

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)



Quinta Edición

Editores

Gloria M. Bulechek

Howard K. Butcher

Joanne McCloskey Dochterman

Reúne toda la información necesaria sobre intervenciones de enfermería, desde la práctica general hasta las especialidades.

Este sistema de clasificación basado en la investigación presenta todo el abanico de intervenciones de enfermería y estandariza y define la base de conocimientos para el currículo y la práctica de enfermería. La *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*, 5.^a edición transmite la naturaleza de la enfermería y facilita la selección y la documentación adecuadas de las intervenciones de enfermería por parte de las enfermeras.

En esta 5.^a edición actualizada y revisada se incluyen:

- **Más de 500 etiquetas de intervenciones de enfermería basadas en la investigación**, con actividades específicas. Cada una incluye una definición y una bibliografía de base recomendada para seguir investigando. Se recoge todo el abanico de intervenciones de enfermería: psicológica y psicosocial; tratamiento y prevención de la enfermedad; promoción de la salud; el individuo, el grupo, la familia y la comunidad; cuidados directos e indirectos, e intervenciones individuales y en equipo.
- **¡NUEVO!** Mayor cobertura de las intervenciones, con **34 nuevas intervenciones** que tratan temas tan importantes como el manejo del desfibrilador, la recogida de datos forenses, la conciliación de la medicación, el manejo de la terapia trombolítica y el de los cuidados de las heridas por quemaduras.
- **¡NUEVO!** **Revisión de 83 intervenciones** para ofrecer la información más actualizada sobre una amplia variedad de ellas, como el manejo de la quimioterapia y la radioterapia, la hipnosis, la terapia de ejercicios y la prevención del shock.
- **¡NUEVO!** **Actualización y ampliación de las listas de intervenciones centrales** para 45 especialidades de enfermería.
- **¡NUEVO!** **Actualización y ampliación de la lista del tiempo estimado y el nivel de formación** necesarios para realizar las intervenciones NIC.
- **¡NUEVO!** **Información sobre la publicación de cada intervención**, en la que se especifica la cronología del desarrollo y de la revisión de cada una de ellas.

Índice



PRIMERA PARTE	<i>Elaboración y uso de la Clasificación, 1</i>
Capítulo 1	Introducción a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 3
Capítulo 2	Desarrollo, verificación e implementación de la NIC: 1987-2007, 19
Capítulo 3	Utilización de la NIC, 45
SEGUNDA PARTE	<i>Taxonomía de las intervenciones de enfermería, 73</i>
TERCERA PARTE	<i>Clasificación, 91</i>
CUARTA PARTE	<i>Intervenciones centrales según especialidades de enfermería, 795</i>
QUINTA PARTE	<i>Tiempo estimado y nivel de formación necesarios para realizar intervenciones de la NIC, 829</i>
SEXTA PARTE	<i>Apéndices, 863</i>
A	Intervenciones: nuevas, revisadas y suprimidas desde la cuarta edición, 865
B	Guías para la presentación de una intervención nueva o revisada, 868
C	Momentos destacados: Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), 873
D	Llamamiento a revisores expertos: Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, 878
E	Publicaciones seleccionadas, 881
F	Abreviaturas, 893
	<i>índice alfabético, 896</i>

PRIMERA PARTE



Elaboración y uso de la Clasificación



CAPITULO UNO

Introducción a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

DESCRIPCIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución y el diseño de programas. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos. Una *intervención* se define como *cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente*. Aunque el profesional individual sólo será competente en un número limitado de intervenciones que reflejen su especialidad, la Clasificación en su totalidad abarca las competencias de todo el personal de enfermería. La NIC puede utilizarse en todas las situaciones (unidades de cuidados intensivos, cuidados domiciliarios, cuidados en hospitales y atención primaria) y en todas las especialidades (desde el cuidado crítico hasta el cuidado ambulatorio y a largo plazo). La Clasificación en su totalidad describe las competencias de enfermería; sin embargo, algunas de las intervenciones de la Clasificación también las realizan otros profesionales. Todos los profesionales de la salud son bienvenidos en el uso de la NIC para describir sus tratamientos.

Las intervenciones NIC incluyen tanto la esfera fisiológica (p. ej., Manejo ácido-base) como la psicosocial (p. ej., Disminución de la ansiedad). Las intervenciones se han incluido para el tratamiento de enfermedades (p. ej., Manejo de la hiperglucemia), la prevención de enfermedades (p. ej., Prevención de caídas) y para el fomento de la salud (p. ej., Fomento del ejercicio). La mayoría de las intervenciones son para su utilización en individuos, pero muchas de ellas son para su uso en familias (p. ej., Estimulación de la integridad familiar) y algunas para ser empleadas en comunidades enteras (p. ej., Manejo ambiental: comunidad). También se incluyen intervenciones de enfermería indirectas (p. ej., Manejo de los suministros). Cada intervención que aparece en la Clasificación está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo la intervención y lecturas de referencia.

En esta edición hay 542 intervenciones y más de 12.000 actividades. Las partes normalizadas de la intervención son su denominación y la definición: cuando se utilizan **no deberían** cambiarse. Esto permite la comunicación entre diferentes situaciones y la comparación de resultados. Sin embargo, los cuidados pueden individualizarse a través de las actividades. A partir de una lista de aproximadamente entre 10 y 30 actividades, el profesional elige las actividades apropiadas para un individuo o familia concreta y, si lo desea, después puede añadir nuevas actividades. Todas las modificaciones o ampliaciones en las actividades deben ser congruentes con la definición de la intervención. Para cada intervención, las actividades están listadas en orden lógico, empezando por lo primero que debería realizar el profesional de enfermería y finalizando por lo que debería hacer en último lugar. En muchas actividades el orden que ocupen no es importante, en cambio en otras se debe tener en cuenta la secuencia temporal. Las listas de actividades son bastante largas dado que la Clasificación ha de satisfacer las necesidades de múltiples usuarios; los estudiantes y los principiantes necesitan directrices más concretas que los profesionales de enfermería experimentados. Las actividades no están estandarizadas dado que, por una parte, sería prácticamente imposible, ya que hay más de 12.000 y, por otra, frustraría el propósito de utilizarlas para los cuidados individualizados. La breve bibliografía que hay al final de

cada intervención es la que se considera más útil para el desarrollo de la intervención o para apoyar alguna de sus actividades. Si no se conoce una determinada intervención, la bibliografía es un punto de partida para iniciar la lectura, pero de ningún modo es una lista de referencias completa ni incluye toda la investigación sobre la intervención. Para esta edición, igual que en las anteriores, en algunas intervenciones hemos actualizado la bibliografía.

Aunque las listas de actividades son muy útiles para la enseñanza de una intervención y para su implantación, no son la esencia de la Clasificación. Las etiquetas y las definiciones de las intervenciones son la clave de la Clasificación; los nombres proporcionan una etiqueta resumen para actividades concretas y nos permiten identificar y comunicar nuestro trabajo. Antes de la NIC sólo teníamos largas listas de actividades; con la NIC podemos comunicar con facilidad nuestras intervenciones con la etiqueta, que se define con una definición formal y una lista de actividades.

Las intervenciones están agrupadas en 30 clases y 7 campos para facilitar su uso. Los 7 campos son: Fisiológico: básico, Fisiológico: complejo, Conductual, Seguridad, Familia, Sistema sanitario y Comunidad (véase la Clasificación, a partir de la pág. 74). Algunas intervenciones se encuentran en más de una clase, pero cada una de ellas tiene un número único (código) que identifica la clase principal y que no se utiliza para ninguna otra intervención. La taxonomía de la NIC se codificó por varias razones: (1) para facilitar su uso informático, (2) para facilitar una manipulación sencilla de los datos, (3) para aumentar la articulación con otros sistemas codificados y (4) para permitir su uso en las retribuciones. Los códigos para los 7 campos son 1-7; los códigos para las 30 clases son A-Z, más a, b, c y d. Cada intervención tiene un número único compuesto de cuatro espacios. Si se prefiere, las actividades pueden codificarse secuencialmente después del decimal utilizando dos dígitos (los números no están incluidos en el texto para no distraer al lector). Un ejemplo de un código completo es 4U-6140.02 (campo Seguridad, clase Control en casos de crisis, intervención Manejo del código de urgencias, segunda actividad: «Asegurar la permeabilidad de vías aéreas, la administración de respiración artificial y la realización de compresiones cardíacas»).

Las intervenciones de la NIC se han relacionado con los diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), los resultados de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)¹², los problemas del Omaha System¹³, los protocolos de valoración de residentes (RAP) utilizados en residencias de enfermería⁴, y el Outcome and Assessment Information Set (OASIS)⁵ actualmente obligatorio en la recogida para pacientes con cobertura de Medicare o Medicaid y que están recibiendo asistencia domiciliar técnica. Las relaciones con el Omaha, los RAP y el OASIS están disponibles en el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness en el University of Iowa College of Nursing. La NIC está relacionada con los diagnósticos de la NANDA y los resultados de la NOC en un libro publicado por Mosby el año 2003¹².

El lenguaje utilizado en la Clasificación es claro, está redactado de manera lógica y refleja el lenguaje utilizado en la práctica. Los ensayos enviados a los médicos, así como 15 años de uso de la Clasificación, han demostrado que todas las intervenciones se utilizan en la práctica. Aunque la lista global de 542 intervenciones a primera vista pueda parecer abrumadora al profesional de enfermería, hemos observado que el personal pronto descubre las intervenciones utilizadas más a menudo en su especialidad o en su población de pacientes. Otras maneras para localizar las intervenciones deseadas son la taxonomía, las relaciones con los diagnósticos y las intervenciones centrales para especialidades de enfermería también incluidas en esta edición.

La Clasificación se actualiza continuamente y tiene un proceso continuo de respuesta y de revisión. Al final de este libro están las instrucciones para que los usuarios propongan sugerencias para la modificación de intervenciones existentes o nuevas intervenciones (véase el Apéndice B). Muchos de los cambios de esta edición se han producido como resultado del tiempo que los investigadores y los médicos se han tomado para enviar sugerencias para modificaciones basadas en su investigación y uso. Estas propuestas se someten a un proceso de revisión de dos niveles: primero por parte de personas escogidas y después por todo el equipo de investigación. Las intervenciones que precisan más trabajo se envían al autor para su revisión. Todas las personas cuyos cambios propuestos están incluidos en la siguiente edición se mencionan en el apartado de agradecimientos del libro. Las nuevas ediciones de la Clasificación están programadas cada 4 años, aproximadamente. En el Center for Nursing Classifica-

tion and Clinical Effectiveness en la University of Iowa disponen de los trabajos realizados entre ediciones y de otras publicaciones importantes que aumentan el uso de la Clasificación.

La investigación para desarrollar la NIC empezó en 1987 y ha pasado por cuatro fases, que se han solapado en el tiempo:

Fase I: Elaboración de la clasificación (1987-1992).

Fase II: Elaboración de la taxonomía (1990-1995).

Fase III: Prueba y perfeccionamiento clínicos (1993-1997).

Fase IV: Uso y mantenimiento (a partir de 1996).

En el siguiente capítulo se describe el trabajo realizado en cada una de estas fases. La investigación empezó con 7 años de subvención de los National Institutes of Health, National Institute of Nursing Research. El trabajo continuado es apoyado por el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness en el College of Nursing en la University of Iowa, financiado parcialmente por el College of Nursing y la University y parcialmente por los ingresos de las licencias y productos relacionados. La NIC fue desarrollada por un gran equipo de investigación cuyos miembros representaban múltiples áreas de conocimiento clínico y metodológico. El año 2002, los miembros de este equipo, así como otros que contribuyeron al desarrollo continuo de la NIC, fueron nombrados «colaboradores» del Center por períodos de 3 años. Para más información sobre el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, que guarda la NIC y la NOC, visitar la página web: <http://www.nursing.uiowa.edu/cnc>.

Para el desarrollo de la NIC se han utilizado múltiples métodos de investigación. En la fase I se ha utilizado una propuesta inductiva para elaborar la Clasificación según la práctica existente. Las fuentes originales fueron libros de texto actuales, guías de planificación de cuidados y sistemas de información de enfermería. Para aumentar el conocimiento de la práctica clínica de los miembros del equipo se utilizaron análisis de contenidos, revisión de grupos comunes o uniformes, y cuestionarios a expertos en áreas de especialidades de la práctica. La fase II se caracterizó por métodos deductivos. Los métodos para elaborar la taxonomía incluyeron análisis de similitudes, agrupaciones jerárquicas y escalas multidimensionales. Durante todo el proceso de examen del campo clínico, se desarrollaron y se probaron los pasos para la implantación y se identificaron las necesidades de las relaciones entre la NANDA-I, la NIC y la NOC. Durante este tiempo, más de 1.000 profesionales de enfermería han rellenado cuestionarios, y aproximadamente 50 asociaciones de profesionales han proporcionado su opinión sobre la Clasificación. El siguiente capítulo proporciona más información acerca de la investigación para elaborar y validar la NIC; en capítulos de las primeras ediciones de la NIC se proporcionan más detalles, así como en numerosos artículos. Un buen documento sobre el trabajo inicial es un vídeo realizado por la National League of Nursing, actualmente disponible para su alquiler en el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness en la University of Iowa. En la página web del Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness se ofrece información actual.

Existen varias herramientas para ayudar a implantar la Clasificación. En este libro se incluyen la estructura taxonómica para ayudar al usuario a encontrar la intervención de elección, las listas de intervenciones centrales por áreas de especialidad, y el tiempo y el nivel de formación necesarios estimados para realizar cada intervención. Además, en el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness hay una monografía de educación para demostrar una implantación del programa y el uso de la NIC y de la NOC en el currículo de un estudiante¹⁰, así como las monografías de las relaciones descritas anteriormente. El Center conserva una LISTSERV y una hoja informativa (*The NIC/NOC Letter*), que difunde información actual. En la University of Iowa también hay un curso web sobre los principios básicos del lenguaje estandarizado, la NANDA-I, la NIC y la NOC. Todos estos recursos se explican detalladamente en la página web <http://www.nursing.uiowa.edu/cnc>.

Una indicación de utilidad es el reconocimiento nacional. La NIC está reconocida por la American Nurses Association (ANA) y está incluida como un conjunto de datos que aportan unas normas uniformes para el ANA's Nursing Information and Data Set Evaluation Center (NIDSEC). La NIC también está incluida en el *Metathesaurus for a Unified Medical Language* de la National Library of Medicine. El

Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) ha añadido la NIC en sus índices de enfermería. La NIC está incluida en The Joint Commission's (TJC) (antes llamada Joint Commission on Accreditation for Health Care Organizations [JCAHO]) como un sistema de clasificación de enfermería que puede utilizarse para satisfacer los estándares sobre datos uniformes. La Alternative Link Inc.¹ ha incluido la NIC en sus códigos ABC para la retribución a profesionales alternativos. La NIC está registrada en Health Level 7 (HL7), la organización de estándares estadounidenses para la asistencia sanitaria. La NIC también está incluida en la Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMED). El interés de la NIC se ha demostrado en otros países; se ha realizado, o se está llevando a cabo, la traducción al alemán, coreano, chino, español, francés, holandés, islandés, japonés y portugués (véase el Apéndice E, Publicaciones Seleccionadas, para las traducciones de las ediciones anteriores).

Sin embargo, el mejor indicador de su utilidad es la creciente lista de profesionales y de centros de salud que utilizan la NIC. Muchos centros han adoptado la NIC para aplicarla en estándares, planes de cuidados, evaluación de competencia y sistemas de información de enfermería; los programas de enseñanza de enfermería utilizan la NIC para estructurar el currículum e identificar competencias de los profesionales de enfermería licenciados; los proveedores de sistemas de información están incorporando la NIC en su *software*; autores de libros importantes utilizan la NIC para comentar los tratamientos de enfermería, y algunos investigadores están utilizando la NIC para estudiar la efectividad de los cuidados de enfermería. El permiso para utilizar la NIC en publicaciones, sistemas de información y cursos web debe solicitarse a Elsevier. Parte del dinero para adquirir un permiso es devuelto al Center para ayudar al desarrollo continuo de la Clasificación.

PROYECTOS RELACIONADOS: CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA, CLASIFICACIÓN DE LA AMPLIACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, NNN ALLIANCE Y CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE ENFERMERÍA

La investigación de la NIC ha «prolongado» algunos otros proyectos, entre los que destacan la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la Clasificación de la Ampliación de Diagnósticos de Enfermería (CADE). Otro proyecto, el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería (CMBDE), aunque no es una prolongación directa de la NIC, estuvo relacionado y muy apoyado por algunos de los investigadores de la NIC que habían ayudado a identificar la necesidad. La NNN Alliance es un esfuerzo para aumentar la colaboración entre la NANDA-I, la NIC y la NOC. A continuación se explican brevemente estos proyectos relacionados, dado que a menudo nos hacemos preguntas sobre ellos y son importantes para la utilización de la NIC.

NOC: Clasificación de Resultados de Enfermería

Pronto se comprendió que, además de la de los diagnósticos y de las intervenciones, también era necesaria una tercera clasificación, los resultados de los pacientes, para completar los requisitos de la documentación clínica de enfermería. Uno de los miembros del equipo de la NIC, Meridean Maas, recurrió a una compañera, Marión Johnson, que desde hacía tiempo había expresado su interés por los resultados, y juntas decidieron formar otro equipo de investigación para desarrollar una clasificación de resultados de pacientes. Intentaron reclutar personas distintas para no debilitar al equipo de la NIC, aunque algunos de los miembros del equipo de la NOC también eran miembros del equipo de la NIC; esto ha sido una condición importante para la continuidad y el entendimiento entre los dos grupos. Los primeros años de la NOC McCloskey y Bulechek actuaron como consultoras del nuevo equipo. Los investigadores del equipo de la NOC fueron capaces de utilizar, o modificar y utilizar, muchas de las propuestas y de los métodos de investigación desarrollados por el equipo de la NIC. El equipo de la NOC se creó en 1991, y la primera edición de la NOC fue publicada en 1997. El nombre de la clasificación y el acrónimo fue escogido deliberadamente para que hubiera una asociación con la NIC.

La *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*, fue publicada por primera vez por Mosby en 1997, con ediciones actualizadas en los años 2000, 2004 y 2008¹⁵. Las nuevas ediciones de la NIC y la

NOC están en un ciclo de publicación simultáneo. Los resultados de los pacientes sirven de criterios frente a los que valorar el éxito de una intervención de enfermería. Cada resultado tiene una definición, una lista de indicadores que pueden utilizarse para evaluar el estado del paciente en relación con el resultado, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente, y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado (véase el capítulo 3 para un ejemplo de un resultado de la NOC.) Algunos ejemplos de escalas utilizadas en los resultados son: 1, riesgo muy alto, a 5, sin riesgo; y 1, no demostrado, a 5, totalmente demostrado. Los resultados están desarrollados para utilizarse durante todo el proceso de cuidados y, por lo tanto, pueden utilizarse para seguir los resultados del paciente durante una enfermedad o durante un período más amplio de cuidados. La NOC, igual que la NIC, se encuentra en el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness en el University of Iowa College Nursing. Aunque la NOC sólo existe desde 1997, hay numerosas traducciones a otras lenguas y múltiples adopciones, tanto en la práctica como en la educación.

CADE: Clasificación de la Ampliación de Diagnósticos de Enfermería

Mientras trabajaban en el avance de la NIC y de la NOC, algunos de los miembros de la NIC que habían participado activamente en la asociación NANDA-I durante años empezaron a discutir la necesidad de revisar y ampliar la clasificación de la NANDA-I. Con frecuencia la actitud inicial hacia la NIC está influenciada por la actitud hacia la NANDA-I: una actitud positiva hacia la NANDA-I predispone a adoptar la NIC, mientras que una actitud negativa o indeterminada hacia la NANDA-I produce indiferencia para prestar atención a la NIC. Aunque la NIC (y la NOC) puede utilizarse sin la NANDA-I, en cualquier encuentro con un paciente es deseable conocer los diagnósticos, las intervenciones y los resultados.

El uso de un lenguaje normalizado en enfermería empezó con el desarrollo de la clasificación de la NANDA-I durante la década de 1970. El uso de los diagnósticos de la NANDA-I, tanto en la práctica como en la enseñanza, se extendió rápidamente durante la década de 1980. La NANDA-I se ha traducido a muchas lenguas y es utilizada en más de 20 países de todo el mundo. Sin embargo, en Estados Unidos y en algunos lugares de Europa empieza a mostrarse cierto desencanto hacia el lenguaje, la estructura taxonómica y el lento proceso de cambio. Durante la década de 1980, a medida que los recursos y el número de miembros de la organización disminuían, se perdía el interés hacia la NANDA-I. Otro miembro del equipo de investigación de la NIC, Martha Craft-Rosenberg, decidió actuar para ayudar a mejorar la clasificación de la NANDA-I. En noviembre de 1993, ella y otra compañera de la University of Iowa, Connie Delaney, formaron el equipo de investigación de la Clasificación de la Ampliación de Diagnósticos de Enfermería (CADE). Aproximadamente un año después, realizaron un contrato escrito con el comité de gobierno de la NANDA-I para perfeccionar los diagnósticos existentes y desarrollar nuevos diagnósticos. En la convención de la NANDA-I de 1998, este equipo, actualmente conducido por Craft-Rosenberg, Delaney y Janice Denehy, propuso un gran número de diagnósticos mejorados y algunos diagnósticos nuevos para su discusión. La edición 1999-2000 de la clasificación de la NANDA-I¹⁶ incluye una parte de estas actualizaciones y las maneras de proceder que a partir de la conferencia de 1998¹⁶ describen íntegramente el trabajo de la CADE. El año 2002 Martha Craft-Rosenberg se convirtió en presidenta electa y luego fue la presidenta de la organización de la NANDA-I de 2004 a 2006.

NNN Alliance

La NNN Alliance (conocida como *3N Alliance*), creada el año 2001, representa una relación virtual y de colaboración entre la NANDA-I y el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC) en la University of Iowa. El objetivo de esta alianza es avanzar en el desarrollo, la verificación y el perfeccionamiento del lenguaje enfermero. Las fundadoras de la alianza fueron Dorothy Jones (ex presidenta de la NANDA-I) y Joanne McCloskey Dochterman (ex directora del Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness). La presidenta de la NANDA-I y la directora del CNC ejercen de copresidentas, siendo las juntas de gobierno de cada organización la junta de gobierno de la Alianza. En la actuali-

dad la Alianza ha finalizado dos proyectos: la conferencia NNN y la Taxonomía de la Práctica Enfermera. Aunque la NANDA-I, la NIC y la NOC han celebrado juntas dos congresos durante la década de 1990, el primer congreso oficial de la NNN se celebró en Chicago durante la primavera de 2002 como resultado de la planificación de un comité de trabajo de la Alianza con Nursecom. El congreso tuvo mucho éxito con más de 300 participantes de muchos países. El segundo congreso NNN del año 2004 se celebró en Chicago, y el tercero se celebró en Filadelfia en 2006.

La Taxonomía de la Práctica Enfermera es una estructura de organización común creada por la Alianza. Se creó a través del apoyo de una subvención de la National Library of Medicine para un congreso celebrado en agosto de 2001. Durante este encuentro, los participantes estudiaron las clasificaciones del lenguaje, las nomenclaturas y los conjuntos de datos existentes. Al final del congreso se recopiló el trabajo de los asistentes al congreso y se creó el primer borrador de una estructura unificadora común para diagnósticos, intervenciones y resultados (NANDA-I, NIC y NOC). Después, la estructura propuesta se repartió entre los participantes en el congreso y fue expuesta a la comunidad enfermera para su respuesta en la NNN Conference en abril de 2002 y en las páginas web de la NANDA y del CNC. Las revisiones del documento se basaron en las respuestas, y el manuscrito, *Collaboration in Nursing Classification: The Creation of a Common Unifying Structure for NANDA, NIC and NOC*, fue preparado por Dochterman y Jones y es el primer artículo de la monografía titulada *Harmonization in Nursing Language Classification*, publicado por la ANA el año 2003⁹.

CMBDE: Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería

El propósito de este trabajo es desarrollar un conjunto de datos normalizados de control que puedan ser utilizados por los directores de enfermería para ampliar y aumentar los datos clínicos (Conjunto Mínimo de Datos de Enfermería [CMDE]). Diane Huber y Connie Delaney, que trabajaron con otras personas durante años, han tomado el liderazgo para desarrollar variables y definiciones para el CMBDE. En 1995 recibieron una subvención de la American Organization of Nurse Executives (AONE) para dirigir una conferencia para perfeccionar el trabajo inicial. Los resultados se publicaron en una monografía de la AONE el año siguiente¹⁰. El CMBDE consta de 17 variables que se agrupan en tres dimensiones: entorno, recursos de cuidados y recursos financieros. Las variables de la dimensión del entorno consisten en el tipo de unidad/servicio de suministro de cuidados, población de pacientes, volumen de la unidad/servicio de suministro de cuidados, acreditación de la unidad/servicio de suministro de cuidados, centralización, complejidad, accesibilidad del paciente, método de suministro de cuidados y complejidad de la toma de decisiones clínicas. Las variables de la dimensión de los recursos de cuidados incluyen el perfil demográfico de dirección, el personal de apoyo a los cuidados del personal/paciente, el perfil demográfico del personal de cuidados de enfermería y la satisfacción del personal. Las variables de la dimensión de los recursos financieros incluyen el tipo de pago, la retribución, el presupuesto de la unidad/servicio de suministro de cuidados y los gastos. En una monografía se han publicado las definiciones y las medidas de cada variable,

PREGUNTAS FRECUENTES ACERCA DE LA NIC

En esta sección hemos intentado responder a algunas de las preguntas más comunes acerca de la NIC. La comprensión de las razones por las que las cosas se han hecho de una determinada manera (o no) ayudará a un mejor uso de la NIC. Esta sección se empezó en la segunda edición de la NIC; el orden de las preguntas refleja, hasta cierto punto, el orden en que nos hemos planteado estas cuestiones y los tipos de problemas que se producían a medida que el uso de la clasificación aumentaba.

1. ¿Por qué se han incluido ciertas actividades básicas en la lista de actividades para algunas intervenciones pero no para otras? Por ejemplo, ¿por qué debe incluirse una actividad relacionada con el registro en las denominaciones Planificación del alta y Derivación y no en todas las denominaciones?, ¿por qué debe incluirse una actividad relacionada con la evaluación de resultados en la denomi-

nación Planificación del alta y no en todas las denominaciones de intervenciones? O, ¿por qué debe incluirse una actividad sobre el establecimiento de la confianza en las denominaciones Terapia de reminiscencia o Grupo de apoyo pero no en otras denominaciones de intervenciones?

Las actividades básicas se incluyen *citando son críticas* (p. ej., absolutamente imprescindibles para comunicar la esencia de la intervención) para la puesta en práctica de esa intervención. No están incluidas cuando forman parte de la rutina pero no son una parte integral de la intervención. Por ejemplo, lavarse las manos es una parte rutinaria de muchas intervenciones físicas, pero no es crítica para intervenciones como Baño o Cuidados de la piel. (No estamos diciendo que para estas intervenciones no deberían lavarse las manos, sólo que no es una actividad crítica.) Sin embargo, lavarse las manos es una parte crítica de intervenciones como Control de infecciones y Cuidados de las lentillas de contacto.

2. ¿Cómo debo decidir la intervención a utilizar cuando ésta incluye una actividad que remite a otra intervención? En algunas intervenciones de la NIC hay referencias en la lista de actividades a otra intervención. Por ejemplo, la intervención Manejo de las vías aéreas contiene una actividad que dice «realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal, si procede». Hay otra intervención en la NIC, Aspiración de las vías aéreas, que está definida como «extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral y/o la tráquea del paciente» y tiene una lista de 25 actividades. Otro ejemplo es la intervención Manejo del dolor, que contiene una actividad que dice «enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, terapia musical, distracción, terapia de juego, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/frío y masajes) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente; y junto con las otras medidas de alivio del dolor». Casi todas las técnicas de esta actividad que figuran entre paréntesis aparecen en la NIC como intervenciones, cada una con su definición y su grupo de actividades definitorias. Los dos ejemplos muestran que, a veces, las intervenciones más globales y abstractas remiten a otras intervenciones. En ocasiones son necesarias las intervenciones más globales, en otras las más específicas y algunas veces ambas. La selección de las intervenciones de enfermería que han de utilizarse con un paciente forma parte de la toma de decisiones clínicas de un profesional de enfermería. La NIC refleja todas las posibilidades. El profesional debe elegir la(s) intervención(es) para un paciente determinado utilizando los seis factores descritos en el capítulo 3.

3. ¿Cuándo se desarrolla una nueva intervención? ¿Por qué creemos que cada una de nuestras intervenciones es diferente de las demás de la Clasificación? ¿Quizá son las mismas pero con distinto nombre? Hemos desarrollado el principio guía, una nueva intervención se añade si como mínimo el 50% de las actividades son diferentes de otra intervención relacionada. De esta manera, cada vez que se propone una nueva intervención, es revisada y contrastada con las ya existentes. Si como mínimo el 50% de las actividades no son distintas, se considera que no es significativamente diferente para su inclusión en la Clasificación.

En las intervenciones que son tipos de una intervención más general (p. ej., Asesoramiento sexual es un tipo de Asesoramiento; Cuidados de la sonda gastrointestinal es un tipo de Cuidado del drenaje), las actividades más pertinentes se repiten en la intervención más concreta, de manera que ésta pueda permanecer por sí misma. Esto no debe ocurrir en todas las actividades, sino más bien en aquellas que son esenciales para llevar a cabo la intervención. Además, ésta debe tener al menos el 50% de las actividades nuevas.

4. ¿Incluye la NIC la importante función de control y seguimiento por parte del profesional de enfermería? Por supuesto que sí. La NIC incluye muchas intervenciones de vigilancia y seguimiento (p. ej., Monitorización fetal electrónica: antes del parto, Seguimiento de la política sanitaria, Monitorización de la presión intracraneal [PIC], Monitorización neurológica, Monitorización del recién nacido, Vigilancia, Vigilancia: al final del embarazo, Vigilancia: seguridad, Monitorización de los signos vitales). Estas intervenciones contienen principalmente actividades de control y de seguimiento, aunque

también incluyen algunas actividades que reflejan el procedimiento de juicio clínico o lo que piensan los profesionales de enfermería cuando realizan el control. Estas intervenciones determinan lo que hay que buscar y realizar cuando se produce un acontecimiento esperado. Además, todas las intervenciones de la NIC incluyen actividades de control cuando éstas se realizan como parte de una intervención. *Controlar e identificar* son las palabras que utilizamos para designar actividades de valoración que forman parte de una intervención. En esta clasificación de intervenciones hemos intentado utilizar estos términos en lugar de la palabra *valoración*, dado que éste es el término utilizado en el proceso de enfermería para referirse a las actividades anteriores al diagnóstico,

5. ¿Incluye la NIC intervenciones que ha de utilizar un profesional de atención primaria, especialmente las diseñadas para fomentar la salud? Sí, efectivamente. Aunque éstas no están agrupadas en una clase, la NIC contiene todas las intervenciones utilizadas por el personal de enfermería para fomentar la salud. Por ejemplo, Apoyo en la toma de decisiones, Ayuda para dejar de fumar, Educación sanitaria, Facilitar el aprendizaje, Facilitar la autorresponsabilidad, Fomentar el desarrollo: adolescentes, Fomentar la paternidad, Fomentar la salud bucal, Fomento del ejercicio, Guía de anticipación, Identificación de riesgos, Manejo de la inmunización/vacunación, Manejo de la nutrición, Manejo del peso y Prevención del consumo de sustancias nocivas. Prescribir medicación es una intervención utilizada por profesionales de enfermería con conocimientos avanzados que trabajan en asistencia primaria.

6. ¿Incluye la NIC los tratamientos utilizados por los profesionales de enfermería especialistas? Sí, totalmente. Muchas de las intervenciones de la NIC requieren educación avanzada y experiencia en la especialidad clínica. Por ejemplo, las siguientes intervenciones reflejan la práctica de un profesional que presta cuidados en obstetricia: Amnioinfusión, Parto, Monitorización fetal electrónica: antes del parto, Facilitar el parto: muerte perinatal, Cuidados del embarazo de alto riesgo, Inducción al parto, Supresión de las contracciones de parto, Manejo de la tecnología reproductora y Ultrasonografía: obstétrica. Para la mayoría de especialidades puede determinarse una lista parecida (véase la Cuarta parte, Intervenciones centrales para las áreas de una especialidad.)

El American Board of Neuroscience Nursing ha incorporado la NIC en su examen para obtener el certificado basándose en encuestas de definición de roles, de las que se obtuvo información para definir la práctica enfermera en neurociencias¹. La American Association of Neuroscience Nurses ha incorporado la NIC en los estándares de organización de la práctica y ha identificado las intervenciones centrales para la enfermería de neurociencias, que aparecen en la cuarta parte de este texto. Susan Beyea² anima a las organizaciones de especialidades a utilizar los lenguajes estandarizados disponibles cuando desarrollen estándares y guías de práctica enfermera para la población de interés.

7. ¿Incluye la NIC terapias alternativas? Suponemos que esta pregunta hace referencia a los tratamientos que no forman parte de la práctica médica habitual en EE.UU. Las intervenciones de la NIC que pueden figurar como terapias alternativas incluyen Acupresión, Aromaterapia, Biorretroalimentación, Contacto terapéutico, Entrenamiento autogénico, Facilitar la meditación, Hipnosis, Imaginación simple dirigida, Llevar un diario y Terapia de relajación simple. Muchas de estas intervenciones están incluidas en la clase «Fomento de la comodidad psicológica». A medida que formen parte de la práctica aceptada de enfermería, se añadirán otras terapias alternativas a la NIC; en la cuarta edición hemos incluido, por primera vez, la Aromaterapia. Las intervenciones de la NIC también están incluidas en los códigos ABC³ de Alternative Link para su uso por parte de otros proveedores (proveedores distintos a los médicos alopáticos) para documentar los cuidados para su retribución.

8. ¿Cómo encontrar las intervenciones que se desea utilizar habiendo tantas en la NIC? A primera vista la NIC, con cerca de 500 intervenciones, puede parecer abrumadora. Sin embargo, debe recordarse que la NIC cubre el campo práctico de *toda la enfermería*. Regularmente, el profesional utilizará sólo una parte de las intervenciones de la NIC. Éstas pueden identificarse revisando las clases de la

taxonomía más relevantes para un área concreta de la práctica de enfermería. En los centros con sistemas de información de enfermería, las intervenciones pueden agruparse por clase de taxonomía, diagnóstico de enfermería, población de pacientes (p. ej., quemados, cardíacos, maternidad), por especialidad de enfermería o por unidad. Muchos sistemas informáticos permitirán al profesional crear y mantener una biblioteca personal de las intervenciones más utilizadas. Quienes utilizan la Clasificación nos han dicho que identifican rápidamente un número relativamente pequeño de intervenciones que reflejan el núcleo de su actividad.

9. ¿Puedo cambiar las actividades de una intervención al utilizarlas en mi paciente? Sí. El lenguaje normalizado es el nombre de la denominación y la definición, y el nombre y la definición deben seguir siendo los mismos para todos los pacientes y para todas las situaciones. Las actividades pueden modificarse para que reflejen mejor las necesidades de una situación concreta. Ésta es una de las ventajas de la NIC: proporciona un lenguaje normalizado que nos ayudará a comunicar nuestras intervenciones en diferentes situaciones y al mismo tiempo permite realizar cuidados individualizados. Las actividades de la NIC utilizan modificadores «según proceda», «según sea necesario» y «según se indique» para reflejar que las personas son únicas y puede ser necesario un enfoque diferente. Las actividades de la NIC incluyen a pacientes de todas las edades y, cuando se emplean con adultos, algunas de las actividades dirigidas a los niños pueden no ser convenientes (y viceversa); en este caso, tales actividades pueden omitirse de la lista de la institución. Además, las intervenciones de la NIC no son un nivel de procedimiento de especificidad y es posible que algunos centros deseen ser más específicos para reflejar los protocolos particulares desarrollados para su población. Las actividades pueden modificarse fácilmente para reflejar esta situación. Aunque creemos que las actividades pueden y deben ser modificadas para satisfacer las necesidades individuales, *advertimos de que las actividades no se pueden cambiar tanto como para que la lista original de la NIC sea irreconocible*. Si se hace esto, puede que la intervención no sea la misma. Cualquier actividad modificada o nueva debe ajustarse a la definición de la intervención. Además, cuando se añada una actividad de forma consistente para todas las poblaciones, puede ser necesaria en la lista general de actividades de la NIC. En este caso, emplazamos al profesional a que presente la adición o cambio de la actividad propuesta. De este modo, la lista de actividades seguirá reflejando lo mejor de la práctica actual y resultará más útil en la enseñanza de las intervenciones a los nuevos usuarios.

