AUTOCONTROL DEL IMPULSO SUICIDA 140803 Busca ayuda cuando nota sentimientos autodestructivos 140805 Verbaliza control de impulsos 140818 Busca tratamiento contra el abuso de sustancias	6487_r_MANEJO AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA 6580_r_SUJECCIÓN FÍSICA
<u>00007 HIPERTERMIA</u>	Enfermedad	Aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal Calor al tacto	0800_n_TERMORREGULACIÓN 080019 Hipertermia 080014 Deshidratación	3740_r_TRATAMIENTO DE LA FIEBRE
<u>00006 HIPOTERMIA</u>	Enfermedad Medicamentos Traumatismo	Temperatura corporal por debajo de rango normal	0800_n_TERMORREGULACIÓN 080020 Hipotermia	3800_r_TRATAMIENTO DE LA HIPOTERMIA

DOMINIO 12

<p><u>00214 DISCONFORT</u></p>	<p>Síntomas relacionados con la enfermedad</p> <p>Recursos insuficientes</p> <p>Efectos secundarios del tratamiento (por ej.: Medicación, radiación)</p> <p>Falta de control de la situación</p>	<p>Expresa sentirse incómodo</p> <p>Suspiros</p> <p>Irritabilidad</p> <p>Expresa falta de tranquilidad en la situación</p> <p>Deterioro del patrón del sueño</p> <p>Inquietud</p>	<p>2008_n_ESTADO DE COMODIDAD</p> <p>200802 Control de síntomas</p> <p>200806 Apoyo social de la familia</p> <p>200801 Bienestar físico</p> <p>200803 Bienestar psicológico</p>	<p>6482_r_MANEJO AMBIENTAL: CONFORT</p> <p>5270_r_APOYO EMOCIONAL</p> <p>5820_r_DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</p> <p>1850_r_MEJORAR EL SUEÑO</p> <p>5440_r_AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO</p>
<p><u>00132 DOLOR AGUDO</u></p>	<p>Agentes lesivos</p>	<p>Conducta expresiva</p> <p>Máscara facial</p> <p>Observación de evidencias de dolor</p> <p>Postura para evitar el dolor</p> <p>Expresa dolor</p>	<p>2102_n_NIVEL DEL DOLOR</p> <p>210201 Dolor referido</p> <p>210204 Duración de los episodios de dolor</p> <p>210206 Expresiones faciales de dolor</p>	<p>1410_r_MANEJO DEL DOLOR: AGUDO</p> <p>6482_r_MANEJO AMBIENTAL: CONFORT</p>

BIBLIOGRAFÍA

1. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª. España: Elsevier; 668 p.
3. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª. España: Elsevier; 2019. 506 p.
4. Heridas. Enfermería quirúrgica. Apuntes de enfermería - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. [citado 7 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/409/1/Heridas-Enfermeria-quirurgica-Apuntes-de-enfermeria.html>
5. Conferencia Nacional de Consenso sobre Úlceras de la Extremidad Inferior, Marinelló i Roura J, Verdú Soriano J. Conferencia Nacional de Consenso sobre las Úlceras de la Extremidad Inferior (C.O.N.U.E.I.): documento de consenso 2018. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2018.
6. National Pressure Ulcer Advisory Panel (U.S.), Haesler E, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers. 2014.
7. Thomas DR, Rodeheaver GT, Bartolucci AA, Franz RA, Sussman C, Ferrell BA, et al. Pressure ulcer scale for healing: derivation and validation of the PUSH tool. The PUSH Task Force. Adv Wound Care. septiembre de 1997;10(5):96-101.
8. Caídas [Internet]. [citado 7 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
9. Braden BJ, Bergstrom N. Clinical utility of the Braden scale for Predicting Pressure Sore Risk. Decubitus. agosto de 1989;2(3):44-6, 50-1.
10. Mahoney FI, Barthel DW. FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. Md State Med J. febrero de 1965;14:61-5.
11. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol. (28):32-40.
12. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. Cuarta. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España; 953 p.
13. Guirao Goris J. La AENTDE inicia el proceso de validación de la taxonomía de la NANDA. El correo de AENTDE. diciembre de 2001;IV(2):1.

APÉNDICE III

Autores

AUTORES

Rosario Fernández Flórez

Roberto Rodríguez Rego

Ruth Álvarez Oviedo

Antonio Bazán Herrero

María Osendi Cadenas

Estrella Bosque Morán

María Luz Lago González

Yoana Martínez López

María Antonia Jiménez Martos

Margarita Vázquez Rodríguez

Juan Carlos Jonte Lastra

Susana Pereira Yagüe

Virginia González Prieto

Verónica Cuervo Álvarez

María José Gutiérrez Fernández

María Ángeles Laviana Fernández

AUTORES 1ª edición

Rosario Fernández Flórez

Roberto Rodríguez Rego

Ruth Álvarez Oviedo

Loreto Álvarez-Cuervo Suárez

Jose Manuel Ablanedo Suárez

Julio Cesar Álvarez Rodríguez

Elena Ardura Montes

Margarita Balbín Felechosa

Antonio Bazán Herrero

Verónica Cuervo Álvarez

Laura de la Riva Cortina

Ángeles Fernández Laviana

Javier Fernández Rodríguez

Aurora Fernández Suarez

Ana Gema García Álvarez

Begoña García León

M Antonia Jiménez Marcos

M. Luz Lago González

Ángela López Árias

Carmen López González

Ana Manterola Conlledo

Eugenia Martínez de Vega Llorente

Isabel Rancaño Rodríguez

Miriam Redondo Álvarez

Ana Riesgo Laviada

Mar Turatti Ruiz

Margarita Vázquez Rodríguez

Victoria Vidal Molina

Mar Villamil Díaz