10. ¿De qué manera contribuye la NIC al desarrollo de la teoría en enfermería? Las denominaciones de las intervenciones son los conceptos, los nombres de los tratamientos administrados por los profesionales de enfermería. Las definiciones y actividades que acompañan a las denominaciones constituyen las definiciones y descripciones de las intervenciones. La clarificación de los conceptos de las intervenciones contribuye a desarrollar el conocimiento de enfermería y facilita la comunicación dentro de la disciplina. A medida que crezca la habilidad de la enfermería para relacionar diagnósticos, intervenciones y resultados, evolucionará la teoría prescriptiva de la enfermería práctica. La NIC representa un desarrollo crucial debido a que proporciona el léxico para las teorías menos extendidas de enfermería que relacionarán diagnósticos, intervenciones y resultados. Las intervenciones son el elemento clave de la enfermería. Todos los demás aspectos de la práctica son accidentales y secundarios a los tratamientos que identifican y delimitan nuestra disciplina. Este enfoque centrado en la intervención no resta importancia al paciente, sino que, desde una perspectiva disciplinar, el fenómeno del interés por el paciente es importante porque puede resultar afectado por la acción del profesional de enfermería. Bulechek y Dochterman creen que el uso de lenguajes normalizados para los diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería abrirá una nueva era en el desarrollo de la teoría de enfermería, pasando del enfoque anterior de gran teoría al desarrollo y la utilización de una variedad de teorías de enfermería menos extendidas. (Para una discusión complementaria, véanse los artículos cuyos primeros autores son Blegen o Tripp-Reimer en la lista de publicaciones del Apéndice E.) La NIC puede utilizarse con la mayoría de las grandes teorías existentes. La NIC puede ser utilizada por cualquier institución, especialidad de enfermería o modelo de administración de cuidados independientemente de la orientación filosófica.

11. ¿Incluye la NIC intervenciones administrativas? La Clasificación incluye intervenciones de cuidados indirectos realizadas por el personal con distintos grados de experiencia pero *no* incluye, en su mayor parte, conductas de naturaleza administrativa. Una *intervención de cuidados indirectos* consiste en un tratamiento realizado directamente por un profesional lejos del paciente pero en beneficio de un paciente o de un grupo de pacientes; una *intervención administrativa* es una acción realizada por un administrador de cuidados (director de cuidados u otro administrador de cuidados) para aumentar la ejecución de los miembros del personal y así fomentar unos mejores resultados del paciente. Algunas de las intervenciones de la NIC, utilizadas por un administrador para aumentar la ejecución del personal, podrían ser intervenciones administrativas. Muchas de ellas se encuentran en el campo Sistema sanitario de la taxonomía. Debe observarse que los límites entre intervenciones directas, indirectas y administrativas no son fijos, y algunas de las intervenciones de la NIC pueden utilizarse en varios contextos. Por ejemplo, el profesional de enfermería del hospital puede proporcionar Apoyo al cuidador principal como intervención indirecta administrada a una persona cercana al paciente que lo atiende, pero en casa, tratando a toda la familia, el profesional de enfermería puede proporcionar esta intervención como atención directa. Con la inclusión de más intervenciones para las comunidades, hemos añadido intervenciones que son de tipo más administrativo, por ejemplo, Contención de los costes y Manejo de los recursos económicos. Sin embargo, son proporcionadas por el profesional de atención primaria en la comunidad o por el director del caso.

12. ¿Necesita mi institución sanitaria estar informatizada para utilizar la NIC? No, la MC puede utilizarse en un sistema de planificación de cuidados y de registro de documentación manual. Si el sistema es manual, el personal no familiarizado con la NIC necesitará un fácil acceso al libro de la NIC. El libro también debe estar disponible para quienes trabajan en centros que dispongan de la NIC informatizada (creemos que cada unidad debería tener uno y animar a los profesionales de enfermería para que tengan su propio ejemplar); no obstante, con un ordenador, la NIC puede almacenarse, y accederse a ella electrónicamente. Los ordenadores facilitan el acceso a las intervenciones de la NIC de diversas maneras (actualmente, por clases taxonómicas y por diagnósticos de enfermería, pero, en el futuro, también será posible hacerlo por poblaciones de pacientes, tipo de unidad, resultado, vía clínica, etc.). Los ordenadores pueden obtener fácilmente una variedad de análisis de apoyo de decisiones clínicas para el profesional. El registro de lo que hacemos por los pacientes mediante un lenguaje normalizado en los ordenadores hace posible que los profesionales construyan bases de datos institucionales, estatales y por comunidades para efectuar una investigación con eficacia. Si su institución no está informatizada, ayúdela para que se informatice. Sin embargo, no es necesario esperar al ordenador para poder utilizar la NIC; ésta le ayudará a comunicar los cuidados de enfermería con o sin ordenador.

13. ¿Qué debo hacer para obtener un permiso? Otras cuestiones relacionadas incluyen: **¿Por qué necesito un permiso?** **¿Por qué la NIC no es de dominio público?** **¿Por qué los derechos de autor de la NIC los tiene el editor?** Para introducir la NIC en un sistema de información de enfermería o para utilizar una parte importante de la Clasificación con fines comerciales se necesita un permiso. La NIC está publicada por Mosby Inc., una parte de Elsevier Inc. Las peticiones de permisos para utilizar la Clasificación no son procesadas por los autores de la NIC o por el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, sino por Mosby. Véase en la parte interior de la cubierta la dirección de contacto para permisos y licencias.

Cuando empezamos a trabajar en la clasificación NIC no teníamos idea de la magnitud del trabajo, de su extensa utilización en la actualidad ni de que iría seguida por la NOC. Estuvimos buscando una manera para imprimirla y distribuirla de manera rápida. Como académicos estábamos familiarizados con el mundo editorial y, después de examinar a fondo algunos mecanismos alternativos y de contactar con varios editores, escogimos a Mosby. La publicación con esta editorial tenía varias ventajas. Primero, disponía de los recursos y de los contactos para producir un libro, distribuirlo y comercializarlo y, además, disponía de los recursos y del personal legal para tramitar las peticiones de permiso y prote-

ger los derechos de autor. Este último aspecto es especialmente importante con el lenguaje normalizado, donde la variación de los términos impediría el objetivo de comunicación entre profesionales de enfermería de todas las especialidades y en diversas situaciones. Continuamos manteniendo una excelente relación con Mosby, que implica una participación frecuente y activa en las peticiones de permisos. Vemos nuestra relación como una asociación.

Los derechos de autor *no* restringen el uso razonable. De acuerdo con las normas de la American Library Association, un uso razonable permite que se copie el material si: (1) la parte copiada es escogida y pequeña en comparación con la obra completa; (2) los materiales no se utilizan repetidamente; (3) cada persona no realiza más de una copia; (4) en cada copia se hacen constar la fuente y los derechos de autor, y (5) las personas no están gravadas con una cuota por copia que exceda el actual coste de copia. La determinación de la cantidad de material que puede copiarse bajo las políticas de uso razonable debe realizarse en función del efecto de las copias sobre las ventas del material original. La American Library Association dice que no debería copiarse más de un 10% de la obra.

Cuando se introduce la NIC en un sistema de información que será utilizado por muchos usuarios, se están violando los derechos de autor (en realidad se está «copiando» un libro para que sea utilizado por cientos de profesionales de enfermería), y por lo tanto se necesita un contrato de permiso. También, cuando alguien utiliza una cantidad importante de la NIC en un libro o en un programa de *software* que posteriormente se vende y con ello hace negocio, es necesario pagar los derechos. Las escuelas de enfermería y los centros de atención sanitaria que quieren utilizar la NIC en sus propias organizaciones sin intención de vender un producto pueden hacerlo libremente; sin embargo, existen ciertas políticas de uso limitado. Por ejemplo, la NIC y la NOC no deben fotocopiarse ni utilizarse en los programas semestrales una y otra vez -deben adoptarse los libros de la Clasificación para su uso. De manera parecida, los centros de atención sanitaria, más que copiar las intervenciones y ponerlas en un manual de procedimientos, deben adquirir un número razonable de libros (pongamos uno por unidad).

Las peticiones para utilizar la NIC y la NOC deben enviarse al departamento de concesión de permisos de Elsevier. Muchas solicitudes de permiso para su uso no violan los derechos de autor y los permisos se conceden sin pagar nada. El pago por el uso en un libro depende de la cantidad de material utilizado; el pago por el uso en un sistema de información depende del número de usuarios y por término medio es de aproximadamente 5 dólares por usuario por año. Existen una tarifa plana para incorporar la NIC en una base de datos de un vendedor y una tarifa de sublicencia para cada sublicencia contratada según el número de usuarios. Las tarifas son muy razonables, y una parte importante de ellas se envía al Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness para el desarrollo y el perfeccionamiento de la NIC.

14. ¿Cómo explico al administrador de mi institución que se necesita una licencia? En primer lugar, queremos repetir que únicamente se requiere una licencia y un pago en el caso de utilizarla en un sistema de información; si quiere utilizar la NIC de forma manual o para un proyecto particular, no viola los derechos del autor, por favor siga adelante. Según nuestra experiencia, son los profesionales de enfermería quienes desconocen los asuntos de licencias y tasas y no los administradores de asistencia sanitaria. La mayoría de las otras clasificaciones de asistencia sanitaria tienen registrados los derechos de autor y se precisa una tasa para su uso. Por ejemplo, la American Medical Association tiene los derechos de autor de la *Terminología Actual de Procedimientos* (CPT), la American Psychiatric Association tiene los derechos de autor del *Manual de Diagnósticos y Estadística de Trastornos Mentales* (DSM) y el College of American Pathologists tiene los derechos de autor de la Nomenclatura Sistematizada de Medicina (SNOMED). Actualmente, las instituciones de asistencia sanitaria pagan regularmente una tasa de licencia pero la mayoría de profesionales de enfermería lo desconocen. En un hospital de atención terciaria del Medio Oeste de EE.UU. hay 97 programas de *software* instalados y anualmente se gastan 1.220.000 dólares en tasas de permiso de programas informáticos.

A menudo dichas tasas están incluidas en los costes del programa. El permiso para incorporar la NIC en un sistema de información existente puede adquirirse a través de Mosby (uso del lenguaje) o comprarse a través de un vendedor (el vendedor ha comprado la licencia a Mosby y el precio del programa incluye el coste de dicha licencia). Cuantos más profesionales de enfermería comprendan las

ventajas de utilizar un lenguaje normalizado y así lo deseen al comprar sistemas informáticos nuevos, más vendedores incluirán la NIC en sus productos.

En enfermería, ninguna de las organizaciones profesionales tiene los recursos necesarios para pagar la NIC, de manera que se necesitó otra vía. En el campo médico nos han dicho que tener la Clasificación en un entorno universitario tiene ventajas sobre el modelo organizativo profesional, donde la política (lo que entra y lo que no) puede tener un papel. Sin embargo, el desarrollo y el mantenimiento continuos precisan recursos. A menudo las clasificaciones y otros trabajos del dominio público son los que no tendrán gastos de mantenimiento -puede utilizar lo que hay pero no espere que siga siendo actual. Hemos intentado que la NIC sea tan accesible como sea posible, pero a la vez recoger pagos de manera que podamos tener un flujo de ingresos para financiar el trabajo de mantenimiento que debe continuar.

15. ¿Debemos utilizar una clasificación de enfermería aun cuando la mayoría de cuidados sanitarios los suministran equipos interdisciplinarios? En ocasiones oímos comentarios como «No podemos utilizar nada que esté etiquetado y provenga de enfermería cuando actualmente todo va hacia la interdisciplinariedad». A propósito, estos comentarios, más que a médicos u otros profesionales poderosos del terreno interdisciplinario, los hemos oído de profesionales de enfermería. Al mismo tiempo, es falso que utilizando el lenguaje médico no se viole este principio artificial de interdisciplinariedad. Creemos que los profesionales de enfermería, que son miembros de un equipo interdisciplinario que dirigen el desarrollo y la implantación de un registro informatizado integrado de la atención a los pacientes, deben ser los portavoces para utilizar la NIC y la NOC. Sí, tienen la palabra *enfermería* en sus títulos porque fueron desarrollados inductivamente a través de la investigación basada en el trabajo de los profesionales de enfermería por profesionales de enfermería. En su globalidad, reflejan la disciplina de la enfermería pero una intervención concreta puede realizarla otro profesional y un resultado concreto puede estar influido por los tratamientos de otros profesionales o por muchos otros factores. Ésta es una situación en la que enfermería tiene un valor que los otros profesionales, en su mayoría, no tienen, lo cual puede documentar las contribuciones de los profesionales de enfermería y pueden ser utilizadas o adaptadas y utilizadas por otros. Si lo desean, los profesionales de enfermería no deben dejar de hablar sobre estas iniciativas de enfermería; más bien deben seguir haciéndolo y ofrecerlas a los demás como una contribución de la enfermería al objetivo interdisciplinario de un registro informatizado de los pacientes que puede traspasar situaciones y especialidades.

Esto *no* es inconsistente con ser un buen miembro de un equipo en un entorno interdisciplinario. Para que los equipos interdisciplinarios consigan el éxito de los resultados es esencial que los profesionales de enfermería comuniquen sus perspectivas y sus conocimientos únicos. ¿Qué es un buen miembro de equipo? Hay tres cualidades básicas: (1) la persona tiene algo que contribuye al funcionamiento total del equipo, (2) la persona es buena en lo que hace y (3) los otros entienden lo que hace la persona. ¿Un equipo de béisbol acogería con entusiasmo a un miembro que no pudiese jugar en ninguna posición y fuera un mal bateador? Evidentemente no. ¿Acogería con entusiasmo a alguien que tuviera ganas de ayudar pero que fuera incapaz de decir cómo podría ayudar? Tal vez, pero esta persona acabaría siendo el chico o la chica del agua más que jugar en una posición. Ser un buen miembro de equipo significa que la persona tiene algo para contribuir y comunica ideas. Los equipos de béisbol destacan la importancia de las funciones y habilidades específicas y diferentes de sus miembros. Nadie dice que porque un miembro del equipo se llame *pitcher* o *shortstop* no sea un jugador del equipo. Los jugadores no dicen que no son buenos miembros del equipo si agudizan sus conocimientos y sus habilidades individuales y son reconocidos por su realización individual. Un equipo de béisbol, o cualquier equipo, mejora su eficacia maximizando e integrando las contribuciones de sus miembros. Sin duda, los entrenadores de béisbol se reírían de la idea de que deberían disimular y minimizar las contribuciones de los miembros del equipo para aumentar su eficacia.

Hemos oído decir a algunas personas que debería haber un único lenguaje compartido por todas las disciplinas del área de la salud. Si esto es posible, creemos que este lenguaje debería desarrollarse de manera inductiva compartiendo y sumando los lenguajes que actualmente existen. Quizá, con el tiempo, construiremos un gran lenguaje común por el cual algunos términos de intervenciones y resultados

sean compartidos por muchos profesionales. Pero, incluso si podemos construir un gran lenguaje común, siempre se utilizará por partes dado que el conjunto será demasiado grande para aprenderlo, comunicar y estudiar, y además no todas las intervenciones y resultados son asunto de cada disciplina. El gran y único lenguaje se fragmentará y se utilizará por partes por las mismas razones por las que hay disciplinas -el conjunto es demasiado grande y complejo para ser dominado por un solo individuo; por lo tanto, las distintas disciplinas representan las diferentes perspectivas especializadas.

16. Quiero implantar la NIC en nuestra empresa/instalación. ¿Cuál es la mejor manera para realizarlo? Otras preguntas relacionadas incluyen: **¿Puedo implantar la NIC y la NOC al mismo tiempo?** **¿Debería implantar la NIC al mismo tiempo que oriento a los profesionales de enfermería en un nuevo sistema informático?** **¿Deberíamos realizarlo en primer lugar sólo en una unidad piloto o realizarlo a la vez para todos?** Este es el tema del capítulo 3. En especial, véanse los pasos para la implantación en el Cuadro 3-2 para centros asistenciales y en el Cuadro 3-9 para centros educativos. En el capítulo 3 también hay más material útil, como una lista de lecturas relacionadas para cambiar y para la evaluación. Respecto a las preguntas relacionadas con qué hacer al mismo tiempo, no hay una respuesta única; efectivamente, ello depende de la situación y de la cantidad y de la naturaleza de los cambios, de los recursos y del apoyo disponibles y de las limitaciones de tiempo. El libro de la NOC contiene sugerencias muy útiles sobre la implantación de la NOC. Sería conveniente no realizar demasiados cambios a la vez y, por otra parte, no dividir un cambio en pequeñas partes durante mucho tiempo. Siempre es una buena idea dirigir un cambio para resolver las trabas (es decir, empezando en una unidad donde la directora de enfermeras y el personal lo apoyen). Cuando el primer cambio que se realiza es muy importante, se debe proporcionar tiempo para el entrenamiento y disponer de personal de apoyo. Margaret Lunney¹⁴ ha publicado un artículo informativo para ayudar al personal de enfermería a utilizar la NANDA, la NIC y la NOC a medida que la asistencia sanitaria se mueve hacia el registro electrónico de las historias clínicas. El Center for Nursirtg Classification and Clinical Effectiveness dispone de dos ayudas formativas muy útiles, un curso web sobre los principios básicos del lenguaje estandarizado y la NIC y la NOC, que es una útil herramienta educativa. Al principio, es importante pensar sobre los usos de los datos en el futuro, más allá de la planificación inicial de los cuidados o de los propósitos de la documentación. El capítulo 3 también incluye la idea de establecer, en el futuro, una base de datos global para la eficacia de la investigación.

17. ¿Cómo comparar la NIC con otras clasificaciones? La ANA reconoce 12 terminologías para la infraestructura de información de la práctica enfermera. Algunas son grupos de elementos de datos, algunas son terminologías de interrelación y otras son terminologías multidisciplinarias. Las relaciones entre las terminologías aceptadas y los grupos de elementos de datos pueden encontrarse en <http://www.ana.org/npii/relationship.htm>.

En comparación con otras clasificaciones, la NIC es la más completa en cuanto a intervenciones se refiere. De todas las clasificaciones, sólo la NANDA-I, la NIC y la NOC son completas y se hacen esfuerzos continuados de investigación para mantenerlas actualizadas. Las relaciones que unen a estas clasificaciones¹⁵ y la propuesta de una estructura de organización común¹⁶ presentan a los usuarios un sistema de clasificación completo que puede utilizarse para documentar los cuidados en ámbitos y especialidades.

18. En un plan de cuidados, ¿cuál es la estructura para la NIC y la NOC? ¿Cuál elegir y consultar en primer lugar? La respuesta a esta pregunta refleja la toma de decisiones clínicas del proveedor al planificar y suministrar los cuidados. Cada persona tiene una manera distinta de afrontar esta cuestión, reflejando con ello cómo lo ha aprendido en la escuela, perfeccionado por lo que en sus trabajos ha considerado mejor y su población típica de pacientes. Como método general, sugerimos que en primer lugar se realice el diagnóstico o diagnósticos, después se elijan los resultados y los indicadores, realizando una valoración del paciente respecto a ellos, y posteriormente se escojan las intervenciones y las actividades adecuadas, implantándolas y después valorando de nuevo los resultados. Si se desea fijar objetivos, pueden derivar de los resultados NOC; por ejemplo, el paciente tiene un 2 en un resultado X

y para darle el alta debería estar en un nivel 4. En algunas situaciones este proceso no es posible o incluso no es deseable, y podría quererse utilizar un orden distinto. Por ejemplo, durante una crisis se querría pasar directamente a la implantación de la intervención y dejar el diagnóstico y la identificación del resultado para más adelante. La ventaja de las clasificaciones estandarizadas es que proporcionan el lenguaje para la base de conocimiento de la enfermería. Actualmente, los educadores y otros profesionales relacionados pueden centrarse en la enseñanza y la práctica de habilidades en la toma de decisiones clínicas; los investigadores pueden centrarse en la exploración de los efectos de las intervenciones sobre los resultados del paciente en situaciones prácticas reales. Véase el modelo del capítulo 3 que muestra cómo puede utilizarse el lenguaje estandarizado a nivel individual, a nivel organizacional/unidad y a nivel de centro de trabajo/región/país.

19. ¿Qué es un modelo de terminología de referencia? ¿Por qué se están desarrollando? ¿Dejarán obsoletas a clasificaciones como la NIC? Un modelo de terminología de referencia (TR) identifica las partes de un concepto (es decir, las partes de cualquier diagnóstico o cualquier intervención) que puede utilizarse «a través de las distintas pantallas» en los sistemas informáticos para ayudar a que estos sistemas «hablen entre ellos». Por ejemplo, una intervención podría constar de una acción, un receptor y **Lina** ruta. Cuando durante la década de 1960 fuimos a la escuela, se nos pidió que hiciéramos un esquema ordenado de las frases para aprender las partes de una oración (p. ej., nombre, verbo, adverbio); un modelo TR se utiliza para ayudar a representar conceptos de una manera parecida. En teoría, un modelo TR permite que distintos vocabularios (p. ej., NIC y el Omaha System) se ordenen, pudiéndose así comparar entre ellos. Decimos «en teoría» porque esta propuesta todavía no se ha comprobado en la práctica. En 1999, Judy Ozbolt organizó la Nursing Vocabulary Summit Conference, que se ha celebrado anualmente en Vanderbilt, con la clara necesidad de desarrollar y verificar un modelo de terminología de referencia¹⁷. Al final de la década de 1990 y a principios de la de 2000, surgieron rápidamente modelos de terminología; entre ellos, HL7 (en Estados Unidos para toda la asistencia sanitaria), CEN (en Europa para toda la asistencia sanitaria), SNOMED Clinical Terms (CT, para utilizar en Estados Unidos y Gran Bretaña) y la International Organization for Standardization (ISO)-Nursing (para la enfermería internacional). Consideramos que la versión Beta de la International Classification of Nursing Practice (ICNP) con sus ejes, es un modelo TR que ayuda más en las «pantallas» que en la práctica de los profesionales de enfermería como «terminología principio/fin». En ocasiones un modelo de terminología de referencia se denomina *modelo de información de referencia*; aunque los profesionales del área de estándares informáticos dicen que hay diferencias entre ellos, es difícil distinguir las diferencias.

Una segunda parte de la pregunta es si la creación de un modelo TR dejará obsoletas clasificaciones como la NIC. No, la NIC es un lenguaje «principio-fin» diseñado para la comunicación entre los profesionales de enfermería y entre profesionales de enfermería y otros proveedores. Queremos que los profesionales de enfermería sean capaces de escribir y hablar NIC. Por otra parte, los modelos TR son para utilizar «detrás de las pantallas»: si tienen éxito, ayudarán a los vendedores a construir sistemas informáticos que pueden utilizar y comparar diferentes lenguajes. Los modelos TR son muy difíciles de comprender y no son clínicamente útiles. Incluso si permiten que el usuario documente los cuidados en sus propias palabras (frente al lenguaje estandarizado), no es deseable (excepto en el apartado de notas de texto libres que complementa y se elabora sobre un lenguaje estandarizado) para la profesión porque todavía tendríamos el problema de la falta de comunicación entre nosotros y los demás sobre lo que hacemos. No queremos dar la impresión de que necesitamos un modelo TR para tener un sistema informático; no es así. Podemos introducir las clasificaciones clínicas en ciertos campos y utilizar las relaciones identificadas para ayudar a los usuarios a acceder a ellos, pero siempre necesitaremos un lenguaje común para comunicar el trabajo de enfermería -la NIC se propone precisamente esto.

20. ¿Existen programas informáticos comerciales con la NIC? ¿Hay vendedores con programas informáticos de enfermería clínica con la NIC? Un número creciente de vendedores están incluyendo la NIC en sus sistemas de información. El año 2006, los vendedores que habían firmado contratos de autorización para el uso de la NIC eran **American HealthNet, Inc.**, Omaha, Nebraska (<http://www.>

americanhealthnet.com); **Cerner**, Kansas City, Missouri (<http://www.cerner.com>); **Dairyland Healthcare Solutions**, Louisville, Kentucky (<http://dhsnet.com>); **DxR Development Group**, Carbondale, Illinois (<http://www.dxrgroup.com>); **Ergo Partners**, Lake Quivira, Kansas (<http://www.ergopartners.com>); **McKesson Corporation**, Alpharetta, Georgia (<http://www.mckesson.com>); **Nurse's Aide LLC** (para escuelas de enfermería), Keller, Texas (<http://www.nursesaide.net>); **Purkinje, Inc.**, Montreal, Canadá (<http://www.purkinje.com>); **Sanum** (antes llamado STS), Grinstad, Noruega (<http://www.sts.no>); **SNOMED**, Northfield, Illinois (<http://www.snomed.com>); **Tech Time, Inc.**, Billings, Montana (<http://www.techtimeinc.com>); **The Ceridwen Group, LLC** (el producto se llama *Knowledge Central for Healthcare*), Bellingham, Washington (<http://www.hcknowledgecentral.com>) y **Typhon Group, LLC**, Metairie, Louisiana (<http://www.typhongroup.com>). Actualmente se están cursando más contratos de autorización. No aprobamos ningún producto en concreto; los posibles usuarios deberían ponerse en contacto directamente con los vendedores para la revisión de sus productos. Para propósitos específicos se han desarrollado otros programas informáticos actualmente no comercializados. Por ejemplo, el gobierno de Islandia obliga a todas sus instalaciones a utilizar la NANDA, la NIC y la NOC y ha creado programas informáticos (eMR) (A. Thoroddsen, comunicación personal, 14 de noviembre de 2002) para documentar los cuidados y recoger datos. Otro ejemplo es el programa informático para la recogida de datos de investigación creado por Gail Keenan y sus colaboradores en Michigan¹³. Consideramos que la inclusión de la NIC en SNOMED CT facilitará y fomentará la incorporación de la NIC en los productos de los vendedores. Si su vendedor no incluye la NIC, pregunte sobre sus planes de futuro en las reuniones de usuarios. Los vendedores construirán sus productos de acuerdo con las demandas de los usuarios. Los profesionales de enfermería necesitan hablar alto y pedir que el lenguaje estandarizado se incluya en los sistemas de información clínica.

CENTER FOR NURSING CLASSIFICATION AND CLINICAL EFFECTIVENESS (CNC)

Dado que en este capítulo hemos hecho referencia al CNC en varias ocasiones, parece aconsejable dar algunos detalles más sobre el Center situado en el College of Nursing, University of Iowa. En 1995 el Center fue aprobado por el Iowa Board of Regents (el cuerpo gubernamental que vigila las tres universidades públicas del estado) con el nombre de «Center for Nursing Classification». El año 2001 se amplió el nombre al actual. El propósito del Center es facilitar el desarrollo continuado y el uso de la NIC y de la NOC. El Center dirige los procesos de revisión y los procedimientos para actualizar las clasificaciones, difunde los materiales relacionados con las clasificaciones, proporciona apoyo para ayudar a los investigadores a obtener fondos, y proporciona oportunidades de investigación y educación para estudiantes y becados. El Center proporciona una estructura para el mantenimiento continuo de las clasificaciones y para la comunicación con los profesionales en educación y en instalaciones de asistencia sanitaria que utilizan los lenguajes en sus curriculum y sistemas de documentación. El Center está localizado físicamente en tres despachos del cuarto piso del College of Nursing. Uno de los despachos es una sala de conferencias con una pequeña biblioteca. Actualmente (2006), Sue Moorhead es la directora y Sharon Seeney la coordinadora. En la toma de las decisiones les ayuda un comité ejecutivo compuesto por los editores de los libros de la NOC y de la NIC, y por otras personas. Los colaboradores (véanse páginas XVII-XVIII) ayudan en el trabajo del Center. El apoyo financiero del Center proviene de varias fuentes, incluyendo fondos de la universidad y de la facultad, ingresos de las autorizaciones, permisos y productos de la NIC y la NOC, y publicaciones relacionadas, subvenciones e ingresos de los cursos del Center. El Center tiene la orden de ser independiente y hasta el momento han aumentado los fondos, con la ayuda del Fundraising Advisory Board y la University of Iowa Foundation, en 1 millón de dólares de dotación. En otoño del año 2006, el dinero de la dotación fue de 730.000 dólares. La dotación es necesaria para proveer cierta seguridad permanente para el trabajo del Center.

El Center publica *The NIC/NOC Letter* y su informe anual. En la página web pueden encontrarse estas publicaciones y otras informaciones acerca del Center y de sus productos y acontecimientos: <http://www.nursing.uiowa.edu/ene>. El Center recibe visitantes para un corto período de estudio, así como estudiantes nacionales e internacionales que vienen para un largo período de trabajo para trabajar en un

proyecto. El Center copatrocina el Institute for Informatics and Classification, celebrado en junio en Iowa City, Iowa, desde 1998. Este instituto proporciona una gran experiencia en la información actual sobre las clasificaciones y su uso, así como sobre los temas más actuales de informática. A través del Center se ofrece un curso web sobre los principios básicos del lenguaje estandarizado y la NANDA-I, la NIC y la NOC. Si el tiempo lo permite se ofrece la consulta a las agencias que ponen en práctica la NIC y la NOC.

RESUMEN

Este capítulo proporciona una introducción a la NIC y al Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness en el College of Nursing, University of Iowa, donde se conserva la Clasificación. También incluye una breve introducción de cuatro proyectos relacionados: Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Clasificación de la Ampliación de Diagnósticos de Enfermería (CADE), NNN Alliance y Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería (CMBDE). Se plantean y se responden una serie de preguntas frecuentemente planteadas sobre la NIC. Este capítulo proporciona una manera conveniente de familiarizarse rápidamente con la NIC, pero los usuarios muy interesados también querrán leer otras publicaciones que proporcionan más detalles sobre muchos de los temas que aquí se abarcan. En el Apéndice C hemos incluido una bibliografía bastante completa de escritos sobre la NIC preparados por autores de la University of Iowa y otras instituciones.



CAPITULO DOS

Desarrollo, verificación e implementación de la NIC: 1987-2007

EL INICIO

Nos han preguntado muchas veces cómo empezó todo. En 1987 McCloskey y Bulechek crearon un equipo de investigación para desarrollar una clasificación de intervenciones de enfermería paralela a la clasificación de diagnósticos de enfermería NANDA-I. Durante varios años habíamos impartido un curso de posgrado sobre conceptos de la salud para adultos, que evolucionó hacia diagnósticos de enfermería y, posteriormente, hacia diagnósticos e intervenciones. Habíamos llevado a cabo algún tipo de trabajo conceptual para un libro de intervenciones enfermeras independientes¹. Después de asistir a la conferencia de la NANDA de 1986 en St. Louis, Missouri, nos dimos cuenta de que la profesión necesitaba una clasificación de intervenciones dado que, una vez realizado un diagnóstico, el profesional tenía la obligación de hacer algo al respecto. Teníamos los conocimientos, la motivación y el interés para empezar con una tarea como ésta. No sabíamos el tiempo que nos llevaría hacerla y, si hubiéramos sabido todo lo que conllevaría, probablemente no hubiéramos empezado este excitante, aunque totalmente absorbente, viaje.

Empezamos invitando a ocho personas (todas ellas compañeras del University of Iowa College of Nursing) a una sesión de *brainstorming* de 2 horas para discutir la idea de desarrollar una clasificación de intervenciones. Cada una de las ocho personas fue elegida por su experiencia específica; las diez juntas representábamos el conjunto de la profesión. Algunas eran expertas en pediatría y otras en gerontología; unas tenían conocimientos clínicos; algunas administrativos; unas eran investigadoras cualitativas, y otras cuantitativas. Al final de este primer encuentro, no se había resuelto nada pero se había presentado y discutido la idea. Posteriormente se pidió al grupo que asistiera a tres reuniones más durante los meses siguientes. Al final de estas tres reuniones se les pidió a todas que participaran durante 1 año como miembros de un equipo de investigación. Durante este año de trabajo, cuando estábamos clasificando los aspectos conceptuales, nos surgió la idea de que debíamos trabajar sobre las extensas fuentes de datos de documentación y planificación de cuidados en enfermería. Esto nos condujo a investigar posibles fuentes de datos en sistemas de información. Sabíamos que el hospital de la universidad utilizaba una gran base de datos de órdenes de enfermería, y solicitamos su uso como fuente inicial de datos. Como condición, el director de enfermería nos pidió que dos personas de su plantilla formaran parte del equipo de investigación. La inclusión de estos dos miembros del área clínica fue importante y ayudó a ampliar la perspectiva del equipo. A medida que otras personas de la facultad y del hospital supieron de la existencia del equipo, pidieron unirse a él. Durante los 20 años transcurridos desde el inicio del proyecto, cerca de 80 personas han participado activamente en el trabajo del equipo. Estas personas representan entornos académicos y clínicos muy distintos y múltiples áreas de especialidad. Muchas de las personas han trabajado en el equipo de investigación varios años. En 1995, en el College of Nursing, University of Iowa, se creó el Center for Nursing Classification (véase capítulo 1) para ayudar al continuo desarrollo de la NIC y de la NOC; el año 2002 el nombre se amplió a Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness. El año 2002, siendo el trabajo continuo principalmente el mantenimiento de las Clasificaciones, la implantación y la investigación de la efectividad basada en el uso en la práctica, los equipos de investigación de la NIC y de la NOC fueron nombrados «colaboradores» para 3 años del Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness.

ANTES DE LA NIC: RAZONES PARA DESARROLLAR LA NIC

Las clasificaciones han existido casi desde siempre. Por ejemplo, en el siglo xi un monje llamado Guido d'Arezzo inventó una escala musical (la escala de Guido) por la que un músico de cualquier lugar puede todavía hoy leer o tocar cualquier composición de cualquier parte del mundo⁵⁹. Otros ejemplos incluyen los símbolos de los elementos químicos y las categorías de la biología (p. *ej.*, *filum*, clase, orden, familia, género, especie y variedad) que ordenan a los organismos vivos en grupos relacionados. Las clasificaciones ponen orden en nuestro ambiente y ayudan a comunicarnos unos con otros. Un pequeño perro de orejas largas en estado natural, pero frecuentemente con las orejas cortadas para las exhibiciones, al que le gusta tirar de la correa es un Schanauzer Miniatura (esta descripción también puede aplicarse a cualquier perro). Una silla de aspecto más bien formal que a menudo se encuentra en las salas de estar y que es cómoda y tapizada, que incluye un respaldo alabeado, es una silla Reina Ana. Las clasificaciones ayudan a hacer avanzar la base del conocimiento de un campo mediante la organización del conocimiento y el descubrimiento de los principios que rigen lo conocido. También identifican las lagunas del conocimiento que luego pueden ser tratadas por la investigación. Además, las clasificaciones facilitan la comprensión. Por ejemplo, cuando los profesionales de enfermería utilizan un lenguaje común para discutir sus planes de tratamiento, la comunicación mejora y el paciente se beneficia de una mayor continuidad de los cuidados entre los diferentes turnos y entre los diferentes ambientes. La NIC fue desarrollada por varias e importantes razones.

Primera razón: normalización de la nomenclatura de los tratamientos de enfermería

El fenómeno que atañe a las intervenciones de enfermería es el del comportamiento y actividad de los profesionales de enfermería, es decir, lo que hacen éstos para ayudar a que con la conducta del paciente se obtenga el resultado deseado. Este fenómeno difiere de los diagnósticos de enfermería o de los resultados esperados del paciente sensible a los cuidados, en los que el fenómeno de preocupación es la conducta del paciente o el estado del paciente. Es necesaria una clasificación de las intervenciones de enfermería para normalizar el lenguaje utilizado por el profesional y describir sus actividades específicas al realizar los tratamientos de enfermería. Antes de la NIC se utilizaron muchos términos para el paso de la intervención del proceso de cuidados de enfermería (p. *ej.*, *acción*, *actividad*, *intervención*, *tratamiento*, *terapéutica*, *orden* e *implantación*); había confusión entre actividades de intervención, de valoración y de evaluación, y una falta de conceptualización sobre lo que constituye una intervención. Las intervenciones se describían muy detalladamente, por ejemplo:

Estabilizar el miembro con bolsas de arena.
 Levantar el cabecero de la cama 30°.
 Explorar la necesidad de atención con el paciente.
 Observar si se produce tos.
 Inspeccionar las uñas para ver si hay anomalías.
 Controlar el sistema respiratorio.

Había poca conceptualización sobre la manera en que estas acciones encajan unas con otras para constituir intervenciones y tratamientos. El resultado ha sido largos y extensos planes de cuidados que raramente se utilizaban en los sistemas de información de enfermería, que contenían miles de acciones de enfermería, mientras que los profesionales de enfermería normalmente seleccionaban un número mucho más pequeño. Los libros de texto de enfermería también han considerado las intervenciones de enfermería al nivel más individualizado. Típicamente, los libros de texto incluyen largas listas de acciones de enfermería para cada tipo de paciente; las listas en algunos libros no son las mismas que en otros, incluso aunque se trate del mismo tipo de paciente. Las listas cambian con cada nueva edición.

Por el contrario, las denominaciones de intervenciones de la NIC son conceptos implementados por un grupo de actividades (acciones) de enfermería dirigidas a la resolución de problemas sanitarios

reales o potenciales del paciente. Un profesional de enfermería puede describir los cuidados administrados a un paciente sólo con unas cuantas denominaciones.

En el extremo opuesto de las acciones individualizadas también hubo un comienzo de esquemas de clasificación de las intervenciones de enfermería: por ejemplo los componentes de los cuidados básicos de Henderson³¹, la taxonomía de cuidados ambulatorios de Verran⁷², los ocho campos de cuidados de Benner⁸, el esquema de clasificación de intervenciones de Omaha^{44,73}, las categorías de estudio de las actividades de enfermería del National Council of State Boards of Nursing⁴², Sigma Theta Tau's International Classification of Nursing Knowledge⁴⁶, la taxonomía de intervenciones de enfermería de Bulechek y McCloskey¹⁰, las listas de intervenciones del *conjunto mínimo de datos*⁷⁴, y la Home Healthcare Classification de Saba y colaboradores^{6,165}. La mayor parte de estos esquemas sólo contienen categorías brutas que no son útiles clínicamente. (Véanse un análisis y una lista detallados de estos esquemas en las dos publicaciones anteriores^{68,69}.) Los esquemas que no contienen intervenciones clínicamente útiles (Omaha, Sigma Theta Tau, Bulechek y McCloskey, y Saba) son incompletos. (En 1993, en el *Journal of Nursing Administration*, apareció un artículo que comparaba las dos clasificaciones⁵⁰.)

En resumen, antes de la NIC, las intervenciones de enfermería se consideraban como extensas listas de acciones individualizadas o como grandes categorías. Lo que era necesario era un lenguaje clínicamente útil entre estos dos extremos.

Segunda razón: ampliación del conocimiento de enfermería sobre las relaciones entre diagnósticos, tratamientos y resultados esperados

El extendido uso del lenguaje de diagnósticos de enfermería de la NANDA ha aumentado la consciencia sobre la necesidad de clasificaciones normalizadas en las áreas de las intervenciones y los resultados esperados. El ímpetu por el desarrollo de guías por parte de la Agency for Health Care Policy and Research¹ ha acentuado aún más esta necesidad. Las guías se proponen ayudar a los profesionales a determinar una acción a realizar, entre varias, que tenga la mayor probabilidad de producir los resultados efectivos, teniendo en cuenta las circunstancias concretas que rodean al estado del paciente; en otras palabras, ¿qué intervenciones se sabe que son más eficaces para pacientes con un diagnóstico o un conjunto de diagnósticos concretos? La medicina ha utilizado bases de datos normalizadas para reunir de forma rutinaria cantidades masivas de datos clínicos informatizados y, a partir de éstos, ha comenzado a explorar los resultados como una función de las intervenciones médicas. Por el contrario, el conocimiento de enfermería acerca de efectividad de los mismos es limitado. Los cuidados necesitan una terminología normalizada en las áreas de diagnósticos, intervenciones y resultados para poder construir grandes bases de datos que ayuden a determinar las relaciones entre estas variables. Cuando estos profesionales utilicen un lenguaje normalizado común para documentar sistemáticamente los diagnósticos de sus pacientes, los tratamientos que administran y sus consecuencias para el paciente, entonces podremos determinar las intervenciones de enfermería que funcionan mejor para un diagnóstico o población dados. No sólo mejorarán los cuidados de esa población, sino que la enfermería, como profesión, tendrá mayor reconocimiento por su particular contribución demostrada en la consecución de los resultados deseados en los pacientes.

Tercera razón: desarrollo de los sistemas de información de cuidados sanitarios

La documentación de los cuidados está cada vez más informatizada. Sin embargo, hasta que se desarrolló la NIC no había ningún sistema normalizado para la descripción de los tratamientos realizados por los profesionales de enfermería. Los centros particulares desarrollaron sus propios grupos de órdenes o acciones de cuidados copiando ideas unos de otros, utilizando listas de órdenes que se habían generado a partir de planes de cuidados utilizados por la misma institución o improvisando. Debido a que las intervenciones se han considerado tradicionalmente una serie de acciones individualizadas, una lista de ordenador sin la NIC conllevaría miles de artículos y el plan de cuidados del paciente podría contener hasta 75 «intervenciones». Aunque se podría estar de acuerdo con la lista de interven-

ciernes «normalizadas» de un centro particular y también podría resultar útil para el personal de dicho centro, es poco probable que tal lista sea igual a la de otro centro. Esta falta de consistencia lleva a una incapacidad para reunir datos comparables de múltiples centros, o incluso dentro de un centro de una unidad a la siguiente. La NIC, junto con la N ANDA-I y la NOC, da a los enfermeros elementos de datos clínicos para así disponer de un registro informatizado del paciente.

Cuarta razón: enseñanza de la toma de decisiones a los estudiantes de enfermería

Desde la década de 1980, en la mayoría de los libros de texto de los principales programas de estudios se han incluido los diagnósticos de enfermería, pero antes de la NIC no ha habido una propuesta sistemática para enseñar las intervenciones. Los estudiantes practican sus habilidades técnicas en un laboratorio antes de realizarlas con los pacientes, pero, por ahora, tienen pocas oportunidades de practicar la capacidad más difícil: la toma de decisiones. Con el tiempo, los libros de diagnósticos e intervenciones de enfermería basados en la teoría probada reemplazarán a los textos médico-quirúrgicos, de pediatría, salud mental y otros, que tienen una orientación más médica. También habrá más películas y casetes de audio que muestren intervenciones de enfermería independientes. Prevemos que el análisis de los datos del paciente real ayudará en la instrucción de toma de decisiones clínicas. Por ejemplo, se podrá acceder a una base de datos sobre el diagnóstico de «Trastornos de la imagen corporal» y el estudiante podrá estudiar las etiologías, intervenciones y resultados asociados, y así determinar cuál es la población para la que ciertas intervenciones resultan más eficaces. También podrá determinarse la relación de los diagnósticos e intervenciones de enfermería con los signos y síntomas del paciente, características demográficas y diagnósticos y terapias médicos. Definir y clasificar las intervenciones de enfermería será de ayuda en el importante proceso de enseñar a las enfermeras noveles a determinar las necesidades del paciente y así responder de la manera correspondiente. Además, una clasificación de intervenciones de enfermería facilitará la identificación de las intervenciones que requieren un mayor grado de conocimientos y técnica que se enseñarán en un programa de graduados.

Quinta razón: determinación de costes de los servicios proporcionados por los profesionales de enfermería

Durante la década de 1980 se han hecho muchos esfuerzos, de acuerdo con la literatura disponible, para «determinar el coste» de los servicios de enfermería. La mayoría de los estudios eran de pequeñas dimensiones en cuanto a las muestras, eran llevados a cabo en una institución y utilizaban sistemas de clasificación de pacientes sin mucha consideración en cuanto a su validez y Habilidad^{46,53}. La amplia variedad de sistemas de clasificación de pacientes no normalizados es, de hecho, la razón clave de la dificultad en obtener grandes grupos de datos para comparar los costes de los profesionales de enfermería. La determinación de estos costes en función de las intervenciones realizadas sería un gran paso adelante, pero sería necesaria una lista normalizada de todas las intervenciones. La NIC proporciona el lenguaje para las intervenciones administradas a los pacientes que puede ser la base para determinar los costes de los servicios.

Los médicos cobran sus servicios basándose en los códigos del manual *Physicians' Current Procedural Terminology (CPT)* editado por la American Medical Association³. Hurdis Griffith y colaboradores²⁸²⁹ han mostrado que los profesionales de enfermería a menudo realizan algunas de las intervenciones que cobran los médicos. El *CPT*, no obstante, sólo incluye algunas intervenciones realizadas por el personal de enfermería y de esta forma resulta inadecuado como medio de retribuir a estos profesionales. Más recientemente, se ha desarrollado una nueva clasificación multidisciplinaria, los Códigos ABC de la Alternative Link², para el reembolso a proveedores alternativos. Las intervenciones de la NIC son una parte del sistema de codificación ABC. La Alternative Link está buscando el reconocimiento del gobierno federal de Estados Unidos como conjunto de códigos que pueden utilizarse para el reembolso de Medicare y, actualmente, algunos estados utilizan los códigos ABC en los programas Medicaid.

Sexta razón: planificación de los recursos necesarios para la práctica de enfermería

Recientemente, la identificación de los costes de las intervenciones de enfermería específicas permite la evaluación de la relación coste-efectividad de los cuidados de enfermería. Conocer los costes y la efectividad de intervenciones específicas permite la disminución de aquéllos a través de la eliminación o sustitución de servicios y ayuda a determinar si los costes actuales aumentarán o disminuirán los costes futuros⁴⁵. El primer paso de este importante proceso es la identificación de las intervenciones realizadas. Entonces, se podrá estudiar el tiempo de administración, costes y efectividad de las mismas. Esta información ayudará a los administradores del personal de enfermería a planificar de forma más efectiva el personal y los equipos necesarios para llevar a cabo las intervenciones. En el pasado, la utilización de recursos se basaba en la tradición; la identificación de las intervenciones de enfermería constituye el primer paso hacia una planificación y utilización de los recursos de manera eficaz en el futuro.

Séptima razón: lenguaje para comunicar la función única de enfermería

En la primera de una serie de tres partes que apareció en el *journal of the American Medical Association* en diciembre de 1990, el personal de la publicación preguntaba «¿Cómo un elemento tan obvio de los cuidados sanitarios puede ser tan invisible?»⁴. Seguían para identificar el dilema clave: «¿Qué hace una profesional de enfermería que sea tan único?». En una serie de ejemplos, Gebbie²⁷ destacó la invisibilidad de la profesión. Según Gebbie, la importancia del componente cuidados de los cuidados sanitarios en los resultados esperados conseguidos se ha reconocido cada vez más, aunque la enfermería no esté reconocida como factor contribuyente importante: «No hay indicios de una comprensión del campo completo de la enfermería ni de la manera en que la profesión de enfermería podría unirse a la discusión total [de la efectividad de los cuidados sanitarios]» (pág. 5). Lo que han reconocido Gebbie y otros dentro de la profesión de enfermería es que necesitamos describir sistemáticamente qué hacen estos profesionales para que se comprenda su aportación a los cuidados sanitarios. Una clasificación de intervenciones de enfermería ayuda en los esfuerzos de ésta para describir su unificación, así como sus similitudes con otros profesionales de la salud.

Octava razón: articulación con los sistemas de clasificación de otros proveedores de cuidados

A efectos de retribución e investigación, el gobierno federal, las compañías de seguros y la comunidad médica han reunido información sanitaria normalizada durante algunos años. Se han desarrollado varios Grupos de Datos Sanitarios Mínimos de Alta bajo los auspicios del National Committee on Vital and Health Statistics. El Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta (CMBD) ha sido incorporado en los requisitos de facturación hospitalaria uniformes. Catorce ítems se han incluido: identificación del paciente, fecha de nacimiento, sexo, raza y grupo étnico, residencia, identificación del hospital, fechas de ingreso y alta, diagnósticos médicos primarios, diagnósticos secundarios, procedimientos, situación al alta del paciente, fuente de pago principal esperada e identificación del médico. El Conjunto Mínimo Básico de Datos Ambulatorio es similar al CMBD, pero se basa en el supuesto de que el paciente no está hospitalizado ni en ninguna institución. El Conjunto Mínimo Básico de Datos de Larga Distancia se utiliza en los cuidados de larga estancia definido ampliamente para cubrir los servicios ambulatorio, domiciliario y en instituciones en una amplia gama de situaciones. Este grupo de datos es mayor que los dos anteriores y cubre actividades básicas de la vida diaria, la movilidad, problemas de conducta, la visión, audición y demás capacidades funcionales⁵⁰.

Para cada artículo o variable definida para un grupo de datos es necesaria una clasificación de términos de la variable. Por ejemplo, cada una de las variables de los diagnósticos, intervenciones y resultados requiere una clasificación. La principal clasificación de términos médicos es la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD e ICD-CM)⁶⁰⁻⁶⁴⁻⁷⁷, la Terminología Actual de Procedimientos (CPT)³, el Manual de Diagnósticos y Estadística de Trastornos Mentales (DSM)⁶, la Nomenclatura

Sistematizada de Medicina (SNOMED)³⁶⁻³⁷ y el Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes de la Administración Económica de los Cuidados Sanitarios (HCPCS)³⁸. Para comparar estas clasificaciones con la NIC, véase el capítulo 2 de la segunda edición de este libro.

Los grupos de datos y los sistemas de clasificación médica descritos anteriormente no incluyen los cuidados. En consecuencia, el impacto de éstos en la calidad de los cuidados a los pacientes y en los costes de los cuidados sanitarios se desconoce y es invisible. Harriet Werley y colaboradores han publicado profusamente sobre la necesidad de un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que sería reunido sistemáticamente en todos los centros^{39,40}. Las variables de cuidados identificadas para ser incluidas en el CMBD son los diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería, resultados esperados del paciente y la intensidad de los cuidados. La NIC tiene como objeto la clasificación de las intervenciones de enfermería que puedan utilizarse para llevar a cabo el CMBD.

DESARROLLO DE LA NIC

De este modo, teniendo presentes estas razones, en 1987 empezó el trabajo para desarrollar la NIC. Tal como se indica en el capítulo 1, la investigación ha avanzado a través de cuatro fases solapadas en el tiempo:

- Fase I: Elaboración de la clasificación (1987-1992).
- Fase II: Elaboración de la taxonomía (1990-1995).
- Fase III: Prueba y perfeccionamiento clínicos (1993-1997).
- Fase IV: Uso y mantenimiento (a partir de 1996).

Durante 7 años la investigación ha recibido una subvención de los National Institutes of Health, National Institute of Nursing (1991-1998), y más recientemente se han recibido subvenciones del National Institute of Nursing Research (NINR) y de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) para la investigación de la efectividad. El resto del capítulo es una introducción al trabajo realizado en cada una de las fases. Aunque ahora los primeros años de desarrollo pueden considerarse históricamente, incluimos una introducción sobre ellos de manera que aquellos que se introduzcan por primera vez en la Clasificación entiendan sus orígenes.

Fase I: elaboración de la clasificación (1987-1992)

En la fase I se identificaron las actividades de enfermería, se agruparon y se asignaron a una denominación conceptual de intervención. Para elaborar la clasificación se utilizaron tres etapas: identificación y resolución de las cuestiones conceptuales y metodológicas, generación de una lista inicial de intervenciones, y perfeccionamiento de la lista de intervenciones y de las actividades. Cada una de estas etapas se detalla a continuación, pero el lector deberá remitirse a la primera edición de este libro⁴¹, en la que se explica con más detalle esta fase de investigación.

Etapas 1: identificación y resolución de las cuestiones conceptuales y metodológicas

Durante la primera etapa de la investigación, se hicieron evidentes una serie de cuestiones conceptuales y metodológicas que luego fueron resueltas. Por ejemplo, una cuestión metodológica importante era si debíamos utilizar un enfoque inductivo o deductivo. Se descartó el enfoque deductivo, por el que se podían identificar y colocar las intervenciones dentro de una estructura conceptual, después de un análisis sistemático de los esquemas de clasificación de intervenciones existentes⁴². Se decidió seguir un enfoque inductivo que comenzara con las actividades empleadas en enfermería para planificar y documentar los cuidados. Una cuestión conceptual importante era el tema de qué tipo de actividades de enfermería debían incluirse en la taxonomía de intervenciones. Para responder a este interrogante se identificaron las actividades de enfermería, que abarcan todas las actividades de valoración, intervención y evaluación realizadas por estos profesionales para beneficiar a los pacientes. Éstos realizan, para beneficio de los pacientes, las siguientes actividades:

1. Actividades de valoración para realizar el diagnóstico de enfermería.
2. Actividades de valoración para reunir información para que el médico realice el diagnóstico médico.
3. Actividades de tratamiento iniciadas por el profesional de enfermería en respuesta al diagnóstico de enfermería.
4. Actividades de tratamiento iniciadas por el médico en respuesta al diagnóstico médico.
5. Actividades para evaluar los efectos de los tratamientos de enfermería y médico. Éstas también son actividades de valoración, pero se realizan a efectos de evaluación, no de diagnóstico.
6. Actividades de enfermería administrativas e indirectas que apoyan las intervenciones.

A fin de que resulte útil para múltiples propósitos, una clasificación de intervenciones de enfermería debe incluir todos los tipos de tratamientos realizados por sus profesionales. El centro de las intervenciones de enfermería deben ser los tratamientos iniciados por ellos (categoría 3), pero toda lista de intervenciones de enfermería (p. ej., para un sistema de planificación de cuidados informatizado) también debe incluir tratamientos iniciados por el médico (categoría 4). Las actividades de tratamiento iniciadas por el personal de enfermería en respuesta al diagnóstico de enfermería también deben incluir aquellos tratamientos de enfermería que resultan de la respuesta del paciente a las intervenciones médicas. Si una intervención médica ha ocasionado un problema en el paciente susceptible de ser corregido con tratamiento de enfermería, entonces el profesional de enfermería deberá realizar un diagnóstico y tratarlo. Por ejemplo, algunos tratamientos médicos pueden dejar al paciente imposibilitado de llevar a cabo sus actividades de higiene diaria. El profesional de enfermería que observe esto, realizará un diagnóstico de enfermería de Baño/Déficit de autocuidados de higiene y llevará a cabo las intervenciones necesarias de Baño y Cuidados del cabello. Las categorías 3 y 4 de la lista anterior incluyen las actividades de monitorización y valoración de dichos profesionales cuando éstas se realizan como tratamientos. Desgraciadamente, las palabras *vigilancia* y *valoración* se utilizan con muchos significados distintos en los cuidados. Cuando se emplean para referirse solamente a las actividades de reunión de datos, deben incluirse en las categorías 1, 2 y 5.

Las actividades de las categorías 1 y 2 son funciones de valoración (prediagnóstico), no intervenciones (posdiagnóstico). La categoría 5 se centra en la evaluación y se identifica mejor cuando se articula una clasificación de resultados del paciente. La categoría 6, actividades administrativas y de cuidados indirectos, implica actividades de apoyo relacionadas con el desarrollo del personal, llevar los registros, asignación de personal, programación de horarios, etc. En principio no estaban enfocadas a la inclusión en esta clasificación, pero, debido a la respuesta del personal de enfermería y por su importancia, la segunda edición de este libro incluía muchas intervenciones de cuidados de enfermería indirectas. Una intervención indirecta consiste en un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio de un paciente o de un grupo de pacientes; por ejemplo: Comprobación de sustancias controladas, Desarrollo de situación crítica y Revisión del carro de emergencias. Las intervenciones de enfermería indirectas apoyan la efectividad de las intervenciones de enfermería directas. La NIC no incluye intervenciones administrativas que, más que por profesionales de enfermería clínicas, están realizadas por un director de enfermería, aunque algunas de las intervenciones de enfermería indirectas de la NIC (p. ej., Contención de los costes, Delegación y Supervisión del personal) realizadas por un director de enfermería se convertirán en intervenciones administrativas.

Etapas 2: generación de una lista inicial de intervenciones

Las actividades de enfermería, o el papel que los profesionales de enfermería desempeñan como el paso de implantación del proceso de enfermería, aparecieron rápidamente en los libros de texto de enfermería, las guías de planificación de cuidados de enfermería y los sistemas de información. En todas estas fuentes, antes de la NIC, una intervención era vista como una acción individualizada o una lista de actividades individualizadas con poca conceptualización sobre su mutua interacción. Por ejemplo, las que siguen eran intervenciones típicas que figuraban en los libros de texto de enfermería anteriores a la NIC: «Auscultar sonidos respiratorios antes y después de la aspiración», «Vigilar el nivel de

consciencia» y «Cortar los alimentos en trozos pequeños». Típicamente, los libros incluían cientos de estas «intervenciones» en la lista de un paciente en particular o para cualquier diagnóstico, llegando a ser varias docenas. Muy a menudo, estas acciones eran una mezcla de actividades de valoración y de tratamiento, así como una mezcla de actividades iniciadas por el profesional de enfermería o por el médico. Una lista de intervenciones de un libro no era igual que la lista de otro para la misma condición. Por ejemplo, si se comparan las intervenciones de enfermería sugeridas para el diagnóstico de Intolerancia a la actividad en varios textos, encontraremos enormes diferencias. Para el tratamiento de la Intolerancia a la actividad, Moorhouse, Geissler y Doenges⁵⁷ dan una lista de seis intervenciones independientes (p. ej., «Comprobar signos vitales antes e inmediatamente después de la actividad») y una intervención de colaboración («Seguir el programa de actividad y de rehabilitación cardíaca gradualmente»); McFarland y McFarlane⁵⁴ ofrecen una lista de tres objetivos con 24 intervenciones (p. ej., «Valorar el esquema de actividad pasado y presente del paciente» y «Comprometer al paciente inmóvil en un régimen de ejercicios pasivos»), y Carpenito⁵³ da una lista de ocho categorías mayores de intervenciones y 46 actividades discretas (p. ej., «Enseñar a la persona a practicar una tos controlada cuatro veces al día» y «Discutir la necesidad de inmunizaciones anuales [contra la gripe, bacterias]»). A pesar de la mezcla de acciones y la enorme diferencia de enfoque, nos pareció que podíamos comenzar la tarea de elaboración de la clasificación de intervenciones agrupando los datos disponibles. De esta forma, el enfoque inductivo, que hace uso de estos datos tan ricos, era la opción lógica.

Los investigadores diseñaron un formulario de calificación de fuentes de datos y lo utilizaron para analizar y calificar las fuentes de datos de varias áreas de especialidades. (Véase la primera edición de este libro para disponer de una copia del formulario de calificación, una lista de las fuentes analizadas y un análisis del proceso utilizado⁵⁸.) Los criterios utilizados para seleccionar las fuentes eran: (1) presentar acciones de cuidados claras, individualizadas; (2) incluir una lista completa de acciones, y (3) representar la práctica actual.

Se analizaron 45 fuentes de diversas áreas de especialidad. Se hicieron todos los intentos posibles para que la selección de la fuente fuera completa; la idea principal era «arrancar» para generar una lista inicial de intervenciones. El análisis de los libros de planificación de cuidados incluía los publicados en los 5 años anteriores (1983-1988); el análisis de sistemas de información se limitó a tres en el estado de Iowa para los que se disponía de acceso, y un cuarto cuyo libro estaba publicado y disponible. Se decidió incluir algunos sistemas de información como fuentes, puesto que las listas de intervenciones de estos sistemas añadían una dimensión adicional a la práctica.

Se utilizaron 14 de las fuentes de mayor calificación en ocho trabajos de análisis de contenido para crear una lista inicial de denominaciones de intervenciones. El primer par de ejercicios utilizaba fuentes más generales (médico-quirúrgico) en su naturaleza, dos trabajos se servían de listas informatizadas, y tres trabajos usaban libros de especialidad en áreas que pueden no haber sido incorporadas por las fuentes generales o de sistemas de información. La descripción exacta de las fuentes de ejercicios, la cantidad de actividades utilizadas en cada uno y los métodos empleados para seleccionar las actividades se incluyen en el Cuadro 3-3 de la primera edición de este libro⁵⁹.

Antes de la preparación de cada ejercicio, el equipo de investigación analizó el progreso de denominaciones/actividades hasta la fecha y seleccionó de las fuentes de mayor calificación aquellos con mayor posibilidad de dar origen a nuevas denominaciones de intervenciones. Una vez que se determinaron las fuentes para el siguiente ejercicio, fueron analizadas por los principales investigadores y se determinó el método de selección de actividades. Para casi todas las fuentes las actividades fueron elegidas mediante selección aleatoria sistemática, pero la frecuencia de selección (p. ej., seleccionar cada cinco artículos o cada dos artículos) variaba por el número de actividades que figuraban en la fuente. Además, algunos textos estaban organizados por diagnóstico de enfermería y requerían la selección de diagnósticos de enfermería determinados para poder identificar las actividades de enfermería. El análisis del contenido se utilizó para categorizar las actividades enfermeras seleccionadas. Cada ejercicio se realizó de la manera siguiente:

1. Se seleccionaron aleatoriamente unas 250 actividades concretas de enfermería de dos fuentes relacionadas y se introdujeron en un fichero informático.

2. Se imprimió cada actividad en una tira de papel separado, y las tiras fueron distribuidas a todos los miembros del equipo de investigación.
3. Cada uno de los miembros del equipo categorizó de forma independiente las actividades y le dio a cada categoría una denominación de intervención.

Al principio, cada denominación hubo de ser generada por los miembros del equipo en función de su conocimiento y experiencia. Comenzando con el tercer ejercicio, los miembros seleccionaron una denominación ya identificada o añadieron una nueva denominación si la adecuada no se encontraba en la lista. En cada ejercicio se utilizaron aproximadamente 250 actividades, ya que el equipo consideró que ésta era una cantidad de actividades manejable, que además dio lugar a un buen número de denominaciones. Estos ejercicios requerían un trabajo intenso, empleando cada investigador de 4 a 6 horas en terminarlos y muchas más horas para introducir los resultados de los mismos en un ordenador. Algunas de las estrategias utilizadas por los miembros de grupo y los líderes del equipo para cumplir con esta etapa de la investigación fueron debatidas en un artículo aparecido en 1991⁴⁷, así como en las páginas 37 a 39 de la primera edición de este libro⁴⁸.

Debido a que los ejercicios séptimo y octavo dieron lugar sólo a unas pocas denominaciones y puesto que el equipo de investigación estuvo de acuerdo en que estos ejercicios eran redundantes, se determinó que ya se había generado una lista inicial de denominaciones de intervenciones y que era hora de pasar a la siguiente etapa del perfeccionamiento. No creíamos que se hubieran generado todas las denominaciones de intervenciones para la taxonomía, pero sí que se había determinado una gran mayoría de ellas y que los ejercicios ya no eran el método más útil para el perfeccionamiento y ampliación de la lista.

Etapas 3: perfeccionamiento de la lista de intervenciones y de las actividades

Después de los ejercicios de análisis de contenidos, cada denominación de intervención incluía desde una a varios cientos de actividades asociadas. Muchas de ellas eran redundantes debido a que diferentes fuentes proponían la misma actividad pero con distinto enunciado. La tarea era perfeccionar las denominaciones y las actividades para progresar hacia la validez de la forma y el contenido. Se utilizaron dos métodos de perfeccionamiento: ensayo de expertos y grupos focales.

Para los ensayos de expertos se usó un procedimiento de cuestionario de Delphi de dos vueltas. Los profesionales de enfermería con un máster recibieron cuestionarios compuestos por intervenciones relacionadas con las áreas de su especialidad. El cuestionario de la primera ronda fue desarrollado a partir de las listas de denominación/actividad generada por los ejercicios. Además, la literatura sobre cuidados clínicos y de investigación fue analizada por un investigador del equipo que perfeccionó las actividades y añadió todas las denominaciones y actividades que faltaban. El investigador redactó también una denominación de la intervención que fue incluida en una o en las dos vueltas del ensayo. El procedimiento consistió en seleccionar los grupos de denominaciones de intervenciones relacionadas, generar listas de las actividades asociadas mediante un ordenador y, después de su perfeccionamiento por parte de un investigador del equipo basado en la literatura, elaborar un cuestionario. Se solicitó a los participantes que calificaran cada actividad en función de hasta qué punto era característica de la denominación. Se adaptó la metodología de Fehring^{24,25} de validación de contenido de los diagnósticos de enfermería para su uso con las intervenciones y se permitió a las puntuaciones de Validez de Contenido de Intervención (ICV) disponer de actividades críticas y de apoyo.

El método de Fehring adaptado para las denominaciones de intervenciones incluía los siguientes pasos:

1. Expertos de enfermería calificaron las actividades de cada intervención en una escala tipo Likert de 1 (la actividad no es característica en absoluto de la intervención) a 5 (la actividad es muy característica). También se les solicitó que sugirieran actividades que faltaran y que comentaran la definición.
2. Se utilizó la técnica Delphi para elevar el consenso entre los expertos. Se utilizaron cuestionarios de dos vueltas. La segunda vuelta representaba un perfeccionamiento de la primera lista de

actividades e intervenciones basado en las respuestas de los profesionales de enfermería en la primera vuelta.

3. Se calcularon índices de peso para cada actividad. Estos se obtuvieron sumando los pesos asignados a cada respuesta y luego dividiéndolos entre el número total de respuestas. Se utilizaron los pesos establecidos por Fehring: 5 = 1, 4 = 0,75, 3 = 0,50, 2 = 0,25 y 1 = 0.
4. Las actividades con índices iguales o superiores a 0,80 se denominaron actividades críticas. Las actividades con índices inferiores a 0,50 fueron descartadas. Estos cortes, determinados por Fehring, constituyen convenciones establecidas que se basan en las normas aceptadas para la determinación de la habilidad.
5. Se obtuvo la puntuación ICV total para cada intervención sumando las calificaciones de actividades individuales y promediando los resultados.

Durante un período de 2 años (junio de 1989 a junio de 1991) se completaron 14 ensayos y se aprobaron 138 validaciones. Se informó acerca del procedimiento y los resultados de 12 de los ensayos en un simposio de *Nursing Clinics of North America*⁹. Estos ensayos incluyeron los temas de Cuidados circulatorios, Cumplimiento, Intervenciones familiares, Líquidos y electrolitos, Acercamiento materno-infantil, Actividad y movimiento, Cuidados neurológicos, Dolor, Enseñanza del paciente, Cuidados respiratorios, Seguridad y Vigilancia. Además, se publicó uno de los primeros ensayos de denominaciones relacionado con los cuidados de la piel en *Nursing Diagnosis*¹⁰. En estas publicaciones se informó acerca de la puntuación ICV de cada intervención y de las puntuaciones de los índices de cada actividad.

El segundo método, el trabajo del grupo de enfoque, fue instituido al notarse que el proceso del ensayo llevaba demasiado tiempo, era costoso y no muy adecuado para todas las intervenciones. Para el método de validación del grupo de enfoque, un miembro del equipo preparaba un esbozo de la denominación, la definición y las actividades para el análisis inicial por parte de un pequeño grupo central de miembros del equipo seguido de un análisis por parte de todo el equipo. A menudo se desarrollaron y analizaron intervenciones relacionadas conjuntamente como un grupo, ya que esto ayudaba en la clarificación de las similitudes y diferencias de las intervenciones. Normalmente cada intervención era analizada tres veces, dos por el grupo central y una por todo el equipo. Para cada intervención se contó con la respuesta de 5 a 20 personas. Cada análisis sucesivo condujo a un mayor perfeccionamiento de la denominación, la definición y las actividades. En ocasiones, el análisis de una intervención condujo a una repetición y revisión de otra intervención desarrollada anteriormente.

El método del grupo de enfoque no tuvo como resultado puntuaciones ICV o agrupamiento de las categorías en actividades principales y de apoyo. Sin embargo, sí obtuvo intervenciones bien definidas y editadas y en listas de actividades completas. Los resultados fueron 198 intervenciones validadas por el grupo de enfoque.

En resumen, el resultado del trabajo de la fase I fueron 336 intervenciones, cada una con una denominación, una definición y un grupo de actividades relacionadas que describían las acciones del profesional de enfermería que implementa la intervención y una bibliografía de apoyo. En este punto de la investigación, sometimos el manuscrito para la primera edición de este libro, que se publicó en mayo de 1992¹¹. Aun cuando sabíamos que el trabajo sólo era un comienzo, creímos necesario publicarlo para que el proyecto fuera conocido y otros pudieran utilizar las intervenciones y dar respuestas. No obstante, continuamos trabajando, y en la segunda edición¹² añadimos nuevas intervenciones y agrupamos las intervenciones en una taxonomía con códigos numéricos.

Fase II: elaboración de la taxonomía (1990-1995)

En la fase II, elaboración de la taxonomía, las intervenciones se agruparon en grupos relacionados y se organizaron en tres niveles de abstracción. Para elaborar la taxonomía se utilizaron dos etapas adicionales.

Etapas 4: disposición de la lista de intervenciones en una estructura taxonómica inicial

Una vez que se hubieron definido las intervenciones, era necesaria una estructura organizativa. Se decidió que la estructura debía resultar sencilla de usar y clínicamente significativa. Se utilizaron califi-

caciones de similitud y agrupamientos jerárquicos para guiar el desarrollo de la taxonomía. El análisis de grupo jerárquico nos ayudó a agrupar intervenciones similares en grupos de intervenciones relacionadas, y estos grupos a su vez se agruparon en «supergrupos» en función de sus similitudes^{23,32}. Los métodos de desarrollo de la taxonomía han sido explicados con detalle en un artículo publicado en *Image* en el otoño de 1993³³. Aquí sólo se ofrece un análisis breve, y los lectores deben remitirse a dicho artículo para más información.

Para generar las calificaciones de similitud, se les dio a 17 miembros profesionales de enfermería del equipo de investigación de intervenciones las denominaciones y las definiciones de intervención en tarjetas separadas. Cada persona clasificó las intervenciones en grupos relacionados. Se les instruyó para que utilizaran un procedimiento inductivo y dejaran que las categorías emergieran de los datos (intervenciones y sus definiciones). También se les solicitó que pusieran un nombre a cada grupo resultante si lo deseaban, pero esto no fue necesario. Estaban limitados a 25 grupos, ya que se pensó que más de esto no resultaría clínicamente útil. Se proporcionó una hoja adicional en la que se les solicitaba que escribieran sus comentarios acerca de las estrategias y guías utilizadas para el agrupamiento.

Los datos de las asignaciones de grupos fueron introducidos en un ordenador y se utilizó un agrupamiento jerárquico para analizar el número de calificadores que ponían intervenciones por pares en el mismo grupo. Se computó una puntuación de aproximación para cada par de intervenciones (p. ej., Administración de productos sanguíneos y Terapia intravenosa [i.v.]). La aproximación se determinó teniendo en cuenta cuántos calificadores colocaban estas dos denominaciones de intervenciones en el mismo grupo. Las aproximaciones de cada par fueron expresadas como la proporción del máximo número de puntos posibles. Si todos colocaban un par particular de intervenciones en la misma categoría, entonces tal par tenía una aproximación de 1. Inversamente, un par de intervenciones (p. ej., Terapia intravenosa [i.v.] y Terapia asistida con animales) que nunca aparecían juntas para ningún calificador recibía una aproximación de 0. Hubo 57.970 pares de intervenciones y, por tanto, 57.970 aproximaciones que computar.

Se eligió un análisis completo de relación (la similitud entre el par más distante de las intervenciones de dos grupos) como la mejor técnica de análisis de grupos para este ejercicio, y se analizaron escritos de cinco agrupaciones de datos diferentes por parte de los miembros del equipo para ver su coherencia y utilidad clínicas. El equipo decidió que entre 20 y 30 grupos definidos era lo más útil clínicamente, y en principio se eligieron 27 grupos que parecían agrupar bien los datos. A éstos se les denominó *clases* de intervenciones. A cada uno se le asignó un nombre teniendo en cuenta las sugerencias hechas por los miembros del equipo durante el ejercicio.

Cada clase fue sistemáticamente analizada por un grupo seleccionado de cuatro a seis miembros del equipo. Se identificaron características distintivas de cada clase y se redactó una definición para cada una. Se hicieron algunas revisiones y luego cada integrante analizó, como un todo, las clases revisadas y sus definiciones. Se realizaron pequeñas modificaciones adicionales y una clase fue eliminada. El grupo determinó que había consenso acerca de las restantes 26 clases, sus nombres y definiciones, y las intervenciones que contenía cada una. No creyeron, sin embargo, que esto fuera la «cima» de la taxonomía. Se tomó la decisión de intentar el mismo ejercicio con una clasificación de las clases.

De esta forma, las 26 clases, cada una con sus definiciones e intervenciones, fueron impresas en tarjetas y los miembros del equipo clasificaron las clases en grupos relacionados. Nuevamente se les instruyó para que utilizaran un procedimiento inductivo y dejaran que los grupos emergieran de los mismos datos. Se les pidió que sugirieran nombres para cada grupo y que registraran sus comentarios en el proceso de toma de decisión en el que estaban comprometidos durante la clasificación. Esta vez se limitaron a siete grupos, puesto que se creyó que el nivel más alto de la taxonomía no sería manejable con una cantidad mayor.

El análisis de grupo jerárquico de 26 clases resultó en seis «supergrupos». Los miembros del equipo analizaron éstos y determinaron que representaban la práctica clínica y decidieron llamarlos *campos*. Se desarrollaron las denominaciones de campo y las definiciones. La estructura de la taxonomía completa compuesta de campos, clases e intervenciones se imprimió y se distribuyó entre todos los miembros del equipo. Se mantuvo un debate y se invitó a cada participante a presentar comentarios por escrito.

En este punto disponíamos de una estructura taxonómica de tres filas compuesta por 6 campos, 26 clases y 357 intervenciones (las 336 originales más otras que se habían desarrollado desde la publicación). La taxonomía fue impresa en un folleto y se puso a disposición de las personas interesadas en su valor³². Después de un estudio de validación (véase la siguiente etapa, ensayo de validación 4), se revisó la taxonomía para incluir los 6 dominios y las 27 clases publicadas en la segunda edición.

Etapas 5: validación de las denominaciones de las intervenciones, actividades definitivas y taxonomía

Ahora que ya teníamos las intervenciones desarrolladas y organizadas, queríamos asegurarnos de que el trabajo había sido útil para el personal de enfermería en prácticas. Se realizaron cuatro ensayos de validación.

Ensayo de validación 1: utilización del ensayo por organizaciones especialistas. En 1992 se distribuyó un cuestionario de tres partes a los jefes de 32 organizaciones de práctica clínica que eran miembros del National Organization Liaison Forum (NOLF) de la American Nurses Association. En la primera parte del cuestionario, se incluyeron la denominación y la definición de las 336 intervenciones. Las intervenciones similares fueron colocadas juntas en las 26 clases de intervenciones de la taxonomía. Se pidió a los representantes de instituciones que calificaran la frecuencia con que sus miembros realizaban cada intervención. La escala de 5 puntos consistía en varias veces al día, aproximadamente una vez al día, aproximadamente una vez a la semana, aproximadamente una vez al mes y raramente o nunca. En la segunda parte del cuestionario, se les solicitó que identificaran cualquier intervención que consideraran que faltaba en la lista y que identificaran las intervenciones que constituyeran el centro de su especialidad. Dicho *centro* fue definido como «si alguien leyera la lista conocería la naturaleza de su especialidad». La parte tres del cuestionario recogía información demográfica.

El jefe de cada organización determinó la forma de entregar la información solicitada. Algunos hicieron que una comisión de prácticas completara el cuestionario, mientras que otros designaron un oficial de la organización para que suministrara los datos. El equipo de investigación recibió 28 cuestionarios útiles. Los implicados de NOLF calcularon que el 84% de sus 264.493 miembros eran empleados, el 43% tenía 10 o más años de experiencia en la especialidad, el 41% tenía un grado de bachillerato y el 27% un grado de graduado, el 37% tenía un título de especialista, y el 46% de los miembros utilizaban los diagnósticos de enfermería.

El informe parcial de los resultados del ensayo figura en cuatro artículos⁷⁻¹²⁻⁶⁸⁺⁶⁹. Estos resultados demuestran que la NIC sí incluye intervenciones adecuadas a todas las especialidades, y también proporcionaron datos de inicio sobre los tipos de usos de las diferentes intervenciones. Se informó que 36 intervenciones habían sido utilizadas varias veces al día por parte del 50% de las organizaciones de especialidad. Las seis intervenciones más frecuentemente utilizadas (utilizadas por el 75% de las organizaciones varias veces al día) eran Escucha activa, Apoyo emocional, Control de infecciones, Monitorización de los signos vitales, Protección contra las infecciones y Manejo de la medicación. Este ensayo demostró que la NIC es útil para definir la naturaleza de la práctica de los profesionales de enfermería especialistas, y proporcionó la base para un ensayo de seguimiento en 1995 para definir las intervenciones centrales (véase pág. 36).

Ensayo de validación 2: utilización del ensayo por profesionales de enfermería a título individual. El ensayo utilizado por las organizaciones de especialistas se modificó y se envió a profesionales de enfermería con carácter individual de diversas áreas de especialidad activamente comprometidos con la práctica clínica. Los nombres se obtuvieron de una lista de participantes que habían servido como calificadores expertos en trabajos anteriores de la NIC. A los participantes se les solicitó que copiaran y pasaran el cuestionario a otros profesionales expertos. Se enviaron 442 cuestionarios y se recibieron 277 útiles. Los participantes eran profesionales de enfermería experimentados, con educación superior: el 90% tenía más de 6 años de experiencia, siendo la media de 17 años; el 77% tenía un grado de bachillerato o superior, con el 55% con un grado de máster. Vivían en todas las regiones del país, la mayoría

en los estados del norte y centro. Muchos estaban empleados en hospitales, con el 91% trabajando en comunidades con más de 30.000 personas.

Este ensayo demostró, además, que todas las intervenciones NIC son utilizadas por el personal en la práctica clínica. Las clasificaciones de uso proporcionadas por las enfermeras individuales fueron analizadas por sitio y especialidad de trabajo. Hubo 219 (79%) profesionales empleados en hospitales y 58 (21%) trabajaban en el ámbito no hospitalario. Hubo 111 (40%) que trabajaban en cuidados intensivos y 166 (60%) realizaban prácticas en otras especialidades. Los resultados fueron analizados para determinar las intervenciones realizadas con mayor frecuencia por sitio y especialidad de trabajo. De las 336 intervenciones consideradas, hubo 159 intervenciones utilizadas con mayor frecuencia por los profesionales de enfermería de hospital que de otros ámbitos. Intervenciones como Manejo ácido-base, Precauciones con hemorragias, Manejo de electrolitos y Manejo de líquidos, que apoyan la regulación homeostática, fueron muy evidentes. Aquellos que no trabajaban en hospitales identificaron 52 intervenciones que utilizaban con mayor frecuencia que los que trabajaban en hospitales. Estas incluían Protección contra abusos, Guía de anticipación, Fomentar el acercamiento, Terapia de reminiscencia y Terapia de grupo. Estas intervenciones apoyan la unidad familiar y facilitan los cambios en el estilo de vida. Hubo 185 intervenciones llevadas a cabo con mayor frecuencia por los profesionales de enfermería de cuidados intensivos, incluyendo intervenciones que apoyan la regulación homeostática, por ejemplo Manejo de las vías aéreas artificiales, Precauciones con hemorragias, Cuidados cardíacos y Manejo del código de urgencias, así como intervenciones de ayuda de autocuidados (p. ej., Baño, Cuidados del paciente encamado, Cuidados de la incontinencia intestinal y Cuidados de los ojos). Hubo 65 intervenciones utilizadas con mayor frecuencia por los profesionales de cuidados no intensivos, incluyendo una gran cantidad de intervenciones que apoyan la unidad familiar (p. ej., Protección contra abusos, Guía de anticipación, Fomentar el acercamiento, y Estimulación de la integridad familiar: familia con niño [recién nacido]) y aquellas que facilitan los cambios de estilo de vida (p. ej., Aumentar el afrontamiento, Asesoramiento, Facilitar el aprendizaje y Entrenamiento de la memoria). Se utilizaron otras intervenciones igualmente para todos los grupos. (Véase el Cuadro 2-4 en las págs. 27-30 de la segunda edición de la NIC³³ para los resultados completos.) Aunque el ensayo sólo representó los datos de inicio de las intervenciones utilizadas por los profesionales de enfermería, demostró que la NIC es útil para describir el trabajo del profesional que opera en distintos ambientes y diferentes áreas de especialidad.

Ensayo de validación 3: utilización de intervenciones de enfermería indirectas. En cada uno de los dos estudios anteriores, se solicitó a los participantes que identificaran toda intervención que consideraran que faltaba en la NIC. Muchas de las sugerencias de intervenciones adicionales se referían al área de cuidados indirectos: tratamientos realizados lejos del paciente pero importantes para la efectividad de las intervenciones de enfermería directas. Los ejemplos incluyen Comprobación de sustancias controladas, Desarrollo de situación crítica, Revisión del carro de emergencias, Manejo ambiental y Manejo de los suministros. La respuesta de los participantes del ensayo confirmó a los miembros del equipo que era importante desarrollar más intervenciones de enfermería indirectas. De acuerdo con Prescott y colaboradores⁶⁰, la mitad del tiempo de un profesional de enfermería se pasa en actividades de manejo indirecto y de unidad, en comparación con sólo un tercio del tiempo del profesional dedicado a actividades de enfermería directas (los cálculos varían según el estudio; el porcentaje restante de tiempo está en la categoría del personal). La importancia de definir las intervenciones de enfermería indirectas es cada vez más significativa a medida que aumenta el manejo de casos y el uso de personal asistente sin titulación. Es necesaria la definición de los cuidados tanto directos como indirectos para poder decidir lo que hay que delegar en los demás. El equipo de investigación mantuvo varios debates acerca de la naturaleza de las intervenciones de enfermería y decidió que era el momento de ampliar la NIC para incluir tanto los tratamientos de enfermería directos como indirectos. La definición de una intervención de enfermería fue revisada para incluir las intervenciones de enfermería indirectas. Cuando tuvimos una cantidad suficiente de intervenciones indirectas se realizó un ensayo de validación de algunas de ellas. Para el ensayo se marcaron cuatro objetivos:

1. Determinar la proporción de utilización (validez) de las intervenciones de enfermería indirectas.
2. Ayudar en la identificación de las intervenciones de enfermería indirectas faltantes.
3. Determinar cálculos de tiempo de las intervenciones.
4. Determinar el nivel de preparación del proveedor para realizar las intervenciones.

Los objetivos 3 y 4 se incluyeron como un trabajo piloto para futuros estudios.

Se desarrolló un cuestionario para saber el uso de 26 intervenciones de enfermería indirectas, que fue enviado a 500 miembros docentes de enfermería médico-quirúrgica. Este grupo fue elegido debido a que se creyó que estos profesionales realizarían la mayoría de las intervenciones. Devolvieron 171 ensayos útiles. Los resultados muestran que las 26 intervenciones son utilizadas en la práctica, lo que apoya la validez de incluirlas en la MC. Las intervenciones utilizadas varias veces al día por parte del 50% o más de los participantes fueron Documentación (97%), Delegación (80%), Transcripción de órdenes (77%), Manejo ambiental (70%) y Manejo de la tecnología (62%). Algunas intervenciones fueron utilizadas varias veces al día por un 40% o más de los participantes: Comprobación de sustancias controladas (49%), Consulta por teléfono (48%), Informe de turnos (45%), Manejo de muestras (45%), Facilitar las visitas (43%) y Transporte (42%). Las que fueron utilizadas raramente o una vez al mes fueron *Triage* (83% raramente, 9% mensualmente), Manejo del código de urgencias (61% raramente, 32% mensualmente), Evaluación de productos (56% raramente, 33% mensualmente) y Preceptor: empleado (raramente 43%, mensualmente 40%). Los detalles de los resultados de este ensayo, incluyendo información sobre las veces que se realizan las intervenciones o se delegan las decisiones, aparecerán próximamente en un artículo³².

Ensayo de validación 4: validación de la taxonomía. El cuarto ensayo de validación fue un cuestionario desarrollado para valorar el sentido que tenían las clases y los campos. Fue distribuido en mayo de 1993 a un conjunto de profesionales expertos en desarrollo de teorías que eran miembros de la Midwest Nursing Research Society (MNRS)³⁴. Se enviaron cuestionarios a 161 miembros de la MNRS de los grupos interesados en el desarrollo de la teoría, métodos cualitativos y diagnósticos de enfermería, y se analizaron 121 ensayos útiles. La muestra fue de 47 años de edad, de promedio, con una media de 24 años de experiencia en enfermería. Veinte (16%) tenían un grado de máster y los restantes 101 sujetos (83%) un doctorado.

Se suministraron a cada participante una copia de la taxonomía completa y un cuestionario del ensayo. Se solicitó a cada uno que calificara los campos y cada una de las clases en cuanto a sus características (de 1 -para nada característico- a 5 -muy característico-) en función de cinco criterios:

Claridad: la denominación y la definición de clase se establecen en términos claros y comprensibles.

Homogeneidad: todas las intervenciones son variaciones de la misma clase,

Inclusividad: la clase incluye cada intervención posible.

Exclusividad mutua: la clase excluye las intervenciones que no pertenecen a ella.

Teoría neutral: la clase puede ser utilizada por cualquier institución, especialidad de enfermería o modelo de administración de cuidados independientemente de la orientación filosófica.

El análisis de los resultados indicó que la taxonomía estaba bien desarrollada. Concretamente, el 77% de los participantes calificó los dominios como bastante característicos o muy característicos en todos los criterios, y el 88% de los participantes clasificó las clases como bastante características o muy características en todos los criterios. Los criterios de la teoría neutral y la exclusividad mutua recibieron las más altas calificaciones; el criterio de inclusividad recibió las más bajas. El campo Fisiológico: complejo tuvo las calificaciones más altas, y el campo Sistema sanitario tuvo las más bajas, debido principalmente a que los participantes no creían que incluyera todas las intervenciones de esta área. Puesto que éste es el campo en el que están ubicadas la mayoría de las intervenciones de enfermería indirectas, se validó la necesidad de desarrollar más intervenciones de este tipo.

En función de los resultados, tanto cualitativos como cuantitativos, se realizaron revisiones de la taxonomía. Los cambios se produjeron principalmente en las definiciones. Se modificaron tres nom-

bres de clases y se creó una nueva clase, Control de la información. Además, algunas intervenciones cambiaron de clase y se añadieron o se omitieron algunas referencias cruzadas. En general, la revisión mostró la validez de la taxonomía; los cambios se realizaron para favorecer la claridad. Además, en ese momento, se incluyeron todas las intervenciones nuevas que se habían desarrollado desde la publicación del libro de la NIC en 1992. La mayoría de ellas resultaron fáciles de ubicar e hizo falta muy poco debate. En ese momento, se adjudicó a cada intervención un número único. En 1996, en la segunda edición de la NIC se publicó la taxonomía validada con 6 dominios, 27 clases y 443 intervenciones codificadas⁵⁰.

Fase I: prueba y perfeccionamiento clínicos (1993-1997)

En la fase III, prueba y perfeccionamiento clínicos, se realizaron pruebas de campo de las intervenciones en cinco instalaciones clínicas y se desarrollaron guías para ayudar a otras en la implantación. Se recibieron respuestas de profesionales de enfermería desde sus campos y de otros usuarios, y se desarrolló el sistema para el perfeccionamiento de las intervenciones. También se identificaron las intervenciones centrales para 39 especialidades de enfermería.

Prueba de campo

Una de las virtudes de la NIC es lo completo de su capacidad. La NIC incluye todas las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería para los pacientes. Resulta útil para este personal en todas las especialidades y en todas las situaciones. En la fase III se hizo el trabajo de campo en cinco centros para poner en práctica la NIC en sus sistemas de información de enfermería y para establecer los mecanismos que ayuden a otros a su puesta en práctica. A continuación se presenta la relación de los centros participantes (1993-1997) y una breve descripción de sus sistemas informáticos:

- El Génesis Medical Center de Davenport, Iowa, es un hospital comunitario de 500 camas con aproximadamente 680 profesionales de enfermería titulados, físicamente divididos en dos espacios -el Campus Este y el Campus Oeste- después de la consolidación de dos hospitales comunitarios en 1994. Los diagnósticos de enfermería han sido el centro de planificación de los cuidados del paciente en el Campus Oeste desde 1982. Para generar y documentar los planes de cuidados del paciente se ha utilizado un sistema de información de enfermería informatizado a través de un ordenador central Spectra 2000, todo basado en la lista de diagnósticos NANDA desde 1984. Este campus utiliza la planificación de cuidados manual.
- Los University of Iowa Hospitals and Clinics en Iowa City en 1994 eran un hospital docente y un centro de cuidados terciarios de 820 camas con un personal de 1.500 profesionales de enfermería titulados. El hospital ha estado informatizado desde principios de la década de 1970 con un sistema de ordenador central IBM. El sistema de información de enfermería, denominado *INFORMM*, fue diseñado en la casa e implementado para la planificación de cuidados en 1988. En 1994 se implementó la documentación *on-line* de las órdenes de enfermería.
- La Oaknoll Retirement Residence es un complejo independiente y de cuidados a largo plazo situado en Iowa City. En 1994 disponía de 133 apartamentos para personas ancianas capaces de vivir independientemente y una instalación de cuidados a largo plazo de 48 camas (32 hábiles y 16 intermedios). El departamento de enfermería emplea a 16 profesionales titulados. El sistema de información de enfermería, nuevamente adquirido en 1993, es un ordenador personal compatible con IBM y utiliza un programa de registros médicos MEDCOM.
- El Dartmouth-Hitchcock Medical Center es un hospital docente que en 1994 disponía de 435 camas y un centro de cuidados terciarios con un personal de más de 650 profesionales titulados situado en Lebanon, New Hampshire. El hospital está trabajando con la Cerner Corporation de Kansas City para desarrollar un sistema de información de enfermería. La aplicación del Cerner se lleva por *hardware* digital y representa un sistema fuertemente integrado que se fundamenta en una base de datos relacionales.

- El Mulcahy Outpatient Center del Loyola University Medical Center en Chicago, Illinois, es una instalación de cuidados ambulatorios de múltiples especialidades con un servicio de enfermería comunitaria, un programa de cuidados paliativos y un centro gestionado por personal de enfermería asociado. En 1994, los programas ambulatorios supusieron 226.126 visitas de pacientes y emplearon a 223 profesionales titulados. El hospital del centro médico utiliza un sistema de información de enfermería Technicon (TDS) denominado *LUCÍ*. El sistema está instalado en el centro de pacientes externos, aunque las funciones de planificación y documentación de cuidados todavía no están en línea.

La implantación de campo tuvo diferentes niveles de éxito en cada centro (para más información véase la tercera edición). A pesar de los inmensos desafíos para la implantación durante una época de recortes y presiones fiscales, de una u otra forma la NIC se implantó en todas las agencias y aprendimos de sus intentos. Los representantes de cada uno de los cinco lugares de campo colaboraron en un artículo describiendo la implantación de la NIC en ellos y los problemas asociados²¹. Aunque los desafíos relacionados con la informatización de la NIC eran diferentes según el tipo de instalación, de si ya existía o no un sistema de información de enfermería y de la sofisticación del personal, hubo algunos problemas comunes a todos. A partir del trabajo del lugar de campo, escribimos «Etapas para implantar la NIC en un centro práctico clínico» y «Reglas de implantación para utilizar la NIC en un sistema de información de enfermería» (véase el capítulo 3, págs. 51 y 54) para ayudar a aquellos que empezasen a implantar la NIC. Además, también escribimos «Etapas para implantar la NIC en un entorno educativo» (véase pág. 62) para ayudar a los educadores a implantar la NIC.

En 1997 construimos una escala para medir el alcance de la implantación, y pedimos a los representantes de cada centro que tomaran parte en la escala. Esta escala intenta medir la «dosis» de NIC como variable independiente. La escala se obtuvo a partir de dos fuentes: (1) un grado de la escala de implantación de Joyce Yerran y sus colaboradores, que habían desarrollado índices para medir la fuerza de conceptos que eran una parte de un modelo de práctica de grupo diferenciado (oímos hablar acerca de ello en una presentación nacional y obtuvimos muestras del Dr. Verran; después se ha publicado la escala⁵⁵), y (2) los Pasos de Iowa para la Implantación de la NIC en un Entorno Práctico y los Pasos para la Implantación de la NIC en un Entorno Educativo. La escala es consistente con el modelo de Roger del proceso de decisión-innovación⁶³, que consta de cinco etapas: (1) conocimiento, (2) persuasión, (3) decisión, (4) implantación y (5) confirmación. La escala se probó en junio de 1995 en 106 centros cuyos representantes habían contactado previamente con nosotros para obtener información acerca de la NIC y se revisó ligeramente en función de sus respuestas. La Figura 2-1 muestra la escala para medir el grado de uso de la NIC en instalaciones prácticas o educativas con las respuestas de 1997 de cada uno de nuestros lugares de campo anteriores. Apartir de las proporciones puede observarse que cada uno de los lugares de campo anteriores, incluyendo aquellos en los que se encontraron dificultades, implantó la NIC en algún grado. La escala se incluyó en un manual de implantación⁵⁵ realizado para ayudar a otros centros a implantar la NIC.

Para controlar de cerca la implantación de la NIC y aprender a partir de los lugares de campo lo que ayudaría a otros en la implantación, animamos y trabajamos con un estudiante de doctorado que dirigió un estudio cualitativo de la implantación de la NIC en los cinco lugares de campo. La investigación utilizó un diseño de probabilidades para (1) determinar las estrategias utilizadas para introducir la Clasificación, (2) identificar problemas que surgieron y (3) proporcionar guías que facilitasen la implantación en otros centros²⁴. El modelo de Roger de difusión de innovaciones en organizaciones⁶³ proporcionó el marco de trabajo conceptual para dirigir el estudio. La recogida de datos incluyó el registro de entrevistas a los participantes en cada lugar, el registro de reuniones de grupos y el análisis de las transacciones electrónicas de datos en un tablón de mensajes de la NIC. Se entrevistó tres veces durante el primer año de la implantación a los individuos clave de cada lugar: al iniciar el proceso de implantación, a mitad del estudio e inmediatamente antes de finalizar el estudio. Los individuos clave incluían: (1) la persona que tomaba la decisión para adoptar la NIC, (2) el coordinador de área, (3) el enlace con el equipo de investigación y (4) cuatro profesionales de enfermería cualificados. Se utilizó un etnógrafo,

No

No hay actividad actual o actividad planificada en relación con el uso

Uso: _____

Uso: Dar un número para cada ítem

0 = De ningún tipo

1 = Algo

2 = Una cantidad moderada

3 = Una gran cantidad o el ítem se ha completado

Dartmouth	Genesis	Loyola	Oaknoll	UIHC	
3	3	3	3	3	Se está estudiando la idea de utilizar la NIC.
1	3	3	2	3	Se ha expresado un compromiso de uso por parte de personas clave del centro.
3	3	3	2	3	Se ha establecido una agrupación para la implantación y se está discutiendo acerca del uso de la NIC.
0	3	3	1	3	Se ha realizado y distribuido un plan escrito para la implantación.
3	3	3	2	3	Se ha implementado la NIC en una unidad piloto o en algunos cursos.
1	3	1-2	2	3	La NIC está integrada en el centro (p. ej., filosofía, políticas, estándares/objetivos, programas).
1	3	1	2	3	Se ha conseguido la implantación de la NIC «por toda la casa» (es decir, la mayoría de personal/profesorado/estudiantes conocen y usan la NIC).
0	3	1	2	3	La NIC es un aspecto integral del funcionamiento del centro.
0	3	1	2	3	La información respecto al uso de la NIC se utiliza para la formulación continua de estrategias (p. ej., la base de datos de las intervenciones elegida por el personal o por los estudiantes para una población concreta de pacientes es analizada y utilizada para el desarrollo del personal o del profesorado).

Fig. 2-1 Escala para medir el grado de uso de la NIC en instalaciones prácticas o educativas.

un programa de ordenador para el análisis de datos basados en texto, para codificar y organizar los datos. La exactitud de los valores se estableció mediante la revisión del 10% de las transcripciones de las entrevistas y de las reuniones por parte de dos personas. Las 86 entrevistas proporcionaron palabras centrales que entraban en 11 categorías: decisión de adoptar, efectividad del trabajo de enfermería, aumento del trabajo de enfermería, planificación de estrategias, estrategias interactivas, reacción positiva, reacción negativa, cambio de práctica, documentación, diseminación de la información e influencias ambientales. Los hallazgos demostraron que los canales de comunicación utilizados para procesar la información y el líder eran cruciales para el éxito de la implantación. Los beneficios derivados del uso de la NIC mostraron un cambio (de negativo a positivo) cuando los profesionales de enfermería empezaron a utilizar la NIC. Surgieron dos temas principales que mostraron que el uso de la NIC aumentaba la eficacia y la efectividad demostrada de los cuidados de enfermería. La documentación era un problema importante para los usuarios. Este estudio corroboró las guías (pasos para la puesta en práctica de la NIC en un centro asistencial, véase pág. 51) desarrolladas por los investigadores principales del equipo de investigación del Proyecto de Intervenciones de Iowa.

Durante este tiempo, además de nuestros cinco lugares de campo «oficiales», muchos otros centros empezaron a implantar la NIC. En 1997 estimamos que aproximadamente 208 centros de práctica clínica y más de 100 instalaciones educativas empezaron a utilizar la NIC de algún modo; el uso ha seguido creciendo, y las agencias de práctica clínica y un creciente número de vendedores firmaron permisos para introducir la NIC en sus sistemas informáticos. Para proporcionar cierta ayuda a los otros que no formaban parte de nuestro esfuerzo subvencionado de lugar de campo, en octubre de 1993 empezamos *The NIC Letter*, que en marzo de 1997 se convirtió en *The NICfNOC Letter*. En 1998 la lista de envíos de esta hoja informativa, tres veces al año, fue de más de 1.200 individuos; el año 2001, dado el coste del aumento de suscriptores, que ascendían a más de 1.600, la *Letter* fue publicada sólo dos veces. *The NICfNOC Letter* continúa hoy en día y se distribuye electrónicamente a muchos suscriptores. Una LISTSERV se empezó para ayudar en la comunicación entre el personal de los lugares de campo para cualquiera que estuviera interesado, y actualmente tiene más de 300 participantes activos en varios países. El vídeo realizado por la National League for Nursing (*Meet NIC: The Nursing Interventions Classification*

System) también es una buena manera para introducir al personal de enfermería y a los estudiantes en la NIC. Realizamos un fondo bibliográfico de nuestras publicaciones desde 1990 hasta junio de 1996¹⁶; está disponible en el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, y es una buena fuente para aquellos que están interesados en el desarrollo inicial de la NIC. El fondo bibliográfico es una manera adecuada de obtener todas las lecturas importantes iniciales y es especialmente útil para aquellos que están descubriendo el lenguaje normalizado y la NIC, y para aquellos que están en países donde les es difícil acceder a las revistas de EE.UU.

Intervenciones centrales

Mientras observamos a los profesionales de enfermería en sus unidades discutiendo sobre la mejor manera de implantar la NIC, vimos que una etapa inicial era su esfuerzo por determinar cuáles de las intervenciones estaban más relacionadas con su población de pacientes y debían centrarse en primer lugar para la implantación. Al mismo tiempo, los educadores pedían indicaciones sobre qué intervenciones estaban relacionadas con los cursos concretos. Para ayudar a identificar las intervenciones centrales para las áreas de una especialidad en la práctica, en junio de 1995 enviamos un cuestionario a 49 organizaciones de especialidades clínicas. Cada representante de las distintas organizaciones debía identificar, en beneficio de la organización, las intervenciones de la NIC centrales para su especialidad. Las intervenciones centrales se definieron como un «conjunto limitado de intervenciones centrales que definen la naturaleza de la especialidad. Leyendo la lista de intervenciones centrales, una persona debería ser capaz de determinar el área de especialidad. El conjunto de intervenciones centrales no incluye todas las intervenciones utilizadas por los profesionales de enfermería en la especialidad, pero incluye las intervenciones más frecuentemente utilizadas por los profesionales de enfermería en la especialidad o utilizadas predominantemente por los profesionales de enfermería en la especialidad». Las instrucciones del estudio recomendaban a los participantes que realizaran una lista corta de intervenciones centrales, preferiblemente de menos de 30 intervenciones. Se adjuntó una lista de las 433 intervenciones y de sus definiciones al cuestionario. Dado que el estudio requería una respuesta que representase la naturaleza de la especialidad, los representantes de la organización pidieron a otras personas de la organización que verificaran sus respuestas. Treinta y nueve organizaciones respondieron al ensayo. Las intervenciones centrales de cada una de las 39 organizaciones de especialidad primero fueron presentadas en una monografía publicada por el Center y posteriormente en la Quinta Parte de la tercera edición de la NIC. En 1998 en *Nursing Outlook* se publicó un artículo sobre el ensayo inicial¹⁷.

Para la cuarta y quinta ediciones se ha actualizado el ensayo inicial utilizando las entradas de grupos clave, y se han incluido las intervenciones centrales para 45 especialidades. Este trabajo se publica en la cuarta parte.

Fase IV: uso y mantenimiento (a partir de 1996)

Los sistemas de clasificación no son útiles si no reflejan la práctica actual. El trabajo actual establece una relación entre el desarrollo continuo y el uso de la NIC. Los temas tratados en este apartado incluyen la actualización de la NIC a través del *feedback* de los usuarios, el desarrollo de las intervenciones en la comunidad, el establecimiento de relaciones con otros lenguajes, el trabajo en curso para ayudar a la puesta en práctica y el trabajo con otras organizaciones.

Desarrollo y uso de un proceso de feedback y revisión

En cada edición de la NIC se ha incluido un formulario que anima a los usuarios a hacer propuestas sobre nuevas intervenciones y a la revisión de intervenciones ya existentes. Nos han dicho que una de las fuerzas de la NIC es el formato consistente. Las personas que envían propuestas de cambio deben conocer los principios del desarrollo y perfeccionamiento de las intervenciones (véase Apéndice B.) También deben conocer la estructura y el contenido de la Clasificación para estar seguros de que su idea es única y está bien presentada. Se considera cada propuesta en un proceso de revisión. En la siguiente edición se incluirá en los agradecimientos a todos aquellos cuyas propuestas se hayan utilizado en la NIC

Entre la publicación de la primera y la segunda ediciones, se recibió aproximadamente una docena de propuestas para intervenciones nuevas o revisadas. La mayoría de ellas eran de miembros de alguno de los lugares de campo o de estudiantes que trabajaban con un miembro del equipo de investigación. Desde la publicación de la segunda edición, el número de propuestas ha aumentado, y provienen de una base de usuarios más amplia. Algunas de las propuestas se basan en estudios de validación y los cambios se han sugerido según el estudio. Otras se basan en que el uso clínico y las propuestas de cambio se deben a cambios en la práctica. Durante la preparación de la quinta edición, los editores hicieron un llamamiento a revisores con experiencia para que ayudaran en la revisión de las intervenciones NIC, para garantizar que son un reflejo de la práctica actual. Se presentaron más de 60 profesionales de enfermería para ayudar en 16 áreas de experiencia. Por correo electrónico se les enviaron de dos a cuatro intervenciones de su área de experiencia. Se les pidió que revisaran si estaban completas o si era necesario realizar cambios y que aportaran bibliografía reciente. Los revisores que participaron son incluidos en la lista de agradecimientos de la quinta edición. Ofrecer voluntariamente su experiencia como revisores es una buena forma de contribuir a la actualización de la clasificación. Utilicen el formulario del Apéndice E para inscribirse.

Desde el principio hemos mantenido una lista de «Intervenciones bajo consideración», una lista de ideas para nuevas intervenciones que pueden estar ausentes y ser necesarias en la NIC. Compañeros y estudiantes universitarios han desarrollado nuevas intervenciones a partir de esta lista. Para que la NIC esté al corriente de los cambios prácticos, siempre hay una lista de propuestas para nuevas intervenciones. Conciliación de la medicación y Marketing social salieron de la lista para esta edición. (Esta lista de «Intervenciones bajo consideración» no se publica en la NIC porque está cambiando constantemente, aunque se puede solicitar en el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness.) Las nuevas intervenciones se sitúan en la clase y dominio adecuados de la taxonomía y se codifican a medida que se prepara la publicación de cada nueva edición.

Intervenciones de la comunidad

Aunque la segunda edición de la NIC incluía algunas intervenciones (p. ej., Actuación ambiental: comunidad, Educación sanitaria, Análisis de la situación sanitaria, Inmunización/vacunación, Identificación de riesgos y Ayuda para dejar de fumar) que pueden utilizarse en comunidades (grupos), el número de estas intervenciones era pequeño y poco visible en la NIC. El equipo de investigación al completo decidió estudiar esta área, y durante 1 año o más antes de la publicación de la tercera edición de la NIC en 2000 leímos y discutimos muchos escritos relacionados con la naturaleza de la práctica en comunidades. Esta área de intervención se reconocía como especialmente importante en los países del Tercer Mundo, donde, con frecuencia, la acción de los profesionales de enfermería se dirige a toda la comunidad. También es un área de importancia creciente en EE.UU. a medida que los cuidados sanitarios se centran más en la prevención y en la comunidad. Según Deal, «A medida que el impacto devastador de problemas de salud pública como el sida, la mortalidad infantil, los embarazos de adolescentes, el abuso de menores y la violencia doméstica son más evidentes a escala nacional, existe una clara necesidad de programas sanitarios eficaces basados en la población... es indispensable que la comunidad de profesionales de enfermería defina sus servicios y proporcione pruebas de apoyo a la efectividad de las intervenciones que ofrecen» (pág. 315)²². La ANA División on Community Health Nursing³ define los cuidados sanitarios de la comunidad como una síntesis de práctica de enfermería y práctica de salud pública aplicada para fomentar y preservar la salud de poblaciones, con responsabilidad predominante sobre la población como un conjunto. Una *población* es un conjunto de individuos que tienen una o más características personales (p. ej., género, edad) o ambientales (p. ej., país, lugar de trabajo) en común. Después de leer y discutir, definimos una intervención de salud comunitaria como una «intervención comunitaria (o salud pública) centrada en fomentar y preservar la salud de poblaciones. Las intervenciones de comunidades enfatizan el fomento de la salud, la conservación de la salud y la prevención de enfermedades de poblaciones, e incluyen estrategias para dirigir el clima social y político donde reside la población».

Después de este período de estudio, algunos de los miembros más nuevos del equipo de investigación expertos en salud de comunidades (Mary Tarbox, Mary Aquilino, Eleanor McClelland y Barbara

Head) tomaron el mando para el desarrollo de varias intervenciones nuevas de comunidades. Una vez todo el equipo de investigación las revisó y las discutió, se creó el nuevo campo de *comunidad* y se añadió a la taxonomía de la NIC en la tercera edición. Creemos que esto dará el reconocimiento adecuado a esta importante área y animará a la identificación y articulación de las intervenciones únicas de esta área. La cuarta y quinta ediciones han incluido intervenciones adicionales en el dominio de la comunidad.

Relaciones con NANDA-1, Omaha System, NOC, Resident Assessment Protocols (RAP) y Outcome and Assessment Information Set (OASIS)

Durante los últimos años el principal esfuerzo ha sido el desarrollo de relaciones. Se empezó durante las pruebas de campo de la NIC, cuando los profesionales de enfermería de los centros clínicos observaron relaciones con los diagnósticos de enfermería. En 1992, uno de los miembros del equipo, que también era directora de enfermería en uno de los lugares de campo (Jeanette Daly), ayudada por otros miembros del equipo emprendió una serie de pasos para relacionar las intervenciones de la NIC con los diagnósticos de enfermería de la NANDA-1. El año 1993 se publicaron estas relaciones iniciales en una monografía, y en la segunda edición de la NIC³⁹ se publicó una lista ampliada y actualizada de relaciones. Para la tercera edición y en la presente hemos actualizado las relaciones de las intervenciones de la NIC con los diagnósticos de la NANDA-1. En la quinta edición, esta información pasará del libro al sitio electrónico; muchos lectores ahora van al libro de relaciones³⁹. Para cada diagnóstico de la NANDA-1 se proporcionan intervenciones de la NIC en dos apartados: intervenciones sugeridas e intervenciones opcionales adicionales. Las intervenciones sugeridas más obvias también están indicadas. El formato proporciona una guía para el profesional de enfermería pero precisa que se utilice el razonamiento clínico para elegir las intervenciones adecuadas.

En 1998, finalizamos las relaciones con los resultados de la NOC y también las publicamos en forma de monografía³⁷. Para cada uno de los 190 resultados del libro de la NOC⁴¹ de 1999 proporcionamos intervenciones del libro de la NIC de 1996 con el mismo formato que las de las relaciones con los diagnósticos. El año 2001 los principales investigadores de la NIC y la NOC, bajo la dirección de Marión Johnson, relacionaron los resultados de la NOC y las intervenciones de la NIC con los diagnósticos de la NANDA y los publicaron en un libro⁴⁰. Este libro muestra cómo pueden utilizarse los tres lenguajes NNN juntos. Las relaciones se basan principalmente en la opinión de expertos y deben contemplarse como una ayuda para la toma de decisiones clínicas. Esta obra también es útil para desarrolladores de sistemas de información enfermera en la estructuración de los conocimientos clínicos de enfermería. La segunda edición se publicó en el año 2006³⁸ e incorporó las versiones más recientes de la NANDA-1, la NOC y la NIC.

La NIC también se ha relacionado con otras dos clasificaciones. En 1996 publicamos *NIC Interventions Linked to Omaha System Problems*⁴² en forma de monografía. Esta lista de relaciones (que proporciona relaciones entre la lista de problemas del Omaha System de 1992 y la lista de intervenciones de la NIC de 1996) se finalizó como resultado de las peticiones de profesionales de enfermería de entornos comunitarios que utilizan los problemas del Omaha System pero deseaban el conjunto de intervenciones más extenso que proporcionaba la NIC. Esta monografía está disponible en el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness.

En los últimos años se han completado las relaciones entre la NIC y la NOC y otras dos clasificaciones (Resident Assessment Protocols [RAP] para utilizar en instalaciones de cuidados a largo plazo, y Outcome and Assessment Information Set [OASIS] para uso en la asistencia domiciliaria) y están disponibles en el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness en forma de monografías^{15,18}. Cada una de estas relaciones está diseñada para ayudar a utilizar la NIC y la NOC con los instrumentos de valoración de obligación federal necesarios para el reembolso en estos centros.

Estas relaciones son muy útiles para crear sistemas de información para ordenadores. Aunque hasta la fecha las relaciones se basan en la opinión de expertos, en el futuro será posible validarlas a través del estudio del uso real en la práctica. El trabajo lleva tiempo, especialmente cuando deben realizarse reactualizaciones, pero el resultado es útil para ayudar a los profesionales de enfermería a tomar decisiones clínicas y a enseñar a los estudiantes a razonar.

Ayuda en la implantación e investigación de la efectividad

También hemos realizado numerosos trabajos que ayudan a implantar los lenguajes estandarizados y hemos trabajado en métodos de investigación de la efectividad para estudiar la práctica documentada con lenguaje estandarizado.

Tiempo estimado y necesidades de formación para las intervenciones de la NIC. Fue publicado por primera vez como una monografía⁷⁷ y en esta edición está incluido en la Quinta Parte. Hemos estimado el tiempo de ejecución y el tipo de personal para suministrar cada una de las 542 intervenciones de este libro. Se remite al lector a un artículo titulado «Determining Cost of Nursing Interventions: A Beginning»⁷⁸ para obtener más información sobre cómo pueden utilizarse las estimaciones de tiempo y formación para determinar el coste y la cargas de enfermería del suministro de los cuidados. La introducción de la Quinta Parte explica el método y los fundamentos de las valoraciones. Dicho apartado también incluye tablas resumen que podrían ayudar a educadores o directores a decidir a qué nivel enseñar las intervenciones o el tipo de personal necesario para realizar las intervenciones.

Cufio curricular para la implantación de la NANDA, la NIC y la NOC en el curriculum de un estudiante. En el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness hay una monografía⁷⁶ sobre ello y es útil para ayudar al profesorado de programas educativos a implantar lenguajes estandarizados en sus estudios y cursos. Cynthia Finesilver y Debbie Metzler, miembros de la facultad del Bellin College en Green Bay, Wisconsin, con sus colaboradores y algunos de sus estudiantes, han escrito sobre los procesos y las tareas de los cursos que utilizan para integrar el lenguaje enfermero estandarizado en 12 cursos de enfermería en sus curriculum. En cada curso se incluyen todas las tareas reales de los estudiantes. Por lo que sabemos, ésta es la primera publicación que demuestra el uso de un lenguaje estandarizado durante todo el curriculum de un estudiante. Agradecemos a las autoras el tiempo empleado en escribir y organizar todo el material.

NIC y NOC 101: principios básicos. Este curso web examina la importancia de utilizar el lenguaje estandarizado para el cuidado de los pacientes y para la disciplina de enfermería, y se centra en la documentación de las intervenciones de enfermería y de los resultados de los pacientes susceptibles a la enfermería. El cuerpo principal del curso es una introducción al desarrollo e información actual sobre dos lenguajes estandarizados desarrollados en Iowa, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) incluidos la implantación y el uso. También se incluye información sobre el Center for Nursing Classification en el College of Nursing que facilita el continuo trabajo. Para más información visite la página web <http://www.nursing.uiowa.edu/cnc> y haga clic en "Web Courses" (cursos web).

Métodos para dirigir la investigación de la efectividad. En marzo de 2006 finalizó la subvención de 5 años de efectividad por parte de NINR y AHRQ titulada "Nursing Interventions and Outcomes in 3 Older Populations" (Titler, RO1 NR 05331).⁷⁹ Las coinvestigadoras principales fueron Marita Titler, PhD, RN, y Joanne Dochterman, PhD, RN. Los investigadores fueron: Debra M. Picone, PhD, RN; Linda Everett, PhD, RN; Sue Moorhead, PhD, RN; Gloria Bulechek, PhD, RN; Ginette Budreau, RN, BC, MA, MBA; Paul Abramowitz, PharmD, FASHP; Lee Carmen, MSEE, y Vicki Kraus, PhD, RN. El estudio examinó el uso de intervenciones en tres grupos de pacientes ancianos en un centro de cuidados agudos que tiene un gran sistema electrónico para documentar los cuidados de enfermería. Los objetivos de la subvención, ya finalizada, fueron los siguientes:

Identificar las intervenciones de enfermería, los tratamientos farmacológicos y los tratamientos médicos utilizados con frecuencia en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardíaca, fractura de cadera y para los que reciben la intervención de enfermería Prevención de caídas.

Describir las relaciones entre características del paciente, condiciones clínicas del paciente (diagnósticos de enfermería, diagnósticos médicos, gravedad de la enfermedad), tratamientos (intervenciones de enfermería, tratamientos médicos, tratamientos farmacológicos), características de unidades de enfermería y resultados de pacientes ancianos hospitalizados (insuficiencia cardíaca; fractura de cadera; prevención de caídas).

- (A) Comparar la duración de la estancia de cuidados agudos para hospitalizaciones que recibieron la intervención de enfermería Manejo del dolor con la de hospitalizaciones que no recibieron Manejo del dolor en el grupo de Procedimiento de la cadera. (B) Comparar la disposición de altas de hospitalizaciones que recibieron la intervención de enfermería Manejo de líquidos con las hospitalizaciones que no recibieron Manejo de líquidos en el grupo de Insuficiencia cardíaca. (C) Comparar los costes de las hospitalizaciones que recibieron un uso alto de la intervención de enfermería Vigilancia con las hospitalizaciones que recibieron un uso bajo de Vigilancia.

Desarrollar una guía para la construcción y utilización de una base de datos de investigación de efectividad de enfermería construida a partir de registros electrónicos de datos.

Este estudio representa un primer paso esencial en el desarrollo de la investigación de la efectividad en enfermería, utilizando grandes bases de datos. Dado que la comunidad enfermera se ha comprometido a añadir variables enfermeras a las historias electrónicas de los pacientes con la documentación de la práctica utilizando un lenguaje estandarizado, es importante desarrollar métodos con los que los datos electrónicos que residen en diferentes registros de datos pueden recuperarse y analizarse para la investigación de la efectividad de resultados de enfermería. El estudio ha desarrollado un abordaje metodológico para realizar la investigación de la efectividad de los resultados de enfermería utilizando los datos existentes clínicos y operacionales que se encuentran en registros electrónicos de datos. Los resultados son útiles para quienes crean sistemas de documentación clínica, además de los que quieren utilizar los datos generados por el uso de estos sistemas. Se han derivado múltiples publicaciones de la investigación y aún se están realizando otras. A continuación se enumeran las que se han publicado, están en prensa y en revisión:

- Dochterman, J., Titler, M., Wang, J., Reed, D., Pettit, D., Mathew-Wilson, M., Budreau, G., Bulechek, G., Kraus, V., & Kanak, M. (2005). Describing nursing care using standardized language. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(1), 57-66.
- Kanak, M., Titler, M., Shever, L., Fei, Q., Dochterman, J., & Picone, D. (in press). The effects of hospitalization on multiple units. *Applied Nursing Research*.
- Titler, M., Dochterman, J., Pettit, D., Everett, L., Xie, X., Kanak, M., & Fei, Q. (2005). Cost of hospital care for elderly at risk of falling. *Nursing Economics*, 23(6), 290-306.
- Titler, M., Dochterman, J., & Reed, D. (2004). *Guideline for conducting effectiveness research in nursing and other healthcare services*. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Center for Nursing Classification & Clinical Effectiveness.
- Titler, M., Dochterman, J., Xie, X., Kanak, M., Fei, Q., Picone, D., & Shever, L. (2006). Nursing interventions and other factors associated with discharge disposition in older patients after hip fractures. *Nursing Research*, 55(4), 231-242.
- Titler, M., Dochterman, J., Kim, T., Kanak, M., Shever, L., Picone, D., Everett, L., & Budreau, G. (in press). Costs of care for seniors hospitalized for hip fractures and related procedures, *Nursing Outlook*.

Uso de la NIC y la NOC en las guías. Las guías convierten el conocimiento científico en acción clínica de una forma disponible para los médicos. Las guías reflejan el conocimiento generado por investigación y consenso profesional. Describen un proceso de manejo de cuidados del paciente que tiene el potencial de mejorar la calidad de la toma de decisiones clínicas y del consumidor. La profesión de enfermería se ha centrado en el desarrollo y uso de guías desde la iniciativa nacional AHCPR durante los años 90.

Dado que el objetivo de una guía es el manejo de una condición clínica, la NIC y la NOC son muy útiles para describir las intervenciones y los resultados de enfermería contenidos en la guía. Para ilustrar esta relación, hemos trabajado con el Gerontological Nursing Interventions Research Center (GNIRC) en la University of Iowa College of Nursing para incorporar la NIC y la NOC a las guías del GNIRC. Se han revisado cinco protocolos para incorporar la NIC y la NOC:

- Bergman-Evans, B. (2005). Evidence-based protocol: Improving medication management for older adult clients. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center.
- Daly, J. M. (2004). Evidence-based protocol: Elder abuse prevention. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center.
- Gaskamp, C. D., Meraviglia, V. I., & Sutter, R. (2005). Evidence-based protocol, Promoting spirituality in the older adult. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center.
- Hertz, J. E., Koren, M. E., Robertson, J. E., & Rossetti, J. (2005). Evidence-based practice guideline: Management of relocation in cognitively intact older adults. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center.
- McLennon, S. M. (2005). Evidence-based protocol: Persistent pain management. Iowa City, IA: The University of Iowa, College of Nursing, Gerontological Nursing Interventions Research Center.
- Work continues on the insertion of NIC and NOC in additional guidelines. (See <http://www.nursing.uiowa.edu/centers/gnirc/protocols.htm>.)

Trabajo con otras organizaciones

Durante todos estos años hemos trabajado con muchos grupos y organizaciones para implantar la NIC. Hemos trabajado con organizaciones nacionales de criterios de asistencia sanitaria para incluir la NIC y la NOC. Por ejemplo, en 1998 presentamos información sobre la NIC y la NOC al American National Standards Institute (ANSI) Health Informatics Standards Board (HISB) para ser incluida en el Inventory of Clinical Information Standards Report, que fue propuesto al Department of Health and Human Services. También, desde junio de 1998, hemos trabajado con personas de Alternative Link, una empresa situada en Las Cruces, Nuevo México, para incorporar intervenciones de la NIC en los Códigos ABC² que se están desarrollando para la retribución a otro tipo de proveedores. Alternative Link ha acudido a Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) (principalmente HCFA) para ser reconocido como un sistema de reembolso. El año 2001, la NIC fue presentada y registrada en HL7 (Health Level 7), la organización estadounidense de estándares para la asistencia sanitaria. La NIC está incluida en la Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMED), desarrollada por el College of American Pathologists en Chicago, Illinois, y pretende ser la terminología de referencia general para el registro electrónico de pacientes. En un reciente artículo³ se utilizó la NIC para probar un método de validación de mapas del lenguaje fuente al SNOMED CT.

También estamos consultando con los autores y los vendedores que están incorporando la NIC en sus libros y sistemas de información. Un número creciente de vendedores de sistemas de información de enfermería están introduciendo la NIC y la NOC en sus sistemas, y muchos están demostrando interés como resultado de las frecuentes peticiones de los usuarios. Continuamos recibiendo muchas solicitudes de presentación de la NIC y de la NOC; actualmente la disponibilidad de la tecnología de la videoconferencia lo está facilitando. En el Apéndice C hemos incluido las fechas y los hechos más relevantes relacionados con el desarrollo y la implantación de la NIC a lo largo de los años.

RESUMEN

Desde 1987, un gran equipo de investigación ha estado trabajando para elaborar, validar e implantar un lenguaje normalizado de los tratamientos de enfermería. En primer lugar este capítulo describe cómo empezó el trabajo y las razones para desarrollar la NIC. Posteriormente, se describe el desarrollo de la

NIC en cuatro fases: elaboración de la Clasificación, elaboración de la taxonomía, pruebas y perfeccionamiento clínicos, y uso y mantenimiento. En este libro hemos dado una introducción general, aunque no detallada, del desarrollo de la NIC, de manera que los que se inicien en la Clasificación puedan comprender su historia. Para elaborar la NIC se han utilizado varios métodos cualitativos y cuantitativos, incluyendo análisis de contenido, ensayos de expertos, revisión de grupos de enfoque, calificaciones de similitud, análisis jerárquicos y escalas multidimensionales. El principal logro de los últimos años ha sido el reconocimiento de la NIC y su implantación en un número creciente de centros prácticos y de programas educativos.



CAPÍTULO TRES

Utilización de la NIC

Una intervención de enfermería es cualquier tratamiento basado en el juicio clínico y el conocimiento que una enfermera realiza para mejorar los resultados en el paciente/usuario. La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) debe utilizarse para comunicar las intervenciones que los profesionales de enfermería utilizan con los pacientes, familias, comunidades o sistemas sanitarios. Cuando la NIC se utiliza para documentar la práctica, entonces tenemos el principio de un mecanismo para determinar el impacto de los cuidados de enfermería sobre los resultados de los pacientes. Este capítulo tiene cinco partes. La primera parte identifica y discute seis factores que deben considerarse cuando un profesional de enfermería elige una intervención para un paciente concreto. La segunda parte comenta la implantación de la NIC en un centro de práctica clínica. Se incluyen algunas guías útiles para la implantación, así como para la informatización, los posibles usos de los datos informatizados y la elaboración de una base de datos útil. La tercera parte está dirigida a la educación. La cuarta parte es una introducción a un modelo que ilustra cómo los datos de la práctica enfermera (diagnósticos, intervenciones y resultados) pueden utilizarse a tres niveles. En la quinta parte se presenta una discusión de algunas de las ventajas de utilizar un lenguaje estandarizado. En la sexta parte, se utiliza el modelo Resultado-Estado presente-Prueba (OPT) de razonamiento clínico reflexivo para ilustrar cómo puede utilizarse la NIC en la toma de decisiones clínicas.

SELECCIÓN DE UNA INTERVENCIÓN

La selección de una intervención de enfermería para un paciente concreto forma parte de la toma de decisiones clínicas en el profesional de enfermería. Al elegir una intervención deben tenerse en cuenta seis factores: resultados deseados en el paciente, características del diagnóstico de enfermería, base de investigación de la intervención, factibilidad de la ejecución, aceptación por el paciente y la capacidad del profesional.

Resultados deseados en el paciente

Los resultados en el paciente han de especificarse antes de elegir la intervención. Servirán de criterio comparativo para juzgar el éxito de una intervención de enfermería determinada. Los resultados describen conductas, respuestas y sentimientos del paciente debidos a los cuidados administrados. Son muchas las variables que afectan a los resultados, incluyendo el problema clínico; las intervenciones prescritas por los proveedores de cuidados sanitarios; los proveedores de los cuidados; el ambiente en el que se administran los cuidados; la propia motivación del paciente, la estructura genética y su fisiopatología, así como sus familiares. Probablemente existan más variables de intervención y mediación en cada situación, lo que, en algunos casos, hace difícil establecer una relación causal entre las intervenciones de enfermería y los resultados en el paciente. El profesional debe identificar, para cada paciente, los resultados que razonablemente pueden esperarse y conseguirse como consecuencia de los cuidados. Pinkley³⁹ nos insta a elegir los resultados en el paciente en función de todos los diagnósticos de enfermería, no sólo los dirigidos a tratar la etiología de un diagnóstico. Según Pinkley, la elección de los resultados debe dirigirse a la mejoría de la salud, así como al tratamiento de los problemas.

Una manera excelente de especificar los resultados es mediante el uso de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)²⁴. Como se ha indicado en el capítulo anterior, la NOC contiene resultados para

pacientes individuales y para cuidadores de la familia representativos de todas las situaciones y especialidades clínicas. La NOC describe el estado del paciente a nivel conceptual con indicadores que se espera que responderán a la intervención de enfermería. Esto permite cuantificar los estados de los resultados en cualquier punto de un continuo, desde el más negativo al más positivo en diferentes momentos en el tiempo. Los resultados de la NOC pueden utilizarse para controlar el alcance del progreso, o la ausencia de progreso, durante un episodio de cuidados y en diferentes situaciones de cuidados. El resultado de la NOC «Autocontrol de la ansiedad» se muestra en el Cuadro 3-1 para demostrar la denominación, la definición, los indicadores y la escala de cuantificación. Los resultados de la NOC se han relacionado con los diagnósticos de la NANDA, y dichas relaciones aparecen en la parte final del libro de la NOC. Las intervenciones de la NIC también se han relacionado con los resultados de la NOC, y los diagnósticos de la NANDA y estas relaciones están disponibles en un libro titulado *NANDA, NOC and NIC Linkages: Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions*²².

Características del diagnóstico de enfermería

Los resultados y las intervenciones se seleccionan en función de diagnósticos de enfermería concretos. La intervención está dirigida a actuar sobre los factores etiológicos (en la taxonomía NANDA, los *factores relacionados*) asociados con el diagnóstico. Si la intervención resulta exitosa en la modificación de la etiología, puede esperarse que el estado del paciente mejore. De acuerdo con Bulechek y ÍYIcCloskey²³, no siempre es posible actuar sobre los factores etiológicos, y cuando se puede es necesario tratar los signos y los síntomas (en la taxonomía NANDA, las *características definitorias*). Para los diagnósticos potenciales o de alto riesgo, la intervención se dirige a modificar o eliminar los factores de riesgo del diagnóstico.

Base de investigación de la intervención

El profesional de enfermería que utiliza una intervención debe estar familiarizado con su base de investigación. La investigación indicará la efectividad al usar la intervención con cierto tipo de pacientes. Algunas intervenciones han sido ampliamente probadas para poblaciones específicas, pero otras todavía se encuentran en fase de desarrollo y han pasado por pocas o ninguna prueba empírica. Los profesionales conocen la investigación relacionada con una intervención en particular por sus programas educativos y por la actualización de sus conocimientos. Si no hubiera ninguna base de investigación de una intervención que ayudara al profesional a elegir una intervención, éste debería utilizar principios científicos (p. ej., transmisión de infecciones) o consultar con un experto acerca de las poblaciones específicas en las que puede funcionar la intervención²⁴.

Factibilidad de realizar la intervención

Las inquietudes sobre la factibilidad incluyen la forma en que la intervención particular interactúa con otras intervenciones, tanto las del personal de enfermería como las de otros proveedores de cuidados sanitarios. Es importante que el profesional se involucre en el plan completo de cuidados del paciente. Otras inquietudes de factibilidad, críticas en el ambiente actual de cuidados sanitarios, son el coste de la intervención y el tiempo de puesta en práctica. El personal debe considerar las intervenciones de otros proveedores, el coste y el tiempo que se tarda en elegir una intervención.

Aceptación por el paciente

Una intervención debe ser aceptada por el paciente y su familia. El profesional de enfermería puede recomendar frecuentemente opciones de intervenciones para ayudar a conseguir un resultado particular. Para cada intervención, con objeto de facilitar la elección, se debe informar al paciente acerca de lo que se espera con su participación. Al elegir una intervención deben considerarse los valores, las creencias y la cultura del paciente.

Cuadro 3-1

**Ejemplo de un resultado de la NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería):
Autocontrol de la ansiedad 1402**

Dominio: Salud psicosocial (III)

Destinatario de los cuidados:

Clase: Autocontrol (O)

Fuente de datos:

Escala(s): Nunca demostrado hasta Siempre demostrado (m)

Definición: Capacidad para eliminar o disminuir los sentimientos de percepción y la tensión de una fuente no identificable

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO		Mantener a _____ Aumentar a _____				
		Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
Autocontrol de la ansiedad		1	2	3	4	5
Puntuación global						
Indicadores						
140201	Monitoriza la intensidad de la ansiedad	1	2	3	4	5 NA
140202	Elimina precursores de la ansiedad	1	2	3	4	5 NA
140203	Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso	1	2	3	4	5 NA
140204	Busca información para reducir la ansiedad	1	2	3	4	5 NA
140205	Planea estrategias para superar situaciones estresantes	1	2	3	4	5 NA
140206	Planifica estrategias de superación efectivas	1	2	3	4	5 NA
140207	Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	1	2	3	4	5 NA
140208	Refiere disminución de la duración de los episodios	1	2	3	4	5 NA
140209	Refiere incremento de la duración del tiempo entre episodios	1	2	3	4	5 NA
140210	Mantiene el desempeño del rol	1	2	3	4	5 NA
140211	Conserva las relaciones sociales	1	2	3	4	5 NA
140212	Mantiene la concentración	1	2	3	4	5 NA
140213	Refiere ausencia de distorsiones de la percepción sensitiva	1	2	3	4	5 NA
140214	Refiere dormir de forma adecuada	1	2	3	4	5 NA
140215	Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad	1	2	3	4	5 NA
140216	Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad	1	2	3	4	5 NA
140217	Controla la respuesta de ansiedad	1	2	3	4	5 NA

1.ª edición 1997; 2.ª edición revisada; 3.ª edición revisada, 2004.

Bibliografía

- Hudson, W.W. (1992). The WALMYR assessment scales scoring manual. Tempe, AZ: WALMYR Publishing Co.
- Laraia, M.T., Stuart, G.W., & Best, C.L. (1989). Behavioral treatment of panic-related disorders: A review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3(3), 125-133.
- Moorhead, S.A., & Brighton, V.A. (2001). Anxiety and fear. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes & interventions* (pp. 571-592). St. Louis, MO: Mosby.
- Stuart, G. VV., & Laraia, M.T. (2001). *Principles and practice of psychiatric nursing* (7th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Tucker, S., Moore, W., & Luedtke, C. (2000). Outcomes of a brief inpatient treatment program for mood and anxiety disorders. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 4(3), 117-123.
- VVaddell, K.L., & Demi, A.S. (1993). Effectiveness of an intensive partial hospitalization program for treatment of anxiety disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(1), 2-10.

Fuente: Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (Eds.). (2008). *Nursing outcomes classification (NOC)* (4.ª ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Capacidad del profesional de enfermería

El profesional debe estar en condiciones de llevar a cabo la intervención. Bulechek y McCloskey⁴¹ han descrito tres áreas en las que debe ser competente: (1) ha de tener conocimientos del fundamento científico de la intervención, (2) ha de poseer las necesarias habilidades psicomotoras e interpersonales, y (3) ha de ser capaz de trabajar en cada caso para utilizar de manera eficaz los recursos sanitarios. Está claro con sólo echar una mirada a la lista total de intervenciones que ningún profesional tiene la capacidad de realizar todas las intervenciones. La enfermería, al igual que cualquier otra disciplina sanitaria, es una especialidad donde los profesionales individuales trabajan dentro de ésta y derivan o colaboran con otras cuando hacen falta otras habilidades.

Después de considerar cada uno de los factores anteriores para un paciente concreto, el profesional procederá a seleccionar la intervención o intervenciones; hacer esto por escrito no lleva tanto tiempo como parece. Como ha demostrado Benner⁴², los estudiantes y profesionales noveles deben pensar en estas cuestiones de forma sistemática, pero, con la experiencia, el personal de enfermería sintetizará esta información y será capaz de reconocer los esquemas rápidamente. Una de las ventajas de la Clasificación es que facilita la enseñanza y el aprendizaje de la toma de decisiones al profesional novel. La utilización de un lenguaje normalizado para comunicar la naturaleza de los tratamientos no quiere decir que dejemos de proporcionar cuidados individualizados. Las intervenciones se adaptan a los individuos mediante la elección selectiva de las actividades y la modificación de las mismas según corresponda a la edad, estado físico, emocional y espiritual del paciente y su familia. Estas modificaciones son realizadas por el profesional mediante un juicio clínico lógico.

En la taxonomía (véanse págs. 74-89) las intervenciones similares están agrupadas. Los campos y las clases de la taxonomía ayudan al clínico a localizar y seleccionar las intervenciones más adecuadas para los pacientes. El nivel de campo ayuda al clínico a realizar un análisis inicial; luego las clases profundizarán en el enfoque. Por ejemplo, para localizar intervenciones que han de utilizarse con un paciente que tiene problemas respiratorios, deberá analizarse la clase Control respiratorio; para localizar intervenciones de enseñanza, deberá revisarse la clase Educación de los pacientes. Las intervenciones de las clases pueden agruparse en un sistema de información. Otra manera de localizar una intervención es utilizar las relaciones con los diagnósticos de la NANDA que se proporcionan en este libro o las relaciones con los diagnósticos de la NANDA y los resultados de la NOC que se proporcionan en el libro de relaciones²². Con el tiempo, a medida que determinemos qué intervenciones se utilizan juntas más frecuentemente para obtener mejores resultados con un paciente, estos grupos de población también podrán unirse.

IMPLANTACIÓN DE LA NIC EN UN CENTRO DE ATENCIÓN SANITARIA

El tiempo y el coste de la implantación de la NIC en un sistema de información de enfermería de un centro de atención sanitaria depende de la selección del centro y del uso de un sistema de información de enfermería, de la competencia informática de los profesionales de enfermería, y del uso y de la comprensión previos del lenguaje normalizado por parte de estos profesionales. El cambio para utilizar el lenguaje normalizado de enfermería utilizando un ordenador representa, para muchos, un cambio importante en la manera como los profesionales de enfermería han realizado tradicionalmente la documentación, y para utilizarlo son necesarias estrategias de cambio eficaces. La implantación completa de la NIC en un centro puede llevar entre meses y varios años; el centro debe dedicar recursos para la programación de los ordenadores, la educación y el entrenamiento. A medida que los principales vendedores finalicen los sistemas de información de enfermería clínica que incluyen la NIC, su implantación será más sencilla. En este apartado incluimos las herramientas para la implantación.

En el Cuadro 3-2 se proporcionan los pasos para la implantación. Aunque no deben realizarse todos los pasos en cada institución, la lista es útil para planificar la implantación. Hemos observado que el éxito de la implantación de los pasos requiere conocimientos acerca del cambio y de los sistemas de información de enfermería. Además, es una buena idea establecer un proceso de evaluación. El Cuadro 3-3 es una lista de lecturas en las áreas de cambio, de evaluación y de sistemas de información de enfermería que hemos considerado útiles para ayudar a aquellos que quieran implantar la NIC. También se inclu-

Cuadro 3-2

Pasos para la puesta en práctica de la NIC en un centro asistencial

A. Establecer un compromiso organizativo con la NIC

- Identificar a la persona clave responsable de la puesta en práctica (p. ej., la persona a cargo de la informática en enfermería).
- Crear un grupo de tareas de puesta en práctica con representantes de las áreas clave.
- Proporcionar materiales de NIC a todos los miembros del grupo de tareas.
- Invitar a un miembro del equipo del proyecto NIC para que realice una presentación a los profesionales de enfermería cualificados y reunirse con el grupo de tareas.
- Adquirir copias del libro de la NIC, hacer llegar lecturas sobre la NIC y *The NIC/NOC Letter* a las unidades. Mostrar el vídeo NIC.
- Conseguir que los miembros del grupo de tareas y demás personas clave comiencen a utilizar el lenguaje de la NIC en las discusiones diarias.
- Conseguir que las personas clave del grupo de tareas firme en el Center for Nursing Classification LISTSERV.

B. Preparar un plan de puesta en práctica

- Escribir las metas específicas que han de conseguirse.
- Realizar un análisis de las fuerzas para determinar las fuerzas impulsoras y limitadoras.
- Determinar si se realizará una evaluación interna y, si es así, cuál será la naturaleza del esfuerzo de la evaluación.
- Identificar qué intervenciones NIC son más adecuadas o inadecuadas para el centro/unidad.
- Determinar hasta dónde se implementará la NIC; por ejemplo, en las normas, planificación de cuidados, documentación, resumen del alta, evaluación de comportamiento.
- Dar prioridad a los esfuerzos de la puesta en práctica.
- Elegir de 1 a 3 unidades piloto. Implicar a los miembros de estas unidades en la planificación.
- Desarrollar un plazo escrito para la puesta en práctica.
- Revisar el sistema actual y determinar la secuencia lógica de las acciones para integrar la NIC.
- Crear grupos de trabajo de usuarios clínicos expertos para que analicen las intervenciones y actividades NIC, determinar cómo se utilizarán éstas en el centro y desarrollar los impresos necesarios.
- Distribuir el trabajo de los clínicos expertos a otros usuarios para su evaluación y respuesta antes de la puesta en práctica.
- Fomentar el desarrollo del profesional que ha destacado en la aplicación de la NIC en cada una de las unidades.
- Mantener informados a todos los responsables de las decisiones de la institución.
- Determinar la naturaleza del grupo de datos totales de enfermería. Trabajar de forma que se garantice que todas las unidades reúnen datos de todas las variables de un modo uniforme para que puedan realizarse futuras investigaciones.
- Realizar planes que aseguren que todos los datos de enfermería estarán disponibles.
- Identificar las necesidades de enseñanza del personal y planificar modos de materializar dichas necesidades.

C. Llevar a cabo el plan de puesta en práctica

- Desarrollar el análisis/impresos de la puesta en práctica. Revisar cada una de las intervenciones NIC y decidir si se van a utilizar todas las partes (p. ej., denominación, definición, actividades, bibliografía). Determinar qué actividades son críticas para documentar y si son necesarios más detalles.
- Disponer el tiempo de formación para el personal.
- Poner en práctica la NIC en la(s) unidad(es) piloto y obtener una respuesta regular.
- Actualizar el contenido o crear nuevas funciones informáticas según sea necesario.
- Utilizar grupos de enfoque para clarificar cuestiones y tratar inquietudes/preguntas.
- Utilizar datos de los aspectos positivos de la puesta en práctica en las presentaciones por toda la institución.
- Poner en práctica la NIC por toda la institución.
- Reunir datos de evaluación después de la puesta en práctica y realizar los cambios necesarios.
- Identificar marcadores clave que han de utilizarse durante la evaluación continua y seguir monitorizando y manteniendo el sistema.
- Dar cuenta al equipo del Iowa Intervention Project.

yen otras lecturas sobre la NIC y la NOC que pueden ser útiles para la implantación. Sería prudente que aquellas personas que están a cargo de la implantación leyeran muchas de las publicaciones, y algunas de ellas podrían ser escogidas como ayuda para los administradores y los profesionales de enferme-

Cuadro 3-3

Lista de lecturas útiles relacionadas con la implantación y breve comentario

Cambio

Berwick, D. (1997). *Spreading innovation. Quality Connection*, 6, 1-3.

La asistencia sanitaria se reproduce con las innovaciones, pero su difusión es frustrante y lenta. Berwick proporciona siete reglas que se pueden utilizar para difundir la innovación de acuerdo con el resumen de E. Rogers sobre el trabajo empírico publicado en *The Diffusion of Innovation* (véase referencia más adelante).

Brennan, P.F. (1999). *Harnessing innovative technologies: What can you do with a shoe?* *Nursing Outlook*, 47,128-131.

Las tecnologías de sistemas de información emergentes presagian grandes beneficios para permitir que la enfermería cumpla su labor social. Es responsabilidad y prerrogativa de la enfermería diseñar, desarrollar o evaluar las tecnologías emergentes; regestionar la práctica para sacar partido de ella, y reconceptualizar la educación para preparar a los profesionales de enfermería para utilizarla.

Cameron, E. y Green, M. (2004). *Making sense of change management: A complete guide to the models, tools and techniques of organizational change*. London: Kogan Page.

Los autores proporcionan una introducción breve y accesible a la naturaleza del cambio y los métodos y técnicas para manejarlo. Los capítulos de introducción resumen los puntos más importantes de la literatura sobre cambio y manejo del cambio, con un breve rodeo para discutir el desarrollo de la psicología durante la segunda mitad del siglo xx. Los autores ofrecen detalles de construcción de equipos, manejo de equipos y otros temas fundamentales en la adaptación organizativa.

Clark, P.C. y Hall, H.S. (1990). *Innovations probability chart: A valuable tool for change*. *Nursing Management*, 21, 128-o-nSx.

Contiene una herramienta fácil de utilizar para determinar los factores dentro de la organización que pueden facilitar o dificultar el proceso de cambio.

Hersey, P., Blanchard, K., Johnson, D. E. (2001). *Planning and implementing change*. In *Management of Organizational Behaviour* (8th ed, pp. 376-398). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, Inc.

Realiza una introducción de los procesos de planificación frente a los cambios directivos. Describe cómo realizar un análisis del campo de fuerzas para determinar las fuerzas motrices y de contención del cambio.

Hiait, J.M. y Creasey, T.J. (2003). *Change management: The people side of change*. Loveland, CO: Prosci Research.

Este pequeño y bien presentado libro ofrece consejos y guías para cambiar agentes y gestores que intervienen en el proceso de cambio, para permitirles afrontar el inicio y la puesta en práctica del cambio en organizaciones, departamentos o equipos. El libro ofrece consejos prácticos y técnicas para gestionar todos los aspectos del proceso de cambio.

ingersoll, G.L., Brooks, A.M., Fischer, M.S. Hoftere, D. A., Lodge, R. H., Janken, J. K., el al. (1995). *Professional practice model: Research collaboration: Issues in longitudinal, multisite designs*. *Journal of Nursing Administration*, 25, 39-46.

El artículo es el resultado de la experiencia de los autores implementando un modelo práctico profesional mejorado en cinco unidades de medicina general y cirugía. Se discuten 19 consejos para aquellos que podrían emprender proyectos parecidos de acuerdo con las tres fases del proyecto -la fase de «compra», la fase de «momento de apoyo» y la fase de «avance»-. Los consejos tienen un buen sentido administrativo y atención para los que facilitarán el éxito de cualquier proceso de cambio.

Katzenbach, J.R. y Smith, D.K. (1993). *The wisdom of teams*. Boston: Harvard Business School Press. (Book summary by Soundview Executive Book Summaries, Bristol, VT.)

Define los equipos y sus tipos. Discute la resistencia a los equipos y las estrategias a utilizar para que los equipos se definan.

ría del entorno práctico. Otra vía para obtener información básica sobre la NIC y la NOC y una introducción del lenguaje estandarizado es realizar el curso web del Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (véase el Cuadro 3-4).

La NIC puede utilizarse como sistema manual o informatizado. El uso de la NIC en un sistema informatizado facilita la introducción y el análisis de los datos. El Cuadro 3-5 incluye «normas básicas» para utilizar la NIC en un sistema de información. Seguir las ayudará a asegurar que los datos se reco-

Cuadro 3-3

Lista de lecturas útiles relacionadas con la implantación y breve comentario (Cont.)

Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovation* (5th ed.). New York: The Free Press.

Un clásico. El libro es útil pero NO es fácil de leer. La primera edición, publicada en 1962, fue reconocida como un trabajo destacado en el campo y se estableció como la introducción estándar para los estudios de difusión. Esta quinta edición sintetiza 4.000 publicaciones sobre investigación de difusión. El modelo del proceso de innovación-decisión de Rogers consta de cinco etapas: (1) conocimiento, (2) persuasión, (3) decisión, (4) implantación y (5) confirmación.

Evaluación

Aaronson, L.S. y Barman, M.E. (1994). *Focus on psychometrics. Use of health records in research: Reliability and validity issues. Research in Nursing and Health*, 17, 67-73.

No es una lectura fácil pero es una buena introducción a los problemas relacionados con la exactitud y la validez necesarias al utilizar los datos obtenidos en registros sanitarios.

McCloskey, J.C., Maas, M., Gardner-Huber, D., Kasparek, A., Specht, J., Ramler, C., Watson, C. et al. (1994). *Nursing management innovations: A need for systematic evaluation. Nursing Economics*, 12, 35-45.

Introduce la idea de innovaciones de control de enfermería, resume la investigación relacionada con estas cuatro innovaciones y después propone un método para la evaluación más sistemática de las innovaciones de enfermería. Las cuatro innovaciones revisadas son: (1) uso de la ampliación de los profesionales de enfermería, (2) control de caso basado en el hospital, (3) gobierno compartido de enfermería y (4) control de la línea de producto.

Meisenhelder, J.B. (1993). *Health care reform: Opportunity for evaluation research. Nursing Science in Research Application for Clinical Practice*, 6, 1-3.

Identifica los puntos clave al desarrollar el programa de evaluación de un nuevo sistema: escribir objetivos cuantificables, realizar un programa eficaz respecto a los costes y evaluar los objetivos principales. Es corto pero una pieza clave.

Sistemas de información de enfermería

Saba, V.K. y McCormick, K.A. (2006). *Essentials of nursing informatics*. New York: McGraw-Hill.

Weaver, C.A., Delaney, C.W., Weber, P. y Can, R.L. (2006). *Nursing informatics for the 21st century. An international look at practice, trends and the future*. Chicago, IL: HIMSS.

Los dos completos tratados examinan cómo y por qué la tecnología de la información provoca cambios revolucionarios en cada dimensión de enfermería y cuidados sanitarios. Cada obra tiene capítulos que estudian concretamente la integración de los sistemas de clasificación de los conocimientos de enfermería estandarizados con sistemas de información informáticos.

Lecturas clásicas sobre la NIC

Iowa Intervention Project (2001). *Determining costs of nursing interventions: A beginning. Nursing Economics*, 19, 146-160.

La determinación del coste de los servicios de enfermería ha sido durante mucho tiempo una preocupación para los directivos de enfermería y otros profesionales. Un componente clave del coste de enfermería son las intervenciones prestadas. Un paso esencial para determinar el coste de las intervenciones es la determinación del tiempo para suministrar la intervención y el tipo de proveedor que puede realizarla. Este artículo explica los tiempos estimados y las necesidades de formación de los profesionales para las intervenciones listadas en la segunda edición de la NIC de acuerdo con el juicio experto. Además de ser útil para contratar los servicios de enfermería y para desarrollar los mecanismos de reembolso, el conocimiento es útil para planificar el personal y el uso de otros recursos.

Iowa Intervention Project (1997). *Proposal to bring nursing into the information age. Image-Journal of Nursing Scholarship*, 29, 275-281.

Se dirige a los problemas relacionados con la documentación de cuidados de enfermería y propone un modelo que ilustra cómo los datos prácticos de enfermería, recogidos a través del uso de lenguajes normalizados, son útiles para los profesionales de enfermería, los administradores del personal, los investigadores y los que realizan las políticas. Concluye que ha tres desafíos principales: (1) el nivel de detalle para documentar, (2) la inclusión del lenguaje de enfermería en vías críticas, y (3) la necesidad de articulación entre diferentes clasificaciones de enfermería.

Continúa

Cuadro 3-3

Lista de lecturas útiles relacionadas con la implantación y breve comentario (Cont.)

McCloskey, J.C., Bulechek, C.M. y Donahue, W. (1998). *Nursing interventions core to specialty practice*. *Nursing Outlook*, 46, 67-76.

Informa sobre un ensayo enviado a 39 asociaciones de especialidades en 1995. El 96% de las 433 intervenciones de la NIC se identificaron como centrales como mínimo en una especialidad; 82 intervenciones se listaron como centrales para seis o más especialidades. Discute cómo pueden utilizarse las listas de las intervenciones centrales en la práctica, la educación y la investigación. Las intervenciones centrales en este libro son una ampliación de este trabajo anterior.

McCloskey, J.C. y Bulechek, G.M. (1994). *Standardizing the language for nursing treatments: An overview of the issues*. *Nursing Outlook*, 42, 56-63.

Realiza una introducción sobre los problemas implicados en el uso de un lenguaje normalizado. Argumenta que el uso adecuado ayudará a los profesionales de enfermería para realizar buenos juicios, ayudará a que los servicios de enfermería sean visibles para otros, y facilitará la investigación relacionada con la efectividad de los cuidados de enfermería. Aunque esta publicación tiene 10 años de antigüedad, todavía es útil para aquellos que son nuevos en el lenguaje estándar.

McCloskey, J.C. y Maas, M.L. (1998). *Interdisciplinary team: The nursing perspective is essential*. *Nursing Outlook*, 46, 157-163.

Discute la tendencia hacia la interdisciplinariedad en los cuidados sanitarios y su tendencia a ocultar la identidad y las contribuciones de los profesionales de enfermería. Los autores animan a los profesionales de enfermería a mantener una perspectiva de enfermería mientras participan en equipos interdisciplinarios. El valor del conocimiento de los profesionales de enfermería de la NIC y de la NOC es importante porque estos lenguajes están entre los lenguajes normalizados mejor desarrollados en los cuidados sanitarios y son potencialmente útiles para el desarrollo de lenguajes normalizados para otras disciplinas.

Cuadro 3-4

Curso web sobre el uso de la NIC y la NOC

(Curso web sobre el uso de la NIC y la NOC al que puede accederse en <http://www.nursing.uiowa.edu/centers/cncce/>). Este curso web examina la importancia de utilizar un lenguaje estandarizado para cuidar al paciente y para la disciplina de la enfermería, centrándose en la documentación de las intervenciones de enfermería y los resultados en el paciente centrados en la enfermería. El curso empieza con una visión global del lenguaje estandarizado, luego presenta información básica sobre el desarrollo de la taxonomía. El principal objetivo del curso es una visión global del desarrollo e información actual sobre los dos lenguajes estandarizados desarrollados en Iowa, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), incluidos la implantación y el uso. Se incluye información sobre el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness en el College of Nursing, que facilita el trabajo continuado.

gen de manera consistente. En algunos sistemas informáticos, dadas las restricciones de espacio, existe la necesidad de abreviar algunas actividades de la NIC. El Cuadro 3-6 proporciona una guía para abreviar las actividades de la NIC para adaptarse a un sistema informático con dos ejemplos.

La mayoría de centros que adoptan la NIC lo hacen por la necesidad de disponer de datos sobre el uso y la efectividad de sus intervenciones clínicas. Para tener datos que puedan utilizarse para varios análisis, también es necesario recoger, de manera sistemática, otra información que pueda utilizarse junto con los datos de la NIC sobre intervenciones para dirigir varias cuestiones. Al principio del proceso de implantación, una institución debe identificar las cuestiones de investigación clave junto con los datos recogidos durante la documentación. Una vez identificadas las cuestiones de investigación, pueden determinarse las variables necesarias para dirigir las cuestiones y si los datos están recogidos en la actualidad o deben recogerse en el nuevo sistema. Los datos que se obtendrán a partir de las variables identificadas deben relacionarse con las otras en el nivel del paciente concreto. Con todo ello se evitarán problemas posteriores al aplicar un sistema de información de enfermería.

Cuadro 3-5

**Puesta en práctica de las normas básicas de utilización de la NIC
en un sistema de información de enfermería**

1. El sistema de información debe indicar claramente la Intervención NIC utilizada.
2. Las denominaciones y definiciones de las intervenciones NIC deben aparecer completas y estar claramente denominadas como intervenciones y definiciones.
3. Las actividades no son intervenciones ni deben ser denominadas como tales en las pantallas.
4. El registro de que la intervención fue planificada o administrada debe ser guardado en el nivel denominación de la intervención. Además, un centro puede elegir que el profesional identifique las actividades específicas de una intervención para la planificación y registro de los cuidados del paciente.
5. El número de actividades requerido en un sistema de información debe mantenerse lo más bajo posible para cada intervención para no sobrecargar al proveedor.
6. Si se incluyen las actividades en el sistema de información, deben anotarse con el máximo detalle (atendiendo a los límites de la estructura de datos) tal como aparecen en la NIC. Las actividades han de anotarse de tal manera que quepan en un campo con pocos caracteres y deben reflejar el significado original.
7. Toda actividad adicional o modificada debe ser coherente con la definición de la intervención.
8. La modificación de las actividades NIC debe realizarse con cuidado y sólo si es necesaria en la situación de prácticas.
9. Las intervenciones NIC deben constituir una parte permanente del registro del paciente, con posibilidad de recuperar esta información en cualquier momento.

Cuadro 3-6

Guía para abreviar las actividades de la NIC y adaptarse a un sistema informático

Introducción: Aunque las cosas están cambiando, algunos sistemas informáticos todavía tienen un espacio restringido y por lo tanto no tienen en cuenta el número de caracteres necesarios para incluir toda la extensión de las actividades de la NIC. En este caso aconsejamos pedir más espacio. Sin embargo, si por cualquier razón no es posible, podrían utilizarse las siguientes pautas para disminuir la extensión de las actividades. Si se siguen estas pautas, todas las actividades deberían contener menos de 125 caracteres.

Pautas:

1. Eliminar «si procede» y «según sea necesario» al final de algunas actividades.
 2. Eliminar todos los «p. ej.» entre paréntesis.
 3. Borrar las palabras o frases subordinadas que describen otras partes de la actividad.
 4. Utilizar la abreviación «pt» para paciente o «nse» para profesional de enfermería.
 5. NO crear lenguaje nuevo ni sustituir palabras.
- (Nota: hemos decidido no sugerir más abreviaturas que las que ya constan en la NIC dado que la mayoría de agencias tienen una lista de abreviaturas necesarias; estas listas no son comunes para todas las agencias y crear una lista nueva puede crear más confusión.)
- Ejemplos:*
- Realizar y documentar la historia sanitaria del paciente y la valoración física evaluando condiciones previas, alergias y contraindicaciones para agentes o técnicas anestésicas concretas.
- Proporcionar anestésicos según las necesidades fisiológicas de cada paciente, el juicio clínico, las peticiones del paciente y Estándares para la anestesia en enfermería.
- Obtener muestras para análisis de laboratorio del equilibrio ácido-base (p. ej., ABC, orina y niveles serológicos), si procede.
- Investigar si hay síntomas de una historia de abuso doméstico (p. ej., numerosas lesiones accidentales, múltiples síntomas somáticos, dolor abdominal crónico, cefaleas crónicas, dolor pélvico, ansiedad, depresión, síndrome de estrés postraumático y otros trastornos psiquiátricos).

A veces se hace referencia al proceso de análisis de los datos recogidos a través de la documentación de la práctica como *investigación de efectividad*. La documentación de la práctica a través del uso de un lenguaje normalizado pone al descubierto muchas posibilidades de enfermería en la investigación eficaz. Dos autores de política sanitaria de la Harvard Medical School hacen referencia a la identificación de las cuestiones de investigación como «espacio de efectividad»¹⁷. Así pues, igual que los profe-

sionales de enfermería, debemos identificar las variables (p. ej., intervenciones, resultados, características específicas del paciente, características específicas del proveedor, características del tratamiento específico) y sus cuantificaciones necesarias para evaluar la efectividad.

Por ejemplo, un centro desea tener datos que respondan a las siguientes tres cuestiones de investigación: ¿Cuáles son las intervenciones que habitualmente se realizan juntas? ¿Qué profesionales de enfermería utilizan determinadas intervenciones? ¿Cuáles son los diagnósticos y los resultados de una intervención particular? La razón para desear datos relacionados con estas cuestiones es la siguiente:

- *¿Cuáles son las intervenciones que habitualmente se realizan juntas?* Cuando se reúna sistemáticamente la información acerca de los tratamientos realizados por enfermeras, se podrán identificar los grupos de intervenciones que se suelen realizar juntas para ciertos tipos de pacientes. Es necesario comenzar por identificar las intervenciones a menudo utilizadas conjuntamente para ciertos tipos de pacientes para que podamos estudiar sus efectos interactivos. Esta información, además, resultará útil en la elaboración de pasos críticos, en la determinación de los costes del servicio y en la planificación de asignación de recursos.
- *¿Qué enfermeras utilizan determinadas intervenciones?* El registro sistemático de la utilización de intervenciones nos permitirá estudiar y comparar la calificación de uso de intervenciones particulares por unidad e instalación. La puesta en práctica de la NIC nos permitirá aprender cuáles son las intervenciones utilizadas por las especialidades de enfermería. Determinar las intervenciones utilizadas más frecuentemente en un tipo específico de unidad o en cierto tipo de centro nos ayudará a identificar las intervenciones que deben integrar el sistema de información de enfermería de determinada unidad/institución. También nos ayudará en la selección del personal con el que ha de proveerse a tal unidad y en la estructuración de la formación continuada proporcionada al personal de estas unidades.
- * *¿Cuáles son los diagnósticos y resultados relacionados de una intervención particular?* Conocer las intervenciones que funcionan mejor para diagnósticos específicos y que conducen a ciertos resultados puede utilizarse para ayudar a los profesionales de enfermería en la toma de mejores decisiones clínicas. Además, esta información puede ayudarnos a diseñar los programas de tratamiento que tienen más posibilidades de éxito.

En el Cuadro 3-7 se listan los primeros datos recomendados para dirigir estas cuestiones, y se incluyen una definición y una medida aconsejada. La definición y la medida consistentes son necesarias para reunir y comparar datos de diferentes unidades en distintos entornos. Estas variables y sus medidas se han discutido varias veces con los representantes de los lugares de campo de la NIC para intentar hacerlas significativas en todas las situaciones; siempre que ha sido posible hemos realizado nuestras definiciones e indicadores de medida de acuerdo con los del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Enfermería (CMBDE)³⁵ y los otros grupos de datos de cuidados sanitarios, como el Uniform Hospital Discharge Data Set (UHDDS)³⁵. Como puede observarse a través de la lista, los datos de enfermería clínica son más que necesarios. El número de identificación del paciente es necesario para relacionar la información en su población; la edad, el sexo y la raza/etnia se incluyen para proporcionar información demográfica sobre la población; los diagnósticos y las intervenciones médicas, las medicaciones, y el tipo de unidad de trabajo, la mezcla de personal, la situación clínica del paciente y la carga de trabajo se incluyen como controles. Para ciertos análisis podemos necesitar controlar uno o más de estos efectos para determinar si la intervención de enfermería fue la causa del efecto sobre el resultado del paciente.

Nuestro trabajo con estas variables demuestra que la profesión todavía debe enfrentarse con algunos problemas relacionados con la recogida de datos estandarizados. Por ejemplo, en la mayoría de instituciones todavía no es posible la recogida y codificación de medicaciones (número 8) de forma fácilmente recuperable. Aunque la investigación de efectividad de enfermería puede realizarse sin conocer las medicaciones, muchos de los resultados conseguidos por los profesionales de enfermería también están influenciados por algunos fármacos y por lo tanto es deseable controlar el efecto de la medicación. En la actualidad tampoco hay un único número que identifique el profesional de enfermería responsable (número 13). Por consiguiente, actualmente no es posible atribuir intervenciones o resultados clínicos

Cuadro 3-7

**Primeros datos para la investigación de efectividad en enfermería:
definiciones y cuantificación**

INSTALACIÓN

1. Número de identificación de la instalación

Definición: un número que identifica la organización donde al paciente/cliente se le administraron los cuidados de enfermería

Cuantificación: uso del número de identificación Medicare

DATOS DE ADMISIÓN

2. Número de identificación del paciente

Definición: el único número asignado a cada paciente/cliente dentro de una instalación de cuidados sanitarios que distingue y separa el registro de un paciente de otro en esa instalación

Cuantificación: uso del número de registro de la instalación

3. Fecha de nacimiento

Definición: el día del nacimiento del paciente

Cuantificación: mes, día y año de nacimiento

4. Sexo

Definición: sexo del paciente

Cuantificación: hombre, mujer, desconocido

5. Raza

Definición: una clase o tipo de gente unificado por intereses, hábitos o características de una comunidad

Cuantificación: utilizar códigos Uniform Hospital Discharge Data Set (UHDDS): 1. Indio americano o nativo de Alaska; 2. isleño asiático del Pacífico; 3. negro, no hispano; 4. hispano; 5. blanco, no hispano; 6. otra (por favor, especificar); 7. desconocida

6. Estado civil

Definición: unión legalmente reconocida de un hombre y una mujer

Cuantificación: 1. casado; 2. viudo; 3. divorciado; 4. separado; 5. soltero; 6. desconocido

7. Fecha de admisión

Definición: fecha de inicio de los cuidados

Cuantificación: mes, día, año

MEDICACIONES

5. Medicaciones

Definición: una sustancia farmacológica utilizada para curar una enfermedad o aliviar los síntomas

Cuantificación: 1. nombre del fármaco; 2. vía de administración (1. p.o., 2. i.m./s.c, 3. i.v., 4. aerosol, 5. rectal, 6. gotas oculares, 7. otras); 3. dosis (cantidad de fármaco prescrito); 4. frecuencia (número de veces administrada por día); 5. fecha de inicio (fecha en la que el fármaco empezó en este episodio de cuidados: mes, día, año); 6. fecha de finalización (fecha en la que el fármaco se interrumpió en este episodio de cuidados: mes, día, año)

DATOS MÉDICOS

9. Número de identificación médica

Definición: un número entre instituciones que identifica al médico principalmente responsable de la atención médica del paciente/cliente durante el episodio de cuidados

Cuantificación: único número utilizado por el proveedor para facturar los servicios (UHDDS utiliza atención y operación)

10. Diagnóstico médico

Definición: las condiciones médicas que coexisten en el tiempo de admisión, que se desarrollan con posterioridad, o que afectan al tratamiento recibido y/o a la duración de la estancia; todos los diagnósticos que afectan al episodio actual de cuidados

Cuantificación: nombres de diagnósticos médicos como los listados en la factura del paciente utilizando los códigos ICD-9-CM

Continúa

Cuadro 3-7**Primeros datos para la investigación de efectividad en enfermería:
definiciones y cuantificación (Cont.)****11. Grupos de diagnóstico relacionado (DRG)**

Definición: el sistema de retribución de Estados Unidos utilizado para la retribución de los pacientes Medicare; clasifica a los pacientes dados de alta en aproximadamente 500 grupos en función del diagnóstico médico, la edad, el procedimiento de tratamiento, el estado de alta y el sexo

Cuantificación: el número de 3 dígitos y el nombre del DRG al que este paciente fue asignado

12. Intervención médica

Definición: un tratamiento prescrito por un médico; todos los procedimientos significativos para el episodio actual de cuidados

Cuantificación: 1. nombres de los procedimientos médicos listados en la factura del paciente utilizando códigos CPT; 2. fecha de inicio (fecha cuando el procedimiento empezó en este episodio de cuidados: mes, día, año); 3. fecha de finalización (fecha cuando el procedimiento finalizó en este episodio de cuidados: mes, día, año)

DATOS DE ENFERMERÍA**13. Número de identificación del profesional de enfermería**

Definición: un número entre instituciones que identifica al profesional de enfermería principalmente responsable para los cuidados de enfermería del paciente o del cliente durante el episodio de cuidados

Cuantificación: actualmente no existe; crear códigos propios

14. Diagnóstico de enfermería

Definición: un juicio clínico realizado por un profesional de enfermería sobre la respuesta del paciente a un problema sanitario o a un proceso vital real o posible durante este episodio de cuidados, que afecta a los tratamientos recibidos y/o la duración de la estancia

Cuantificación: nombres de los diagnósticos de enfermería utilizando términos y códigos de la NANDA

25. Intervención de enfermería

Definición: un tratamiento realizado por el profesional de enfermería

Cuantificación: 1. nombres de los tratamientos administrados al paciente durante el episodio de cuidados utilizando términos y códigos de la NIC; 2. fecha de inicio (fecha en la que la intervención empezó en este episodio de cuidados: mes, día, año); 3. fecha de finalización (fecha en la que la intervención se interrumpió en este episodio de cuidados: mes, día, año)

RESULTADOS**16. Resultados del paciente**

Definición: un aspecto del estado de salud del paciente/cliente influenciado por la intervención de enfermería durante este episodio de cuidados

Cuantificación: 1. nombres de los resultados utilizando términos de la NOC; 2. fecha identificada; 3. fecha de finalización del resultado; 4. estado del resultado al inicio y al final del episodio de cuidados (utilizando la escala de la NOC)

17. Fecha de alta

Definición: fecha de finalización de un episodio de cuidados

Cuantificación: mes, día y año

15. Disposición

Definición: planificación para continuar los cuidados sanitarios realizados después del alta

Cuantificación: utilizar CMBDE con modificaciones: 1. dado de alta hacia casa o autocuidados (alta de rutina); 2. dado de alta hacia casa remitido a servicios de enfermería organizados de la comunidad; 3. dado de alta hacia casa con acuerdos para ver al profesional de enfermería en un ambulatorio; 4. transferido a un hospital de corta estancia; 5. transferido a una institución de larga estancia; 6. muerto; 7. abandonó contra el consejo médico; 8. permanece como paciente; 9. otro

29. Coste de los cuidados

Definición: cargas del proveedor para los servicios prestados al cliente durante el episodio de cuidados

Cuantificación: cargas totales facturadas para el episodio de cuidados (a partir de la factura del paciente)

Cuadro 3-7

**Primeros datos para la investigación de efectividad en enfermería:
definiciones y cuantificación (Cont.)**

DATOS DE LA UNIDAD**20. Tipo de unidad**

Definición: nombre del tipo de unidad o área de especialidad que mejor caracteriza dónde se administran los cuidados del paciente

Cuantificación: todas las unidades responden a los apartados a y b:

A. ¿Dónde están localizados los cuidados de enfermería? (Un único lugar)

____ Cuidados en ambulatorio/paciente externo

____ Comunidad

____ En casa

____ Hospital

____ Cuidados de largo plazo/Cuidados en casa

____ Salud ocupacional

____ Centro de rehabilitación

____ Escuela

____ Otro: por favor describir _____

B. ¿Qué especialidad caracteriza mejor el tipo de cuidado administrado? (Elegir sólo una)

____ Medicina general

____ Cirugía general

____ Medicina general y cirugía

____ Geriátrica

____ Cuidados intensivos o de urgencias (p. ej., CCU, MICU, PICU, SICU, ER, OR, RR)

____ Materno-infantil

____ Psiquiatría (adultos o niños, incluyendo abuso de sustancias)

____ Medicina de especialidad (p. ej., médula ósea, cardiología, dermatología, hematología, hemodiálisis, neurología, oncología, pulmonar, radiología)

____ Especialidades quirúrgicas (p. ej., EENT, neurocirugía, ortopedia, urología)

____ Otra (por favor, describir) _____

21. Equipo

Definición: proporción de proveedores de cuidados de enfermería diplomados y auxiliares-técnicos en la unidad/clínica/grupo donde se han administrado los cuidados

Cuantificación: número de enfermeras y personal auxiliar que *lia trabajado* en la unidad/clínica/grupo cada día de la estancia del paciente. (Reunir diariamente para la duración/episodio de cuidados del paciente; si no puede realizarse diariamente, hacer la media semanal. Asignar turnos de 12 horas u otros turnos irregulares al tiempo que han trabajado realmente, es decir, una persona que trabaja 12 horas de 7.30 a 19.30 tiene asignadas 8 horas de día [1 FTE] y 4 horas por las tardes [0,5 FTE]. Contar sólo las horas de atención directa real, es decir, eliminar la enfermera jefe o la enfermera responsable a menos que hayan administrado cuidados directos, eliminar la secretaría de la unidad y no incluir las horas no productivas [como las de orientación, educación de continuidad])

N.º de FTE enfermeras días _____

N.º de FTE enfermeras tardes _____

N.º de FTE enfermeras noches _____

N.º de FTE técnicos días _____

N.º de FTE técnicos tardes _____

N.º de FTE técnicos noches _____

N.º de FTE auxiliares días _____

N.º de FTE auxiliares tardes _____

N.º de FTE auxiliares noches _____

N.º otros días (identificar) _____

N.º otros tardes (identificar) _____

N.º otros noches (identificar) _____

22. Horas de cuidados de enfermería

Definición: horas de cuidados de enfermería administrados por paciente y día en la unidad/clínica/grupo donde se administran los cuidados

Cuantificación: horas de cuidados (del personal real) administrados por enfermeras, auxiliares y técnicos

Días: horas enfermeras _____ horas técnicos _____ horas auxiliares _____ horas otros _____

Continúa

Cuadro 3-7**Primeros datos para la investigación de efectividad en enfermería:
definiciones y cuantificación (Cont.)**

Días: horas enfermeras _____ horas técnicos _____ horas auxiliares _____ horas otros _____
 Tardes: horas enfermeras _____ horas técnicos _____ horas auxiliares _____ horas otros _____
 Noches: horas enfermeras _____ horas técnicos _____ horas auxiliares _____ horas otros _____
 Nota: ésta es la misma gente que en el número 21.

23. Situación clínica del paciente

Definición: media del nivel de enfermedad de los pacientes cuidados en la unidad

Cuantificación: el paciente se clasifica de acuerdo con la escala de situación clínica del paciente (véase el Cuadro 3-8)

24. Carga de trabajo

Definición: la cantidad de servicios de enfermería proporcionados en una unidad

Cuantificación: la media de la situación clínica del paciente (número 23) regula el número de camas ocupadas por día (o el número de pacientes vistos en el ambulatorio) dividido entre el número de enfermeras que han trabajado o el número total de personal de enfermería que ha trabajado (número 21)
 _____ censo a medianoche o número de pacientes por día

a profesionales de enfermería concretos según los datos de la documentación. Además, las instituciones de cuidados sanitarios no recogen los datos de la unidad (números 20 a 24) de manera estandarizada. Así pues, si se desea comparar los datos entre instalaciones, necesitarían traducirse los datos institución por institución a medidas comunes como las propuestas en el Cuadro 3-7.

El ítem 23 propone el uso de una escala sobre la situación clínica del paciente que puede utilizarse para comparar datos entre instituciones (p. ej., GRASP o Van Slyck). Muchos centros tienen su propia escala de clasificación de pacientes o utilizan alguna otra; sin embargo, no pueden utilizarse entre diferentes situaciones. Para llenar este vacío, hemos realizado, con ayuda de diferentes personas, una escala de situación clínica del paciente prototipo y fácil de usar que puede utilizarse entre diferentes situaciones (Cuadro 3-8). Aunque las pruebas de la escala han sido limitadas, se ha demostrado su utilidad en todas las situaciones.

Un desafío adicional es tener una medida de la «dosis» de la intervención. El mantenimiento de la integridad de la intervención entre participantes y situaciones es importante en la investigación de efectividad porque la aplicación inconsistente de intervenciones puede provocar variabilidad en los resultados alcanzados³¹¹. Cuando se utiliza la NIC, esto significa que deben realizarse un número sustancial de las actividades listadas para una intervención concreta, y que todas las actividades que se realizan deben ser consistentes con la definición de la intervención. Es importante que las actividades se adapten a los cuidados del individuo, pero no debe variar tanto como para que la intervención sea distinta. En investigación experimental cuando se estudia una intervención concreta en condiciones controladas (llamada *investigación de efectividad*) es posible la realización consistente de la intervención. Estas condiciones ideales raramente se producen en la práctica actual, de manera que la investigación de efectividad (lo que actualmente sucede en la práctica) es esencial. En la actualidad, no existe una solución para el problema de la «dosis» de la intervención. Una medida poderosa, como la cantidad de tiempo que el profesional utiliza para realizar la intervención, es útil y puede ser suficiente como medida de «dosis» en algunos estudios. Pero la mejor solución es conocer el número y el alcance de las actividades específicas que se realizan. Algunas de las bases de datos desarrolladas por centros y proveedores concretos incluyen esta información, pero otras no tienen la capacidad de memoria requerida para los grandes grupos de datos y los centros han elegido no documentar este nivel de detalle. Aunque para comparar datos entre centros la documentación de la denominación de la intervención es lo más importante, también es importante tener una manera de determinar la implantación consistente de la intervención. Esto puede realizarse mediante la adopción por parte de un centro de un protocolo estándar para llevar a cabo la intervención, el tiempo total utilizado para realizar la intervención, o mediante la documentación de las actividades relacionadas con la intervención.

Cuadro 3-8

Escala de agudeza del paciente de la NIC

Instrucciones: clasificar cada paciente en esta escala una vez al día (o según sea conveniente en la práctica)

Nivel de situación clínica del paciente (rodear con un círculo una de las opciones):

1. Un paciente de autocuidados principalmente en contacto con el sistema de asistencia sanitaria para ayudarlo en actividades de fomento de la salud. El paciente puede requerir cierta asistencia para enfrentarse con los efectos de una enfermedad o una lesión, pero la cantidad de tratamiento administrado no es superior a la que podría ser administrada a una visita breve de un paciente externo. *A menudo el paciente de esta categoría busca pruebas rutinarias de control de salud, como mamografías, frotis de Papanicolaou, instrucciones de crianza, pérdida de peso y control de la presión sanguínea, deportes físicos y consultas de bebés sanos. Los aspectos de enseñanza de cuidados generalmente son breves y con frecuencia limitados a instrucciones escritas para su domicilio.*
2. Un paciente relativamente independiente como administrador de autocuidados que puede tener ciertas limitaciones en los autocuidados totales. El paciente precisa valoraciones periódicas de enfermería e intervenciones para las necesidades que pueden ser simples o complejas. Las actividades de enseñanza forman una buena parte del cuidado administrado y los requerimientos de asistencia sanitaria incluyen la necesidad de educación sobre prevención. *Los ejemplos de pacientes que pueden ajustarse a esta categoría incluyen mujeres con alto riesgo de complicaciones en el embarazo, individuos con diabetes difícil de controlar o recientemente diagnosticada, individuos con enfermedades psiquiátricas estables, una familia con un niño con una alteración de atención y pacientes cardíacos en fase de rehabilitación.*
3. El paciente es incapaz de encontrar recursos o energías suficientes para satisfacer sus propias necesidades y depende de otros para los autocuidados. Esta persona precisa una intervención de enfermería continua, pero el cuidado es predecible y no tiene carácter de urgencia. *Los ejemplos de pacientes que se ajustan a esta categoría son algunos con enfermedades crónicas inestables o que consumen energía, una mujer de parto, un paciente con cuidados a largo plazo, un paciente de cuidados paliativos, un paciente psiquiátrico deprimido y un paciente postoperatorio estabilizado.*
4. El paciente está gravemente enfermo y depende de otros para los autocuidados con necesidades rápidamente cambiantes. El paciente precisa valoraciones continuas de enfermería, y las intervenciones y las necesidades de cuidados no son predecibles. *Los ejemplos de pacientes en esta categoría incluyen pacientes postoperatorios recuperándose de cirugía mayor durante las primeras 24-36 horas, alguien que sufre un episodio psiquiátrico agudo y una mujer con embarazo de alto riesgo de parto.*
5. El paciente está críticamente enfermo y precisa medidas técnicas para mantenerle con vida. El paciente no tiene capacidad para administrarse sus propios autocuidados y precisa una valoración y una intervención constantes de enfermería para mantener su existencia. *Los ejemplos de pacientes en esta categoría incluyen pacientes en cuidados intensivos que reciben apoyo vital completo, pacientes psiquiátricos en cuidados intensivos, bebés prematuros con bajo peso al nacer, víctimas de accidentes con lesiones en la cabeza y, en general, los individuos con disfunciones en varios sistemas.*

Se ha hecho un buen avance en el desarrollo de métodos para realizar investigación de la efectividad con datos clínicos reales en una subvención recientemente finalizada por parte de NINR y AHRQ titulada «Nursing Interventions and Outcomes in 3 Older Populations» (Titler, RO1 NR05331). La investigación se revisa al final del capítulo 2. Una de las publicaciones clave de esta obra es una monografía¹⁴ que define métodos para recuperar datos de enfermería clínica de sistemas electrónicos, conservándolos según las necesidades de privacidad, aplicando técnicas de ajuste del riesgo y analizando el impacto de los tratamientos de enfermería.

En todas estas medidas puede realizarse un mayor perfeccionamiento; los borradores iniciales incluidos aquí ilustran los retos con los que nos enfrentamos a medida que avanzamos en la investigación de efectividad. A pesar de los retos debemos continuar adelante. Las personas que están considerando implantar la NIC no deben dejarse abrumar por los retos; más bien deben unirse al entusiasmo sobre la capacidad para generar datos para demostrar la valía de los cuidados de enfermería.

USO EN LA EDUCACIÓN

Según nuestra experiencia, los cambios en la educación son más lentos de desarrollar que los de la práctica y sólo se producen si los educadores ven los cambios en la práctica como algo duradero. Desde la década de 1980 los diagnósticos de enfermería se han incluido en la mayoría de libros de texto de

planificación de cuidados; en los últimos años muchos autores de planificación de la asistencia enfermera y libros de texto han incorporado la NIC. Generalmente para enseñar los educadores todavía utilizan artículos de libros y de revistas, más que programas informáticos. Aunque esto es el principio para cambiar, existen pocos programas informáticos para enseñar la planificación y la documentación de cuidados. En este apartado incluimos pautas para el uso de los miembros del profesorado para implantar la NIC en el curriculum. Además, en el apéndice del capítulo 3 de la cuarta edición de este libro se incluyeron ejemplos de formularios utilizados por los miembros del profesorado que están utilizando la NIC para facilitar la enseñanza de la planificación de cuidados y de la toma de decisiones. Otra fuente útil para ayudar al profesorado a implantar un lenguaje estandarizado en el curriculum de un estudiante es una monografía escrita por Cynthia Finesilver y Debbie Metzler y sus colaboradores y estudiantes del Bellin College en Green Bay, Wisconsin, disponible en el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness en la University of Iowa¹⁴.

La implantación de la NIC en un entorno educativo es más sencilla que en entornos prácticos dado que están implicados menos individuos y generalmente no se dan problemas relacionados con el uso en un sistema de información. Sin embargo, esto es un gran cambio, y algunas guías para realizar el cambio ayudan (véanse las lecturas del Cuadro 3-3). En el Cuadro 3-9 se listan pasos para la implantación de la NIC en un entorno educativo. Este cuadro es parecido al de los pasos para implantar la NIC en un centro asistencial (véase el Cuadro 3-2), pero las acciones están relacionadas con el entorno académico y con el desarrollo del curso. La decisión central que debe tomarse es que el profesorado adopte una orientación y un enfoque filosófico de enfermería, más que la orientación médica más tradicional con implicaciones de enfermería añadidas. El curso a través de la web de 4 horas ofrecido por el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness puede ser una manera fácil de comprender rápidamente los principios básicos para los miembros del profesorado no familiarizados con la NIC y la NOC (véase el Cuadro 3-4).

No todas las intervenciones pueden o deben dirigirse a los estudiantes; el profesorado debe decidir qué intervenciones deben aprender todos los estudiantes y cuáles requieren una educación superior y deben aprenderse en programas máster. Algunas intervenciones son exclusivas para áreas de especialidad y quizá se enseñan mejor en la especialidad. Connie Delaney, una profesora de la University of Iowa, ha elaborado los pasos para identificar qué intervenciones se enseñan en cada curso. Delaney recomienda los siguientes pasos, que nosotros hemos ampliado:

1. Identificar las intervenciones de la NIC que nunca se han enseñado en el programa (diplomado, licenciado, máster) y eliminarlas de acciones posteriores.
2. Utilizando el resto de intervenciones, identificar para cada grupo de curso las intervenciones que se han enseñado en su curso o área de responsabilidad de enseñanza. Es decir, identificar lo que actualmente se enseña respecto a términos de intervenciones de la NIC.
3. Recopilar esta información en una gráfica (las intervenciones en un eje y cada curso en el otro eje) y distribuir en ella todos los miembros del profesorado.
4. Hablar con el profesorado, tomando nota de las intervenciones que son exclusivas de ciertos cursos y las que se han enseñado en más de un curso. Articular claramente la perspectiva ofrecida por cada curso para cada intervención que se enseñe en más de un lugar (p. ej., ¿se está realizando la intervención en una población diferente?). ¿Ambos cursos deben continuar enseñando la intervención o el contenido debe eliminarse en un curso? Revisar las intervenciones que no están en ningún curso pero que el profesorado considera que deben enseñarse en este nivel. ¿Deben añadirse?
5. Afirmer el consenso del profesorado sobre dónde se enseñan qué intervenciones.

Evidentemente, el mismo proceso puede realizarse con los diagnósticos de enfermería (utilizando la NANDA) y con los resultados de los pacientes (utilizando la NOC). Muchos programas educativos ya utilizan los diagnósticos de la NANDA y pueden implantar la NIC revisando las relaciones NANDA-NIC y determinando las intervenciones que podrían enseñarse en relación con los diagnósticos de la NANDA.

Cuadro 3-9

Pasos para la puesta en práctica de la NIC en las Escuelas Universitarias de Enfermería (EUE)

A. Establecer un compromiso organizativo con la NIC

- Identificar la persona clave responsable de la puesta en práctica (el jefe de la comisión de planes de estudio)
- Crear un grupo de tareas de puesta en práctica con representantes de las áreas clave
- Proporcionar materiales de NIC a todos los miembros del grupo de tareas
- Invitar a un miembro del equipo del proyecto NIC para que realice una presentación a la EUE y para reunirse con el grupo de tareas
- Adquirir y distribuir copias del libro/NIC
- Hacer llegar lecturas sobre la NIC v *The NIC/NOC Letter* a la EUE. Mostrar el vídeo NIC en una reunión en la EUE
 - » Examinar las cuestiones filosóficas respecto de la centralidad de las intervenciones de enfermería en los conocimientos de enfermería
- Conseguir que los miembros del grupo de tareas y demás personas clave comiencen a utilizar el lenguaje de la NIC en las discusiones diarias
- Conseguir que las personas clave del grupo de tareas firmen en el Center for Nursing Classification LISTSERV

B. Preparar un plan de puesta en práctica

- Escribir las metas específicas que han de conseguirse con la puesta en práctica
- Realizar un análisis de fuerzas para determinar las fuerzas impulsoras y limitadoras
- Determinar si se realizará una evaluación y, si es así, cuál será la naturaleza del esfuerzo de la evaluación
- Determinar hasta dónde se implementará la NIC; por ejemplo, en programas para pregrado y posgrado; en declaraciones filosóficas; en registros de procedimientos, planes de cuidados, casos de estudio; en orientación para una EUE nueva
- Dar prioridad a los esfuerzos de la puesta en práctica
- Desarrollar un plazo escrito para la implementación
- Crear grupos de trabajo de la EUE y quizá de estudiantes para que analicen las intervenciones y actividades NIC, determinar dónde se enseñarán en el plan de estudios, cómo se relacionarán con los materiales actuales, y desarrollar o rediseñar cualquier impreso necesario
- Identificar las intervenciones NIC que han de enseñarse en el nivel pregrado y posgrado. Identificar qué intervenciones han de enseñarse en qué cursos
- Distribuir el esbozo de las decisiones a otra EUE para la evaluación y respuesta
- Fomentar el desarrollo de un profesional que ha destacado en la aplicación de la NIC en cada departamento o grupo de curso
- Mantener informados a todos los responsables de las decisiones de los planes
- Identificar las necesidades de aprendizaje de la EUE y planificar modos de tratar esta cuestión

C. Llevar a cabo el plan de puesta en práctica

- Revisar los programas; solicitar los libros NIC; pedir a la biblioteca que solicite los libros
- Dar tiempo para el debate y respuesta de los grupos de los cursos
- Poner en práctica la NIC de forma progresiva, curso por curso, y obtener la respuesta tanto de la EUE como de los estudiantes
- Actualizar el contenido del curso según sea necesario
- Determinar el impacto y las implicaciones del apoyo de los cursos y los prerrequisitos, y reestructurarlos según sea necesario
- Informar del progreso de la puesta en práctica regularmente en las reuniones de la EUE
- Reunir los datos de la evaluación después de la puesta en práctica de la NIC si se desea y realizar los cambios necesarios en el plan de estudio
- Identificar marcadores clave que han de utilizarse durante la evaluación continua y seguir controlando y manteniendo el sistema
- Dar cuenta al Iowa Intervention Project Team

La inclusión de un lenguaje de enfermería estandarizado en un curriculum se centra en la enseñanza del proceso de toma de decisiones (la elección de los diagnósticos, los resultados y las intervenciones de enfermería adecuados para un paciente/cliente concreto). En el Cuadro 3-10 se citan libros útiles para la enseñanza del proceso de toma de decisiones a los estudiantes nuevos, así como un instrumento que podría utilizarse para medir el desarrollo del pensamiento crítico, A medida que más

Cuadro 3-10

Recursos útiles para la enseñanza de la toma de decisiones en enfermería**Textos seleccionados que incorporan la NIC:**

Ackley B.J. y Ladwig, G.B. (2006). *Nursing diagnosis handbook: A guide to planning care* (7.^{ta} ed.). St. Louis: Mosby.

Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., Moorhead, S. y Swanson, E. (2006). *NANDA, NOC and NIC linkages: Nursing diagnoses, outcomes, and interventions*. (2.^a ed.). St. Louis: Mosby.

Pesut, D.J. y Herman, J. (1999). *Clinical reasoning: The art and science of critical and creative thinking*. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.

Wilkinson, J.M. (2007). *Nursing process and critical thinking* (4.^a ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Instrumento para medir el pensamiento crítico:

Facione, R.A., Facione, N.C., & Giancarlo, C.A. (1998). *The California Critical Thinking Disposition Inventory*. Millbrae, CA: California Academic Press.

Mide siete atributos mentales de los pensadores críticos: búsqueda de la verdad, imparcialidad, capacidad analítica, sistematización, autoconfianza, curiosidad y madurez. Consta de 75 ítems valorados con una escala Upo Likert de 6 puntos.

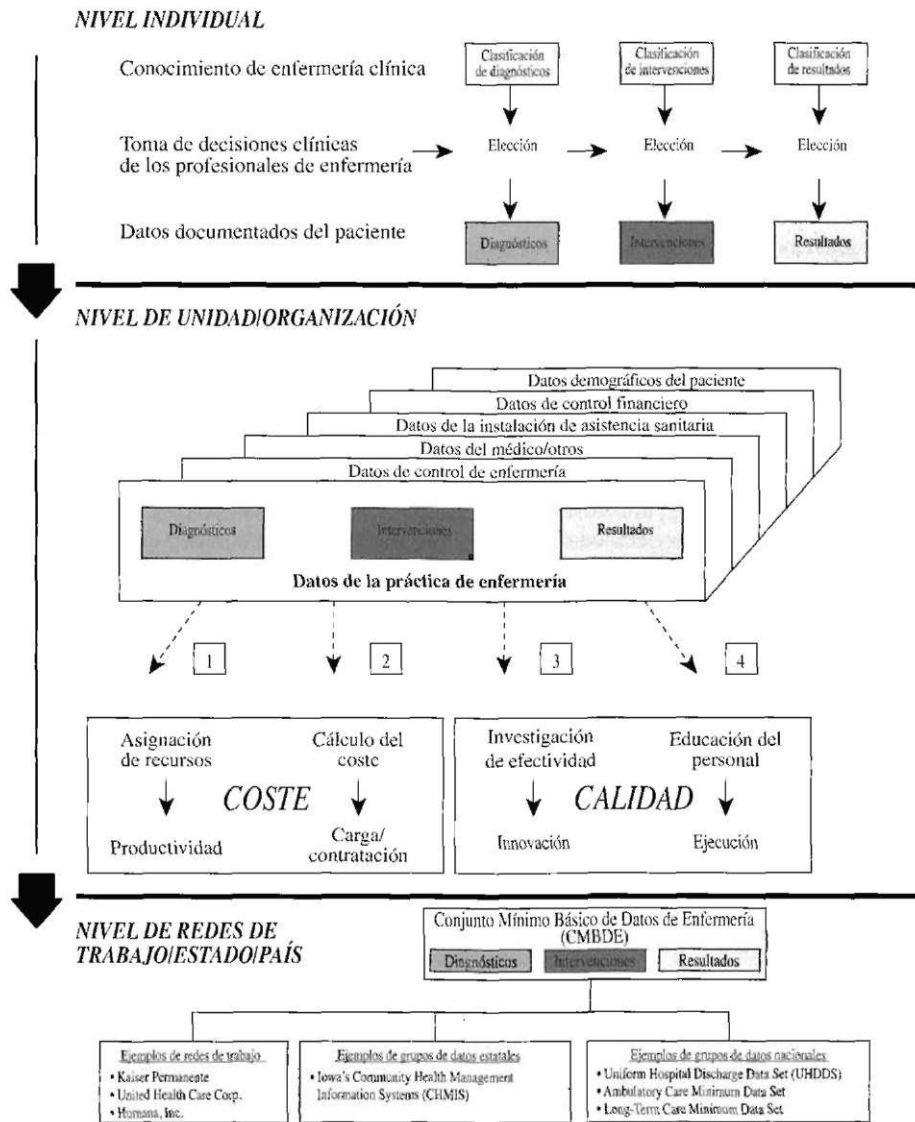
programas educativos enseñen lenguajes de enfermería estandarizados como la base del conocimiento de enfermería, estos recursos se extenderán.

UTILIZACIÓN DE UN MODELO DE LENGUAJE NORMALIZADO

El modelo representado en la Figura 3-1 ilustra el uso de lenguaje estandarizado para la documentación de los cuidados reales prestados por la enfermera a pie de cama del enfermo, que genera datos para tomar decisiones sobre temas de coste y calidad en la agencia sanitaria. Los datos también son útiles para tomar decisiones de política sanitaria. El modelo de tres niveles indica que el uso de un lenguaje normalizado para la documentación de los cuidados del paciente no sólo ayuda al profesional de enfermería para comunicarse con otros, sino que también se dirige a otros usos importantes.

En el nivel *individual* cada profesional de enfermería utiliza un lenguaje normalizado en las áreas de diagnósticos, intervenciones y resultados para comunicar los planes de cuidados de pacientes y para documentar los cuidados realizados. Aconsejamos el uso de la NANDA, de la NIC y de la NOC como clasificaciones en las áreas de diagnósticos, intervenciones y resultados. Cada una de estas clasificaciones es global entre especialidades y entorno práctico, y cada una de ellas realiza esfuerzos de investigación continua para mantener la actualidad de las clasificaciones. Un profesional de enfermería concreto que trabaja con un paciente o con un grupo de pacientes/clientes se pregunta algunas cuestiones según las etapas del proceso de enfermería. ¿Cuáles son los diagnósticos de enfermería del paciente? ¿Cuáles son los resultados del paciente que estoy intentando conseguir? ¿Qué intervenciones utilizo para obtener estos resultados? Posteriormente los diagnósticos, resultados e intervenciones se documentan utilizando el lenguaje normalizado en estas áreas. Un profesional de enfermería que trabaja con un sistema de información que contiene la Clasificación documentará sus cuidados escogiendo la denominación de concepto para la intervención. No todas las actividades se realizarán para cada paciente. Para indicar qué actividades se realizaron, el profesional de enfermería podría destacarlas o simplemente documentar las excepciones, en función del sistema de documentación existente. Un profesional de enfermería que trabaja con un sistema de información manual escribirá las denominaciones de las intervenciones de la NIC elegidas como planificación y documentación de cuidados. Las actividades también pueden especificarse en función del sistema de documentación del centro. Aunque las actividades pueden ser importantes para comunicar los cuidados de un paciente concreto, la denominación de la intervención es el punto de partida en la planificación de cuidados.

Esta parte del modelo puede considerarse como documentación de los puntos clave de decisión del proceso de enfermería utilizando un lenguaje normalizado. Pone de manifiesto la importancia de



¹Iowa Intervention Project, 1997

Fig. 3-1 Datos prácticos de enfermería: tres niveles.

las habilidades de los profesionales de enfermería en la toma de decisiones clínicas. Hemos observado que, incluso aunque la NIC precise que los profesionales de enfermería aprendan un lenguaje nuevo y una manera diferente de conceptualizar lo que hacen (nombrando el concepto de intervención más que listando una serie de conductas detalladas), rápidamente se adaptan y de hecho se convierten en la fuerza motriz para implantar el lenguaje. Con o sin informatización, la adopción de la NIC facilita la comunicación de la ejecución entre los profesionales de enfermería o con otros. Los programas de cuidados son mucho más cortos, y las intervenciones pueden relacionarse con diagnósticos y con resultados. Dado que las decisiones de profesionales de enfermería concretos sobre diagnósticos,

intervenciones y resultados se recogen de manera uniforme, la información puede añadirse al nivel de la unidad u organización.

En el *nivel de unidad/organización* la información sobre pacientes concretos se reúne para todos los pacientes de la unidad (u otro grupo) y, a su vez, de toda la institución. Posteriormente estos datos prácticos de enfermería reunidos pueden relacionarse con la información de la base de datos de control de enfermería. La base de datos de control incluye datos sobre los profesionales de enfermería y otro personal que realiza cuidados y los medios de realización de éstos. Esta es otra área donde es necesaria la normalización. Para ello, Delaney y Huber¹³ han propuesto la agrupación de un grupo de datos mínimos de control de enfermería que incluye medidas estándares para un terminal de control de información, incluyendo el método de cuidados suministrado, la distribución por categorías del personal, la tasa de vacantes de la institución y el tamaño y el tipo de unidad. Estas dos bases de datos (práctica de enfermería y control de enfermería) abarcan el sistema de información de enfermería. Además, los datos de práctica y de control de enfermería pueden relacionarse con datos sobre tratamientos realizados por médicos y otro tipo de personal y datos de información de la institución, información del paciente y datos financieros. La mayoría de estos datos, a excepción de los datos sobre tratamientos de otros proveedores que no sean médicos, ya se han agrupado de manera uniforme y están disponibles para su uso.

El modelo ilustra cómo los datos de la práctica clínica relacionados con otros datos en el sistema de información del centro pueden utilizarse para determinar el coste y la calidad de los cuidados de enfermería. El aspecto de los costes del modelo se aplica a la asignación de recursos y al cálculo del coste de los servicios de enfermería; el aspecto de la calidad del modelo se aplica a la investigación de efectividad y a la formación del personal. El uso de un lenguaje normalizado para planificar y documentar los cuidados no produce automáticamente el conocimiento sobre costes y calidad, pero proporciona los datos potenciales para tomar decisiones en estas áreas. Los pasos para llevar a cabo estos cuatro objetivos se describen brevemente más adelante. Entre paréntesis se explican algunos términos de control y económicos para aquellos que no estén familiarizados con estas áreas.

Costes

Asignación de recursos: la distribución del personal y de los suministros

- Determinar las intervenciones y los resultados relacionados por tipo de población.
- Determinar y emplear las reglas para la distribución por categorías del personal (proporción de proveedores de cuidados de enfermería profesionales y no profesionales) por tipo de población.
- Asignar otros recursos (suministros y equipos) de acuerdo con esto.
- Determinar la productividad (proporción de producción y de inversiones o producción de trabajo realizado y de personas y suministros necesarios para realizar el trabajo) del personal.

Costes: determinar los costes de los servicios de enfermería realizados al paciente

- Identificar las intervenciones realizadas al paciente.
- Fijar el precio por intervención, teniendo en cuenta el nivel del proveedor y el tiempo invertido.
- Determinar una carga general (cantidad programada de gastos que no es aplicable a un servicio concreto pero que es esencial para la producción de servicios como calefacción, luz, construcción y mantenimiento); distribuir uniformemente entre todos los pacientes y justificar.
- Determinar el coste del suministro de cuidados por paciente (intervenciones de cuidados directos más general).
- Determinar la carga por paciente o utilizar la información para contratar servicios de enfermería (establecer un acuerdo para el suministro de servicios de enfermería a un precio fijo).

Calidad

Investigación de efectividad: investigación para determinar efectos o resultados de las intervenciones de enfermería

- Determinar las cuestiones de investigación (p. ej., ¿qué combinación de intervenciones dan los mejores resultados para un tipo concreto de pacientes?).

- Seleccionar los resultados que se van a medir.
- Identificar y recoger las variables de intervención (p. ej. características del paciente, tratamientos médicos, distribución por categorías del personal, cantidad de trabajo).
- Analizar los datos.
- Aconsejar innovaciones prácticas,

Educación del personal: educar al personal para asegurar la competencia en el suministro de las intervenciones necesarias

- Determinar el nivel de competencia de los profesionales de enfermería en relación con intervenciones determinadas.
- Enseñar según sea necesario y volver a medir la competencia.
- Determinar el nivel de responsabilidad del profesional de enfermería para las intervenciones y si la intervención, o parte de ella, se delega o no.
- Enseñar según sea necesario aspectos como la toma de decisiones, la delegación y la creación de equipos.
- Evaluar la ejecución en términos de logros de resultados de los pacientes.
- Utilizar información en la evaluación de la ejecución del profesional de enfermería, teniendo en cuenta la capacidad para realizar la intervención de forma competente y el nivel global de responsabilidad del profesional.

Los dos aspectos del modelo son interactivos. Los costes y la calidad siempre deben tenerse en cuenta conjuntamente. Además, las cuatro vías no implican que sean mutuamente excluyentes. La investigación puede dirigirse hacia el aspecto de los costes, y los costes pueden determinarse para la investigación y para la educación. Las cuatro vías distintas, sin embargo, son útiles para indicar las principales áreas de uso de estos datos a nivel de organización,

El *nivel de redes de trabajo/estado/país* implica «enviar» los datos de enfermería (CMBDE) para incluirlos en grandes bases de datos utilizadas para determinar la calidad y establecer políticas sanitarias. Werley y colaboradores³⁵ identificaron 16 variables que deben incluirse en las grandes bases de datos para establecer políticas. Estas incluyen las tres variables clínicas de diagnósticos, intervenciones y resultados; la intensidad de enfermería (definida como distribución por categorías del personal y horas de atención), que se agrupará en una base de datos de control de enfermería, y otras 12 variables como la edad, el sexo y la raza del paciente y el asegurador de la factura (disponibles en otros puntos del registro clínico). El modelo indica que los datos de enfermería sobre diagnósticos, intervenciones y resultados se agrupan por institución y, posteriormente, se incluyen en bases de datos regionales y nacionales más grandes. En el modelo se hace referencia a dos ejemplos de bases de datos nacionales y a uno de bases de datos estatales. Un número creciente de redes de trabajo de proveedores de cuidados (el modelo hace referencia a tres) también está creando bases de datos. Según Jacox³⁶, en estas bases de datos clínicas y administrativas la enfermería ha permanecido esencialmente invisible. La lista y las ramificaciones de la invisibilidad de enfermería y de los cuidados de enfermería en las bases de datos son:

- En la mayoría de entornos de asistencia sanitaria no podemos describir los cuidados de enfermería recibidos por los pacientes.
- Mucha práctica de enfermería se describe como práctica de otros, especialmente médicos.
- No podemos describir los efectos de la práctica enfermera en los resultados de los pacientes.
- No podemos describir los cuidados de enfermería sin una situación concreta, sólo entre situaciones.
- » No podemos identificar qué profesionales de enfermería los realizan, de manera que pueden ser retribuidos por ello.
- No podemos explicar la diferencia en el cuidado de los pacientes y en los costes cuando los cuidados los suministran médicos en comparación con los profesionales de enfermería.
- Esta invisibilidad perpetúa la visión de la enfermería como parte de la medicina que no necesita identificarse de forma separada.

VENTAJAS DEL USO DE DATOS NORMALIZADOS

El uso de un lenguaje normalizado para documentar la práctica proporciona una manera de superar la invisibilidad descrita por Jacox⁹; proporciona la visión de los CMBDE en la realidad. La recolección sistemática de los datos de la práctica clínica ayuda o facilita cada segmento de enfermería. Creemos que si los profesionales de enfermería trabajasen en todos los entornos documentando sistemáticamente sus cuidados utilizando un lenguaje normalizado, podrían ponerse de manifiesto los beneficios del modelo.

Nuestros pacientes se beneficiarán de la recogida y del uso de información de enfermería sistemáticos debido a que aumentará la continuidad de los cuidados. A medida que cambian de un entorno de atención sanitaria a otro, habrá una forma normalizada para comunicar el programa de cuidados y los resultados que quedan por alcanzar. A medida que los profesionales de enfermería se familiarizan con el lenguaje normalizado de las clasificaciones, pueden comunicar de manera más precisa lo que han estado realizando y lo que todavía han de realizar a cada paciente. También tendremos una terminología mejor para describir nuestros servicios a los pacientes de manera que podrían colaborar activamente en sus cuidados sanitarios. En el futuro, los pacientes se beneficiarán de la investigación que se dirigirá hacia bases de datos normalizadas.

El profesional de enfermería o el proveedor de cuidados en plantilla también encontrará muchas ventajas. El nivel uno del modelo (véase la fig. 3-1) proporciona una manera sistemática y eficaz para documentar los cuidados de enfermería. A medida que se dispone de más sistemas informáticos, se aligerará el peso del trabajo sobre papel y de los registros múltiples. El uso de un lenguaje normalizado ayudará al profesional de enfermería a concentrarse en la parte de juicio clínico del proceso de enfermería, más que en la descripción de fenómenos. La comunicación con otros profesionales de enfermería y otros profesionales durante el traslado o el alta del paciente será mucho más fácil.

El director/administrador de los profesionales de enfermería tendrá datos más valiosos para planificar la asignación de recursos. El nivel dos del modelo proporcionará información sobre los diagnósticos más frecuentes de los pacientes dentro de la unidad o de la organización y la frecuencia de las intervenciones de enfermería realizadas. La planificación de la selección del personal y de las actividades de desarrollo del personal puede basarse en los datos de los pacientes. Habrá una razón mejor para la distribución por categorías del personal y para determinar las actividades a delegar en las auxiliares. El nivel dos proporcionará información al director de enfermería para equilibrar los componentes de costes y de calidad. Actualmente, los costes reciben mucha atención, pero los aspectos de los costes deben equilibrarse con los de calidad. La implantación de este modelo nos permite hacer ambas cosas.

Los beneficios para los investigadores de enfermería (y en última instancia para los pacientes) son numerosos. Las bases de datos para la información de la práctica de enfermería a partir de los cuidados suministrados en la realidad estarán disponibles. Cuestiones relacionadas con las intervenciones que funcionan mejor con pacientes concretos con un coste determinado podrán estudiarse fácilmente a partir de las fuentes de datos existentes. La enfermería estará capacitada para participar en los tipos clave de investigación para evaluar los cuidados de una región del país u otra. Cuando se hayan introducido las nuevas tecnologías, las bases de datos contendrán la información basal para comparar la efectividad. Cuando puedan utilizarse los datos existentes, el progreso de la ciencia de la enfermería será más rápido que cuando cada investigador debe recoger datos nuevos cada vez que se propone una cuestión de investigación o una hipótesis.

Los educadores de enfermería encontrarán muchas utilidades al modelo. Los programas se centrarán en dos puntos principales: la información contenida en las clasificaciones y el proceso de toma de decisiones clínicas, o la decisión de cómo aplicar el contenido del conocimiento de cada clasificación a un paciente concreto. Debemos observar más evoluciones de comunidades en programas de todo el país de manera que exista más consenso acerca de la preparación de un profesional de enfermería competente. Los lenguajes normalizados se adoptarán en los libros de texto de enfermería (esto ya se está produciendo) de manera que los estudiantes observarán más consistencia a medida que avancen en sus programas de estudio.

Nuestras asociaciones de profesionales se beneficiarán enormemente de la información que se recogerá en el nivel tres del modelo. Pueden utilizar esta información para articular mejor las contribuciones

de los profesionales de enfermería en el ámbito nacional y estatal. La información de las bases de datos puede utilizarse cuando las decisiones se tomen respecto a políticas sanitarias que hay que desarrollar y apoyar. La legislación que beneficiará a nuestros usuarios puede desarrollarse según los datos de los pacientes actuales. El personal necesario para la profesión puede estimarse de forma más adecuada.

UTILIZAR LA NIC EN EL MODELO RESULTADO-ESTADO PRESENTE-PRUEBA (OPT) DE RAZONAMIENTO CLÍNICO REFLEXIVO

Los modelos de toma de decisiones de enfermería son los motores de la práctica enfermera. Los modelos de toma de decisiones proporcionan una estructura para facilitar el razonamiento clínico. El razonamiento clínico es el uso efectivo del conocimiento utilizando procesos de pensamiento reflexivos, creativos, concurrentes y críticos para alcanzar los resultados deseados en el paciente. Desde la década de 1950, el proceso de enfermería ha proporcionado la estructura que facilita el razonamiento clínico. Inicialmente, el proceso de enfermería constaba de cuatro pasos que incluían valoración, planificación, intervención y evaluación. En 1973, la American Nurses Association (ANA) modificó el proceso de enfermería de cuatro pasos añadiendo el diagnóstico como segundo paso en el modelo de toma de decisiones y estableció el modelo de cinco pasos (valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación) como estándar de la práctica de la enfermería. El manual para la Joint Commission on Accreditation (ahora The Joint Commission) luego requirió la documentación según los pasos del proceso de enfermería. Los tribunales estatales de enfermería que utilizaban los exámenes NCLEX empezaron a examinar los conocimientos organizados según los cinco componentes del proceso de enfermería. En 1980, el trabajo de Carnevali et al.¹⁸, Gordon¹⁹ y Christensen²⁰ refinaron el proceso de enfermería al mostrar que los «pasos» no eran una identificación secuencial de problemas y un proceso de resolución de problemas, sino que los pasos eran secuenciales, interactivos y continuos. Esta transformación del proceso de enfermería estuvo influida por teorías sobre procesamiento de información, pensamiento crítico, razonamiento diagnóstico y toma de decisiones clínicas.

Si bien el proceso de enfermería proporcionó la estructura para el razonamiento clínico, las taxonomías de enfermería aportaron el conocimiento de enfermería para alimentar la toma de decisiones clínicas. La integración de los sistemas de clasificación de enfermería en el proceso de enfermería, especialmente la NANDA, la NIC y la NOC, están bien representadas en la serie de (1) manuales de enfermería en las áreas más especializadas; (2) textos de planificación de cuidados de enfermería; (3) estándares de cuidados en un amplio grupo de organizaciones de especialidades de enfermería clínica y, más recientemente, (4) sistemas de información de enfermería que requieren un lenguaje de enfermería común para la planificación y documentación de los cuidados de enfermería. Si bien se ha demostrado que el proceso de enfermería es un método útil para resolver problemas, el proceso de enfermería tradicional tiene diversas limitaciones para la práctica de la enfermería contemporánea. La práctica de enfermería contemporánea centra el énfasis en los resultados en el paciente, pensamiento reflexivo, práctica basada en la teoría y en la evidencia, pensamiento creativo y reflexivo y el uso de la "historia" y la narrativa que enmarca la situación del paciente en un contexto significativo. Pesut y Hermán (1999)²¹ señalan que el proceso de enfermería tradicional no se centra explícitamente en los resultados; desenfata el pensamiento creativo reflexivo y concurrente; está más orientado al procedimiento que a las estructuras y procesos de pensamiento; es un proceso escalonado y lineal que limita el pensamiento relacional para comprender las complejas interconexiones entre los problemas que presenta el paciente; y limita el desarrollo de la teoría relacionada con la práctica. En respuesta a la necesidad de un modelo más contemporáneo de razonamiento clínico, Pesut y Hermán desarrollaron el modelo Resultado-Estado presente (OPT) de razonamiento clínico reflexivo.

El modelo OPT se ha descrito como un modelo del proceso de enfermería de tercera generación (2000-2010)²²⁻²³ que proporciona la estructura para el razonamiento clínico, centrándose en los resultados utilizando un método de pensamiento de sistemas sobre las relaciones entre problemas de cuidados de enfermería asociados con la historia concreta de un usuario. Por tanto, a diferencia del proceso de enfermería tradicional, el modelo OPT ofrece una estructura para el pensamiento clínico que se centra en los resultados y no es un proceso escalonado lineal. El razonamiento clínico que se centra en

los resultados es más valioso y rentable que el razonamiento clínico que se centra en los problemas, Uno se centra simultáneamente también en los problemas y resultados por yuxtaposición de problemas y resultados al mismo tiempo. El modelo requiere que las enfermeras consideren simultáneamente las relaciones entre diagnósticos, intervenciones y resultados, con la atención en la evidencia utilizada para emitir juicios. Más que considerar un problema cada vez, el OPT requiere considerar varios problemas identificados simultáneamente y averiguar qué problema o tema es fundamental y más importante en relación con los problemas restantes. Una vez determinado el «problema principal», la atención se centra en especificar los resultados que estudian los problemas o presentan condiciones de estado. Después, la enfermera identifica la intervención para la consecución del resultado. Se eligen e implementan las intervenciones y se hace una reflexión y juicio de los resultados de la intervención o decisiones clínicas²⁹. Aún más importante, el modelo OPT adopta los conocimientos clasificados en las taxonomías de enfermería de la NANDA, la NIC y la NOC⁶¹⁹¹²³¹²⁷⁻²⁹.

El modelo OPT (Figura 3-2) empieza teniendo en cuenta la *historia del usuario en contexto*. El valor de obtener la historia del paciente está ganando más atención en la práctica de enfermería^{2,15132}. Una gran ventaja del modelo OPT es que el proceso de tener en cuenta la historia del usuario en contexto es una forma para explicar la relación entre la estética y el arte de cuidar de la enfermería⁷ a un modelo de toma de decisiones clínicas. Tener en cuenta la historia del paciente aporta información importante respecto al contexto, temas importantes y conocimientos para el razonamiento clínico y los cuidados necesarios. Los relatos o historias son la principal forma por la que la experiencia humana es significativa³¹. Es a través de contar y escuchar las historias mediante las cuales los pacientes revelan su experiencia y toman sentido y significación sus experiencias de salud-enfermedad y así es como las enfermeras conocen a los pacientes y sus preocupaciones, miedos, esperanzas y sueños. La historia no se expresa sólo en las palabras, sino también en los silencios, en lo que no se dice, en los vacíos entre palabras, en los gestos, movimientos y la mirada de los ojos. En el modelo OPT, evaluar con el fin de obtener información es sustituido por escuchar de forma atenta y compasiva la historia del paciente, extendiendo la escucha diagnóstica y otorgando el privilegio a la persona de alcanzar un conocimiento más completo de los problemas del paciente. Una escucha atenta de la historia del paciente en el contexto también puede facilitar la creación de asociaciones saludables enfermera-paciente, satisfacer los problemas reales del paciente y ayudar al paciente a encontrar un significado a su situación.

A medida que la enfermera obtiene la historia del usuario, enmarca la historia utilizando un modelo mental que da significado, lenguaje, claridad y una forma de organizar la información que está relacionada con el conocimiento de la situación del usuario. *Enmarcar* un evento, problema o situación es como utilizar una lente a través de la que uno ve e interpreta la historia del paciente. La historia puede enmarcarse con una teoría de enfermería específica, un modelo concreto, una perspectiva de desarrollo o un grupo de políticas y procedimientos³⁶. Enmarcar la historia del paciente con una teoría de enfermería concreta permite a la enfermera «pensar en enfermería» en vez de pensar en una perspectiva de medicina, psicología, sociología o desde otra perspectiva que no es de enfermería⁸. Enmarcar la historia del usuario ayudará a centrarse en la información relevante de la situación del usuario, guiar a la enfermera a preguntar cuestiones importantes, organizar la información reunida de forma significativa y ofrecer un conocimiento científico y justificación de porqué y cómo pueden estudiarse las preocupaciones del usuario.

La *lógica de las claves* es la estructuración deliberada de datos del usuario en contexto para discernir el significado para los cuidados de enfermería. Los datos clínicos sobre el contexto del usuario se procesan según la lógica de las claves de la enfermera. La lógica de las claves a través de la teoría de enfermería contribuye a la información que ayuda a estructurar o «enmarcar» la situación concreta. La lógica de las claves también es informada por búsquedas de recuerdos o esquemas, es decir, por patrones de experiencias anteriores que podrían aplicarse a la situación actual. Al mismo tiempo, la enfermera utiliza la *reflexión*, que es un proceso de observarse a uno mismo y pensar simultáneamente en las situaciones del usuario. El objetivo de la reflexión es conseguir los mejores procesos de pensamiento posibles. Puede utilizarse la incorporación de las ideas de John^{20,21} a la práctica de enfermería reflexiva guiada para expandir la descripción original de reflexión de Pesut y Hermán²⁹. La práctica reflexiva como método para lograr el acceso a un conocimiento de la experiencia permite a los profesionales

desarrollar una mayor efectividad de una acción personal en el contexto de su trabajo. La reflexión durante la toma de decisiones clínicas comporta pensar sobre qué estás haciendo mientras lo haces, preguntándote de forma consciente o subconsciente cuestiones como (1) ¿qué estoy notando y qué significa? (2) ¿qué juicio adopto y según qué criterios? (3) ¿qué estoy haciendo y por qué? (4) ¿existe un camino alternativo de acción distinto al que estoy siguiendo?¹⁹. Cuanto mayor sea la reflexión, más alta será la calidad de los cuidados prestados. A medida que la enfermera se mueve una y otra vez entre la historia del usuario y la lógica de las claves guiadas por el marco concreto que atribuye un significado a las conexiones entre claves, el estado o situación actual del paciente toma forma.

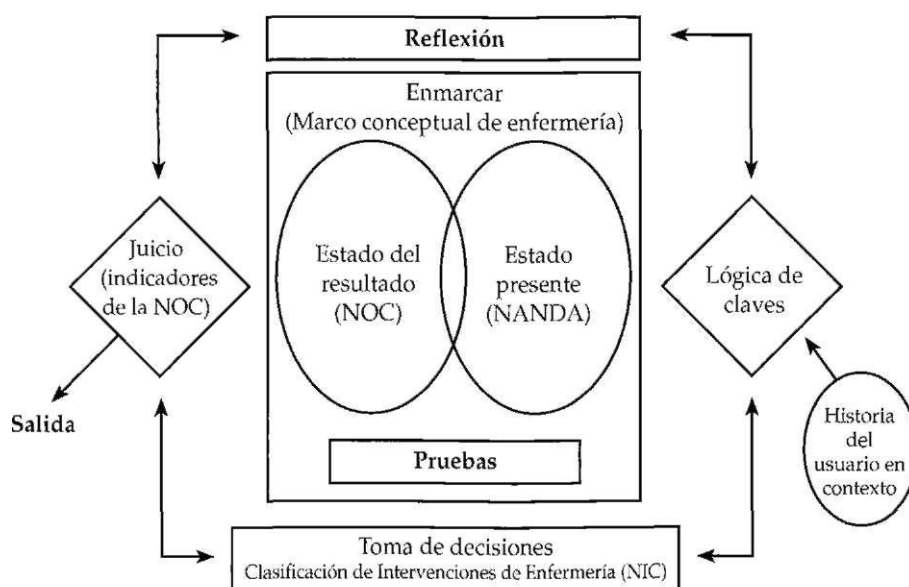


Fig. 3-2 Integrar el modelo Resultado-Estado presente-Prueba (OPT) con la NANDA, la NIC y la NOC. De *Clinical Reasoning, The Art and Science of Critical and Creative Thinking*, 1.ª edición, por Pesut/Herman, 1999. Reproducido con permiso de Delmar Learning, una división de Thomson Learning: www.thomsonrights.com.

El *estado actual* es la descripción del paciente en contexto o la condición inicial. El estado actual cambiará con el tiempo como resultado de los cuidados de enfermería y los cambios en la naturaleza de la situación del paciente. Los problemas que describen el estado actual pueden organizarse por identificación de los diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía de la NANDA. Los diagnósticos de la NANDA proporcionan una estructura y dan sentido a las claves. Pesut y Hermán²⁰ describen en detalle cómo la enfermera crea una «red de razonamiento clínico» para describir el estado presente identificando la relación entre los diagnósticos de la NANDA asociados con el estado de salud del paciente. Informado por los conocimientos de enfermería y/o por la dirección que el paciente decide tomar, se identifican los resultados que indican la condición deseada del usuario. Los resultados de la NOC proporcionan el medio para identificar el *estado del resultado* y se identifican por yuxtaposición o haciendo una comparación individual de un estado de resultado especificado con los datos del estado actual. Los resultados de la NOC son un estado, conducta o percepción que se mide en un continuo en respuesta a una intervención de enfermería. Cada resultado tiene un grupo de indicadores que se utilizan para determinar el estado del paciente respecto al resultado. De forma que los indicadores son más concretos y se miden en una escala de Likert de cinco puntos. Actualmente existen 385 resultados de la NOC, cada uno con 12-15 indicadores.

Probar es el proceso de pensar sobre cómo se rellenarán los vacíos existentes entre el estado actual (diagnósticos de la NANDA) y el estado deseado (resultados de la NOC específicos de enfermería). Durante las pruebas, la enfermera yuxtapone el estado presente y el estado del resultado al tiempo que considera qué intervenciones de la NIC pueden utilizarse para llenar el vacío.

Toma de decisiones es el proceso de seleccionar e implementar las intervenciones de enfermería específicas. La enfermera identifica las intervenciones de enfermería y las acciones de enfermería específicas que ayudarán a los pacientes a alcanzar los resultados deseados. La clasificación de 542 intervenciones de la NIC de este texto facilitará la identificación de intervenciones de enfermería estandarizadas que se eligen según su capacidad de ayudar a los pacientes a pasar de estados de problemas a estados de resultados más deseables. Los seis factores discutidos antes en este capítulo: resultados deseados en el paciente (NOC); características de los diagnósticos de enfermería (NANDA); base de investigación para la intervención; viabilidad para realizar la intervención; aceptabilidad de la intervención al paciente y capacidad de la enfermera, facilitarán la selección adecuada de una intervención efectiva. Las enfermeras individualizan los cuidados por selección e implementación de las actividades de enfermería específicas para cada una de las intervenciones de la NIC.

Juicio es el proceso de extraer conclusiones basado en las acciones tomadas. ¿Cómo ha cambiado el estado presente del paciente a partir de las intervenciones? ¿Coincide el estado actual con el estado del resultado deseado? Los indicadores para cada uno de los resultados de enfermería de la NOC son los que pueden utilizarse para hacer juicios sobre el grado de consecución del resultado deseado. Estrategias de pensamiento que apoyan al juicio son volver a enmarcar o atribuir un significado diferente a los actos y pruebas²⁹. Los juicios dan lugar a reflexiones y conclusiones sobre el grado de concordancia entre el estado presente del paciente y el estado del resultado. Además, el control de reflexión sobre todo el proceso se traduce en una autocorrección y contribuye al desarrollo del esquema para utilizar el proceso de toma de decisiones en situaciones futuras y similares de los pacientes. La reflexión incluye los procesos de automonitorización, autocorrección, autorrefuerzo y autoevaluación del pensamiento sobre la tarea o situación²⁶.

El modelo OPT ofrece una estructura que relaciona la NANDA, la NIC y la NOC y es un gran avance en el desarrollo de modelos de toma de decisiones en la práctica de enfermería. El modelo se centra en: obtener la historia del paciente; enmarcar la historia en un contexto teórico específico de la disciplina; incorporar pensamiento reflexivo; enfatizar en los resultados de enfermería; identificar relaciones entre los diagnósticos de enfermería e identificar el problema clave ofrece una ventaja característica sobre el proceso de enfermería tradicional. Como modelo de toma de decisiones clínicas emergente, el modelo OPT es una nueva forma de enseñar, aprender y ejercer cuidados basados en enfermería.

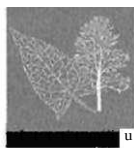
RESUMEN

Este capítulo es una introducción a los posibles usos de la NIC, e incluye algunos ejemplos de la utilización en la práctica y en la educación. Desde que se publicó la primera edición de la NIC en 1992 se ha producido un rápido movimiento en ambos entornos para incorporar su uso. Reconocemos que la implantación de la NIC no está exenta de dificultades, y que el trabajo para mejorar continuamente la Clasificación y las relaciones con otras clasificaciones debe continuar. Agradeceremos y consideraremos sus respuestas y sus propuestas para mejorar.

SEGUNDA PARTE



Taxonomía de las intervenciones de enfermería



Introducción a la taxonomía NIC

Las 542 intervenciones de la quinta edición de la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* se han organizado, como en la última edición, en 7 campos y 30 clases. Esta estructura taxonómica de tres niveles se incluye en las páginas siguientes. En la parte superior, el nivel más abstracto son 7 campos (numerados del 1 al 7). Cada campo incluye clases (a las que se les ha asignado letras por orden alfabético) o grupos de intervenciones relacionadas (cada uno con un código único de cuatro números) que están en el tercer nivel de la taxonomía. En la taxonomía sólo se utilizan las etiquetas de las intervenciones. Para la definición y las actividades de cada intervención, véase la lista alfabética del libro. La taxonomía se construyó utilizando los métodos de análisis de semejanzas, agrupaciones jerárquicas, juicio clínico y revisión de expertos. Para más detalles sobre la elaboración, la validación y la codificación de la taxonomía, véase el capítulo 2.

Los grupos de la taxonomía están relacionados con las intervenciones para facilitar su uso. Las agrupaciones representan todas las áreas de la práctica enfermera. Las enfermeras de cualquier especialidad deben tener en cuenta que necesitarán el uso de la taxonomía completa con un paciente particular, y no sólo las intervenciones de una clase o campo. La taxonomía es teóricamente neutral; las intervenciones pueden utilizarse con cualquier teoría enfermera y en cualquiera de los marcos enfermeros y sistemas de prestación de cuidados. Las intervenciones también pueden utilizarse con otras clasificaciones diagnósticas, incluyendo la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIÉ), el Manual de Diagnósticos y Estadística de Trastornos Mentales (DSM) y la Omaha System Problem List.

A cada una de las intervenciones se le ha asignado un número único para facilitar su informatización. Si se desea identificar la clase y el campo de la intervención, deben utilizarse seis dígitos (p. ej., 1A-0140 es Fomentar los mecanismos corporales y está situada en la clase Control de actividad y ejercicio en el campo Fisiológico: básico). En este libro las actividades no están codificadas, ya que no queríamos que la clasificación estuviera dominada por los números; si se les desea asignar códigos, las actividades de cada intervención pueden numerarse utilizando dos decimales después del código (p. ej., 1A-0140.01). Debido al número de actividades, la cantidad de recursos que serían necesarios para su seguimiento y los posibles cambios con el paso del tiempo, no hemos intentado asignarles códigos. Si en una institución concreta las actividades se codifican, deben utilizarse junto con el código de las intervenciones relacionadas.

Algunas intervenciones se han incluido en dos clases pero están codificadas de acuerdo con la clase principal. Hemos intentado reducir las referencias cruzadas dado que la taxonomía fácilmente podría convertirse en larga y difícil de manejar. Las intervenciones sólo figuran en otra clase si se juzgó que estaban suficientemente relacionadas con las intervenciones de esa clase. Ninguna intervención está en más de dos clases. Las intervenciones más concretas (p. ej., las que contienen dos puntos en el título) se han codificado en el cuarto dígito (p. ej., Terapia de ejercicios: ambulación está codificada 0221). En algunas ocasiones una intervención está situada en una única clase pero tiene un código asignado a otra clase (p. ej., Asesoramiento nutricional está situada en la clase D, Apoyo nutricional, pero está codificada 5246 para indicar que es una intervención de asesoramiento). En cada clase las intervenciones están listadas alfabéticamente, aunque los números pueden no ir seguidos a causa de las intervenciones que se añaden o se suprimen. Las dos últimas clases en el campo Sistema Sanitario (Gestión del sistema sanitario, codificada a, y Control de la información, codificada b) contienen muchas de las

intervenciones de cuidados indirectos (las que deberían incluirse en costes generales). La taxonomía apareció por primera vez en la segunda edición de la NIC. En el año 1996 se presentó con 6 dominios y 27 clases. La tercera edición, publicada el año 2000, incluía un nuevo campo (Comunidad) y tres nuevas clases: Cuidados de crianza de un nuevo bebé (codificada Z) en el campo Familia y Fomento de la salud de la comunidad y Control de riesgos de la comunidad en el campo Comunidad (c y d). En esta edición no se ha añadido ningún campo ni clase; las 34 nuevas intervenciones se ubicaron fácilmente en las clases ya existentes.

A continuación se resumen las pautas de codificación utilizadas en esta y las anteriores ediciones:

- Cada intervención tiene asignado un código único de cuatro dígitos que pertenece a la intervención mientras exista, independientemente de que en una próxima edición cambie de clase.
- Cuando una intervención se suprime, su código se retira; ningún código se utiliza más de una vez. Las intervenciones que sólo experimentan un cambio en la etiqueta que no cambia la naturaleza de la intervención mantendrán el mismo número de código. En este caso el cambio de la etiqueta no afecta a la intervención, pero era necesario por una razón convincente. Por ejemplo, en la tercera edición, Protección contra abusos se cambió por Apoyo en la protección contra abusos para distinguir la intervención de un criterio de la NOC que tenía el mismo nombre. En esta edición, Sedación consciente se ha cambiado por Manejo de la sedación para reflejar mejor la práctica actual.
- A las intervenciones que no sólo tienen una modificación en la etiqueta sino que *cambia* la naturaleza de la intervención se les asignará un código nuevo y el código anterior se retirará (p. ej., en la tercera edición *Triage* se convierte en *Triage: catástrofe*, indicando la naturaleza más detallada de esta intervención y distinguiéndola de las nuevas intervenciones *Triage: centro de urgencias* y *Triage: teléfono*).
- Siempre que es posible se evitan las referencias cruzadas y ninguna intervención está en más de dos clases; el número asignado es escogido a partir de la clase principal.
- Las intervenciones más concretas se codifican utilizando el cuarto dígito.
- Dentro de cada clase las intervenciones están listadas alfabéticamente; los números de los códigos pueden no estar en orden a causa de cambios en las intervenciones, de intervenciones añadidas o de intervenciones suprimidas.
- Aunque los códigos que originalmente empezaron en la segunda edición se asignaron de manera lógica y siempre que es posible se mantiene este orden lógico, *no están ligados al contexto* ni debería interpretarse que tengan ningún otro significado que un número de cuatro dígitos.
- Las actividades no están codificadas pero, si se desea hacer, utilice dos decimales (o más si está indicado en el sistema informático) a la derecha del código y numere las actividades según aparecen en cada intervención (p. ej., 0140.01; 0140.02).

TAXONOMÍA NIC			
Nivel 1 Campos	Campo 1	Campo 2	Campo 3
	1. Fisiológico: Básico Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	2. Fisiológico: Complejo Cuidados que apoyan la regulación homeostática	3. Conductual Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida
Nivel 2 Clases	A Control de actividad y ejercicio: Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía	G Control de electrolitos y ácido-base: Intervenciones para regular el equilibrio de electrolitos y ácido-base y prevenir complicaciones	O Terapia conductual: Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables
	B Control de la eliminación: Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas	H Control de fármacos: Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos	P Terapia cognitiva: Intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o alterar el funcionamiento cognitivo indeseable
	C Control de inmovilidad: Intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas	I Control neurológico: Intervenciones para optimizar la función neurológica	Q Potenciación de la comunicación: Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales
	D Apoyo nutricional: Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional	J Cuidados perioperatorios: Intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante e inmediatamente después de la cirugía	R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles: Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento
	E Fomento de la comodidad física: Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas	K Control respiratorio: Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso	S Educación de los pacientes: Intervenciones para facilitar el aprendizaje
	F Facilitación de los autocuidados: Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida cotidiana	L Control de la piel/heridas: Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos	T Fomento de la comodidad psicológica: Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas
		M Termorregulación Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales	
		N Control de la perfusión tisular Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos	

Campo 4**4. Seguridad**

Cuidados que apoyan la protección contra peligros

U Control en casos de crisis;

Intervenciones para proporcionar una ayuda inmediata a corto plazo en casos de crisis psicológicas o fisiológicas

V Control de riesgos:

Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos

Campo 5**5. Familia**

Cuidados que apoyan a la unidad familiar

W Cuidados de un nuevo bebé:

Intervenciones para ayudar a la preparación del parto y controlar los cambios psicológicos y fisiológicos antes, durante e inmediatamente después del parto

Z Cuidados de crianza de un nuevo bebé:

Intervenciones para ayudar en la crianza de los niños

X Cuidados de la vida:

Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida

Campo 6**6. Sistema sanitario**

Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria

Y Mediación del sistema sanitario:

Intervenciones para facilitar el encuentro entre el paciente/familia y el sistema de asistencia sanitaria

a Gestión del sistema sanitario:

Intervenciones para proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para el suministro de los cuidados

b Control de la información:

Intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria

Campo 7**7. Comunidad**

Cuidados que apoyan la salud de la comunidad

c Fomento de la salud de la comunidad:

Intervenciones que fomentan la salud de toda la comunidad

d Control de riesgos de la comunidad:

Intervenciones que ayudan a detectar o prevenir riesgos sanitarios en el conjunto de la comunidad

Nivel 1 Campos	1. FISIOLÓGICO: BÁSICO		
	Cuidados que apoyan el funcionamiento físico		
Nivel 2 Clases	A Control de actividad y ejercicio Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía	B Control de la eliminación Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas	C Control de inmovilidad Intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas
Nivel 3 Intervenciones	5612 Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito S* 0140 Fomentar los mecanismos corporales 0202 Fomento de ejercicios: extensión 0200 Fomento del ejercicio 0201 Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión 0180 Manejo de la energía 0221 Terapia de ejercicios: ambulación 0226 Terapia de ejercicios: control muscular 0222 Terapia de ejercicios: equilibrio 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular	1804 Ayuda con los autocuidados: aseo F 0410 Cuidados de la incontinencia intestinal 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria 0612 Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis Z 0480 Cuidados de la ostomía L 0620 Cuidados de la retención urinaria 1876 Cuidados del catéter urinario 0412 Cuidados en la incontinencia intestinal: encopresis Z 0470 Disminución de la flatulencia 0560 Ejercicio del suelo pélvico 0570 Entrenamiento de la vejiga urinaria 0600 Entrenamiento del hábito urinario 0440 Entrenamiento intestinal 0640 Evacuación inmediata 0550 Irrigación de la vejiga 0420 Irrigación intestinal 0460 Manejo de la diarrea 0590 Manejo de la eliminación urinaria 0450 Manejo del estreñimiento/ impactación 0630 Manejo del pesario 0490 Manejo del prolapso rectal 0430 Manejo intestinal 0580 Sondaje vesical 0582 Sondaje vesical: intermitente	1806 Ayuda con los autocuidados: transferencia F 0840 Cambio de posición 0846 Cambio de posición: silla de ruedas 0940 Cuidados de tracción/ inmovilización 0740 Cuidados del paciente encamado 0762 Cuidados del paciente escayolado: mantenimiento 0764 Cuidados del paciente escayolado: yeso húmedo 0910 Inmovilización 6580 Sujeción física V 0970 Transferencia
	0100 a 0399	0400 a 0699	0700 a 0999

*Las letras indican otra dase donde la intervención también está incluida.

D Apoyo nutricional Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional	E Fomento de la comodidad física Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas	F Facilitación de los autocuidados Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida cotidiana
1200 Administración de nutrición parenteral total (NPT) G 1050 Alimentación F 1056 Alimentación enteral por sonda 5246 Asesoramiento nutricional 1503 Ayuda con los autocuidados: alimentación F 1280 Ayuda para disminuir el peso 1240 Ayuda para ganar peso 1874 Cuidados de la sonda gastrointestinal 5614 Enseñanza: dieta prescrita S 1020 Etapas en la dieta 1100 Manejo de la nutrición 1030 Manejo de los trastornos de la alimentación 1260 Manejo del peso 1160 Monitorización nutricional 1080 Sondaje gastrointestinal 1860 Terapia de deglución F 1120 Terapia nutricional	1320 Acupresión 1380 Aplicación de calor o frío 1330 Aromaterapia 5465 Contacto terapéutico 1340 Estimulación cutánea 1540 Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) 6482 Manejo ambiental: confort 1450 Manejo de las náuseas 1400 Manejo del dolor 3550 Manejo del prurito L 1440 Manejo del síndrome premenstrual 1570 Manejo del vómito 1480 Masaje 1460 Relajación muscular progresiva	1050 Alimentación D 1800 Ayuda al autocuidado 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación D 1805 Ayuda con los autocuidados: A1VD 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo B 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene 1806 Ayuda con los autocuidados: transferencia C 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal 1610 Baño 1620 Cuidados de las lentillas de contacto 1680 Cuidados de las uñas 1640 Cuidados de los oídos 1650 Cuidados de los ojos 1660 Cuidados de los pies 1780 Cuidados de una prótesis 1670 Cuidados del cabello 1870 Cuidados del drenaje 1750 Cuidados perineales 1770 Cuidados post mórtem 5603 Enseñanza: cuidados de los pies S 1720 Fomentar la salud bucal 6462 Manejo de la demencia: baño V 1710 Mantenimiento de la salud bucal 1850 Mejorar el sueño 1730 Restablecimiento de la salud bucal 1860 Terapia de deglución D 1630 Vestir
1000 a 1299	1300 a 1599	1600 a 1899

Nivel 1
Campos

Nivel 2
Clases

Nivel 3
Intervenciones

2. FISIOLÓGICO: COMPLEJO**Cuidados que apoyan la regulación homeostática****G Control de electrolitos y ácido-base**

Intervenciones para regular el equilibrio electrolitos/ácido-base y prevenir complicaciones

- 1200 Administración de nutrición parenteral total (NPT) **D**
- 4232 Flebotomía: muestra de sangre arterial **N**
- 1910 Manejo ácido-base
- 1911 Manejo ácido-base: acidosis metabólica
- 1913 Manejo ácido-base: acidosis respiratoria **K***
- 1912 Manejo ácido-base: alcalosis metabólica
- 1914 Manejo ácido-base: alcalosis respiratoria **K**
- 2000 Manejo de electrolitos
- 2001 Manejo de electrolitos: hipercalcemia
- 2002 Manejo de electrolitos: hipercaliemia
- 2005 Manejo de electrolitos: hipernatremia
- 2003 Manejo de electrolitos: hipomagnesemia
- 2004 Manejo de electrolitos: hiponatremia
- 2006 Manejo de electrolitos: hipocalcemia
- 2007 Manejo de electrolitos: hipocaliemia
- 2010 Manejo de electrolitos: hipofosfatemia
- 2008 Manejo de electrolitos: hipomagnesemia
- 2009 Manejo de electrolitos: hiponatremia
- 2120 Manejo de la hiperglucemia
- 2130 Manejo de la hipoglucemia
- 2080 Manejo de líquidos/electrolitos **N**
- 1920 Monitorización ácido-base
- 2020 Monitorización de electrolitos
- 2150 Terapia de diálisis peritoneal
- 2100 Terapia de hemodiálisis
- 2110 Terapia de hemofiltración

H Control de fármacos

Intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agentes farmacológicos

- 2210 Administración de analgésicos
- 2214 Administración de analgésicos: intraespinal
- 2840 Administración de anestesia **J**
- 2300 Administración de medicación
- 2301 Administración de medicación: enteral
- 2311 Administración de medicación: inhalatoria
- 2302 Administración de medicación: interpleural
- 2312 Administración de medicación: intradérmica
- 2319 Administración de medicación: intraespinal
- 2313 Administración de medicación: intramuscular (i.m.)
- 2303 Administración de medicación: intra ósea
- 2314 Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
- 2320 Administración de medicación: nasal
- 2310 Administración de medicación: oftálmica
- 2304 Administración de medicación: oral
- 2308 Administración de medicación: ótica
- 2315 Administración de medicación: rectal
- 2307 Administración de medicación: reservorio ventricular
- 2317 Administración de medicación: subcutánea
- 2316 Administración de medicación: tópica
- 2318 Administración de medicación: vaginal
- 2400 Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)
- 6430 Control de agentes químicos **V**
- 2395 Control de la medicación **V**
- 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos **S**
- 2380 Manejo de la medicación
- 2240 Manejo de la quimioterapia **S**
- 2260 Manejo de la sedación
- 4270 Manejo de la terapia trombolítica **N**
- 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV) **N**
- 2390 Prescribir medicación
- 2280 Terapia de sustitución hormonal

1900 a 2199

2200 a 2499

""Las letras indican otra clase donde la intervención también está incluida.

I Control neurológico

Intervenciones **para** optimizar la función neurológica

0844 Cambio de posición: neurológico
 1878 Cuidados del catéter de drenaje de ventriculostomía/
 lumbar
 2760 Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo
 2560 Manejo de la disreflexia
 2660 Manejo de la sensibilidad periférica alterada
 2570 Manejo de la terapia electroconvulsiva
 2680 Manejo de las convulsiones V
 2540 Manejo del edema cerebral
 2550 Mejora de la perfusión cerebral
 2590 Monitorización de la presión intracraneal (PIC)
 2620 Monitorización neurológica
 2720 Precauciones con la hemorragia subaracnoidea
 2690 Precauciones contra las convulsiones

J Cuidados perioperatorios

Intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante
 e inmediatamente después de la cirugía

2840 Administración de anestesia **H**
 2900 Asistencia quirúrgica
 2860 Autotransfusión N
 0842 Cambio de posición: intraoperatorio
 6545 Control de infecciones: intraoperatorio
 2880 Coordinación preoperatoria Y
 3000 Cuidados de la circuncisión W
 3583 Cuidados de la piel: zona del injerto **L**
 3582 Cuidados de la piel: zona donante **L**
 2870 Cuidados postanestesia
 5610 Enseñanza: prequirúrgica S
 2920 Precauciones quirúrgicas V
 2930 Preparación quirúrgica
 3902 Regulación de la temperatura: intraoperatoria **M**

2500 a 2799

2800 a 3099



Continúa

**Nivel 1
Campos**

**Nivel 2
Clases**

**Nivel 3
Intervenciones**

2. FISIOLÓGICO: COMPLEJO (Cont.)

Cuidados que apoyan la regulación homeostática

K Control respiratorio

Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso

3160 Aspiración de las vías aéreas
3390 Ayuda a la ventilación
1872 Cuidados del drenaje torácico
4106 Cuidados del embolismo: pulmonar **N**
3270 Desintubación endotraqueal
3310 Destete de la ventilación mecánica
3230 Fisioterapia respiratoria
3120 Intubación y estabilización de vías aéreas
1913 Manejo ácido-base: acidosis respiratoria **G**
1914 Manejo ácido-base: alcalosis respiratoria **G**
6412 Manejo de la anafilaxia **V**
3300 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva
3302 Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva
3140 Manejo de las vías aéreas
3180 Manejo de las vías aéreas artificiales
3210 Manejo del asma
3250 Mejorar la tos
3350 Monitorización respiratoria
3320 Oxigenoterapia
3200 Precauciones para evitar la aspiración **V**

L Control de la piel/heridas

Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos

0480 Cuidados de la ostomía **B**
3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico
3583 Cuidados de la piel: zona del injerto **J**
3582 Cuidados de la piel: zona donante **J**
3660 Cuidados de las heridas
3662 Cuidados de las heridas: drenaje cerrado
3661 Cuidados de las heridas: quemaduras
3520 Cuidados de las úlceras por presión
3420 Cuidados del paciente amputado
3440 Cuidados del sitio de incisión
3680 Irrigación de heridas
3500 Manejo de presiones
3550 Manejo del prurito **E**
3480 Monitorización de las extremidades inferiores
3540 Prevención de úlceras por presión **V**
3620 Sutura
3460 Terapia con sanguijuelas
3590 Vigilancia ~~de~~ la piel

M Termorregulación

Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales

3790 Inducción de la hipotermia
 3840 Precauciones en la hipertermia maligna U
 3900 Regulación de la temperatura
 3902 Regulación de la temperatura: intraoperatoria)
 3780 Tratamiento de la exposición al calor
 3740 Tratamiento de la fiebre
 3800 Tratamiento de la hipotermia

N Control de la perfusión tisular

Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos

4030 Administración de productos sanguíneos
 2860 Autotransfusión J
 4160 Control de hemorragias
 4040 Cuidados cardíacos
 4044 Cuidados cardíacos: agudos
 4046 Cuidados cardíacos: rehabilitación
 4064 Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico
 4062 Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial
 4066 Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa
 4220 Cuidados del catéter central insertado periféricamente
 4104 Cuidados del embolismo: periférico
 4106 Cuidados del embolismo: pulmonar K
 4020 Disminución de la hemorragia
 4022 Disminución de la hemorragia: gastrointestinal
 4028 Disminución de la hemorragia: heridas
 4024 Disminución de la hemorragia: nasal
 4021 Disminución de la hemorragia: útero anteparto W
 4026 Disminución de la hemorragia: útero posparto W
 4232 Flebotomía: muestra de sangre arterial G
 4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa
 4234 Flebotomía: obtención de una unidad de sangre
 4235 Flebotomía: vía canalizada
 4090 Manejo de la disritmia
 4170 Manejo de la hipervolemia
 4180 Manejo de la hipovolemia
 4270 Manejo de la terapia trombolítica H
 4120 Manejo de líquidos
 2080 Manejo de líquidos/electrólitos G
 4095 Manejo del desfibrilador: externo U
 4096 Manejo del desfibrilador: interno
 4091 Manejo del marcapasos: permanente
 4092 Manejo del marcapasos: temporal
 4250 Manejo del shock
 4254 Manejo del shock: cardíaco
 4256 Manejo del shock: vasogénico
 4258 Manejo del shock: volumen
 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV) H
 4240 Mantenimiento del acceso para diálisis
 4130 Monitorización de líquidos
 4210 Monitorización hemodinámica invasiva
 4035 Muestra de sangre capilar
 4050 Precauciones cardíacas
 4070 Precauciones circulatorias
 4110 Precauciones en el embolismo
 4010 Prevención de hemorragia
 4260 Prevención del shock
 4190 Punción intravenosa (i.v.)
 4150 Regulación hemodinámica
 4140 Reposición de líquidos
 4200 Terapia intravenosa (i.v.)

3700 a 3999

4000 a 4299

Nivel 1 Campos Nivel 2 Clases Nivel 3 Intervenciones	3. CONDUCTUAL		
	Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida		
	O Terapia conductual Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables	P Terapia cognitiva Intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o alterar el funcionamiento cognitivo indeseable	Q Potenciación de la comunicación Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales
	4420 Acuerdo con el paciente 4470 Ayuda en la modificación de sí mismo 4490 Ayuda para dejar de fumar 4340 Entrenamiento de la asertividad 4370 Entrenamiento para controlar los impulsos 4380 Establecer límites 4410 Establecimiento de objetivos comunes 4480 Facilitar la autorresponsabilidad 6926 Fototerapia: regulación del bior ritmo 4350 Manejo de la conducta 4354 Manejo de la conducta; autolesión 4352 Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención 4356 Manejo de la conducta: sexual 4360 Modificación de la conducta 4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales 4400 Musicoterapia Q 4500 Prevención del consumo de sustancias nocivas 4330 Terapia artística Q 4320 Terapia asistida con animales Q* 4390 Terapia con el entorno 1 4430 Terapia con juegos Q 4310 Terapia de actividad 1 4510 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas 1 4514 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas 1 4512 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol 1 4516 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: sobredosis	4640 Ayuda para el control del enfado 46S0 Biblioterapia 4760 Entrenamiento de la memoria 4720 Estimulación cognoscitiva 5520 Facilitar el aprendizaje S 4740 Llevar un diario 4S20 Orientación de la realidad 5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje S 4700 Reestructuración cognitiva 4860 Terapia de reminiscencia	4920 Escucha activa 5020 Mediación de conflictos 4974 Mejorar la comunicación; déficit auditivo 4976 Mejorar la comunicación; déficit del habla 4978 Mejorar la comunicación; déficit visual 4400 Musicoterapia O 5100 Potenciación de la socialización 5000 Relaciones complejas en el hospital 4330 Terapia artística O 4320 Terapia asistida con animales O 4430 Terapia con juegos O
	4300 a 4599	4600 a 4899	4900 a 5199

"Las letras indican otra clase donde la intervención también está incluida.

R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento	S Educación de los pacientes Intervenciones para facilitar el aprendizaje	T Fomento de la comodidad psicológica Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas
5270 Apoyo emocional 5250 Apoyo en la toma de decisiones Y 5420 Apoyo espiritual 5240 Asesoramiento 5242 Asesoramiento genético W 5248 Asesoramiento sexual 5230 Aumentar el afrontamiento 5440 Aumentar los sistemas de apoyo 5480 Clarificación de valores 5460 Contacto 5330 Control del humor 5260 Cuidados en la agonía 5310 Dar esperanza 5470 Declarar la verdad al paciente 5350 Disminución del estrés por traslado 5426 Facilitar el crecimiento espiritual 5290 Facilitar el duelo 5294 Facilitar el duelo: muerte perinatal W 5280 Facilitar el perdón 5300 Facilitar la expresión del sentimiento de culpa 5424 Facilitar la práctica religiosa 5430 Grupo de apoyo 5210 Guía de anticipación Z 5320 Humor 6160 Intervención en caso de crisis U 5395 Mejora de la autoconfianza 5400 Potenciación de la autoestima 5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo 5220 Potenciación de la imagen corporal 5380 Potenciación de la seguridad 5370 Potenciación de roles X 5340 Presencia 5422 Prevención de la adicción religiosa 5360 Terapia de entretenimiento 5450 Terapia de grupo 5410 Terapia del trauma: niño	5562 Educación paterna: adolescentes Z 5566 Educación paterna: crianza familiar de los niños Z 5568 Educación paterna: niño Z 5510 Educación sanitaria c 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito A 5603 Enseñanza: cuidados de los pies F 5614 Enseñanza: dieta prescrita D 5634 Enseñanza: entrenamiento para el aseo Z 5655 Enseñanza: estimulación del bebé (0-4 meses) Z 5656 Enseñanza: estimulación del bebé (5-8 meses) Z 5657 Enseñanza: estimulación del bebé (9-12 meses) Z 5604 Enseñanza: grupo 5620 Enseñanza: habilidad psicomotora 5606 Enseñanza: individual 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos H 5640 Enseñanza: nutrición del bebé (0-3 meses) Z 5641 Enseñanza: nutrición del bebé (4-6 meses) Z 5642 Enseñanza: nutrición del bebé (7-9 meses) Z 5643 Enseñanza: nutrición del bebé (10-12 meses) Z 5660 Enseñanza: nutrición del niño (13-18 meses) Z 5661 Enseñanza: nutrición del niño (19-24 meses) Z 5662 Enseñanza: nutrición del niño (25-36 meses) 2 5626 Enseñanza: nutrición infantil Z 5610 Enseñanza: prequirúrgica J 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad 5645 Enseñanza: seguridad del bebé (0-3 meses) Z 5646 Enseñanza: seguridad del bebé (4-6 meses) Z 3647 Enseñanza: seguridad del bebé (7-9 meses) Z 5648 Enseñanza: seguridad del bebé (10-12 meses) Z 5665 Enseñanza: seguridad del niño (13-18 meses) Z 5666 Enseñanza: seguridad del niño (19-24 meses) Z 5667 Enseñanza: seguridad del niño (25-36 meses) Z 5622 Enseñanza: sexo seguro 5624 Enseñanza: sexualidad 5520 Facilitar el aprendizaje P 5580 Información preparatoria: sensorial 2240 Manejo de la quimioterapia H 6784 Planificación familiar: anticoncepción W 5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje P	5860 Biorretroalimentación 5820 Disminución de la ansiedad 5900 Distracción 5840 Entrenamiento autogénico 5922 Facilitar la autohipnosis 5960 Facilitar la meditación 5920 Hipnosis 6000 Imaginación simple dirigida 5880 Técnica de relajación 6040 Terapia de relajación simple
5200 a 5499	5500 a 5799	5800 a 6099

Nivel 1	4. SEGURIDAD	
Campos	Cuidados que apoyan la protección contra peligros	
Nivel 2	U Control en casos de crisis	V Control de riesgos
Clases	Intervenciones para proporcionar una ayuda inmediata a corto plazo en casos de crisis psicológicas o fisiológicas	Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos
Nivel 3	6200 Cuidados en la emergencia	6630 Aislamiento
Intervenciones	7170 Facilitar la presencia de la familia X	6520 Análisis de la situación sanitaria d
	6160 Intervención en caso de crisis R*	6400 Apoyo en la protección contra abusos
	6140 Manejo del código de urgencias	6404 Apoyo en la protección contra abusos: ancianos
	4095 Manejo del desfibrilador: externo N	6403 Apoyo en la protección contra abusos: cónyuge
	6260 Obtención de órganos	6402 Apoyo en la protección contra abusos: niños Z
	3840 Precauciones en la hipertermia maligna M	6408 Apoyo en la protección contra abusos: religioso
	6340 Prevención del suicidio V	6430 Control de agentes químicos H
	6240 Primeros auxilios	6540 Control de infecciones
	6320 Resucitación	2395 Control de la medicación H
	6300 Tratamiento del trauma de la violación	6522 Exploración de la mama
	6362 <i>Triage</i> : catástrofe	9050 Fomentar la seguridad en el vehículo d
	6364 <i>Triage</i> : centro de urgencias	6610 Identificación de riesgos d
	6366 <i>Triage</i> : teléfono	6480 Manejo ambiental
		6487 Manejo ambiental: prevención de la violencia
		6486 Manejo ambiental: seguridad
		6450 Manejo de ideas ilusorias
		6410 Manejo de la alergia
		6412 Manejo de la anafilaxia K
		6460 Manejo de la demencia
		6462 Manejo de la demencia: baño F
		6530 Manejo de la inmunización/vacunación c
		6600 Manejo de la radioterapia
		6510 Manejo de las alucinaciones
		2680 Manejo de las convulsiones I
		6440 Manejo del delirio
		6680 Monitorización de los signos vitales
		6560 Precauciones con el láser
		6590 Precauciones con los torniquetes neumáticos
		6470 Precauciones contra fugas
		6500 Precauciones contra incendios provocados
		6570 Precauciones en la alergia al látex
		3200 Precauciones para evitar la aspiración K
		2920 Precauciones quirúrgicas J
		6490 Prevención de caídas
		6648 Prevención de lesiones deportivas; jóvenes Z
		3540 Prevención de úlceras por presión L
		6340 Prevención del suicidio U
		6550 Protección contra las infecciones
		6420 Restricción de zonas de movimiento
		6580 Sujeción física C
		6670 Terapia de validación
		6650 Vigilancia
		6654 Vigilancia: seguridad
	6100 a 6399	6400 a 6699

*Las letras indican otra clase donde la intervención también está incluida.

**Nivel 1
Campos****Nivel 2
Clases****Nivel 3
Intervenciones****5. FAMILIA****Cuidados que apoyan a la unidad familiar****W Cuidados de un nuevo bebé**

Intervendones para ayudar a la preparación del parto y controlar los cambios psicológicos y fisiológicos antes, durante e inmediatamente después del parto

6700 A mño infusión
5247 Asesoramiento antes de la concepción
5242 Asesoramiento genético **R**
1054 Ayuda en la lactancia materna
3000 Cuidados de la circuncisión **J**
6750 Cuidados de la zona de cesárea
1875 Cuidados del catéter umbilical
6800 Cuidados del embarazo de alto riesgo
6840 Cuidados de canguro (del niño prematuro)
6880 Cuidados del recién nacido
6830 Cuidados intraparto
6834 Cuidados intraparto: parto de alto riesgo
6950 Cuidados por cese del embarazo
6930 Cuidados posparto
6960 Cuidados prenatales
4021 Disminución de la hemorragia: útero anteparto **N***
4026 Disminución de la hemorragia: útero posparto **N**
7104 Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido)
5294 Facilitar el duelo; muerte perinatal **R**
6924 Fototerapia; neonato
6612 Identificación de riesgos: familia con recién nacido
6850 Inducción al parto
6481 Manejo ambiental: proceso de acercamiento
7886 Manejo de la tecnología reproductora
6890 Monitorización del recién nacido
6771 Monitorización fetal electrónica: antes del parto
6772 Monitorización fetal electrónica: durante el parto
6720 Parto
6784 Planificación familiar: anticoncepción **S**
6788 Planificación familiar: embarazo no deseado
6786 Planificación familiar: infertilidad
6760 Preparación al parto
7160 Preservación de la fertilidad
6972 Resucitación: fetal
6974 Resucitación: neonato
6900 Succión no nutritiva
6870 Supresión de la lactancia
6860 Supresión de las contracciones (de parto)
6982 Ultrasonografía: obstétrica
6656 Vigilancia: al final del embarazo

Z Cuidados de crianza de un nuevo bebé

Intervenciones para ayudar en la crianza de los niños

1052 Alimentación por biberón
7280 Apoyo de hermanos
6402 Apoyo en la protección contra abusos: niños **V**
5244 Asesoramiento en la lactancia
0612 Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis **Z**
8250 Cuidados del desarrollo
6820 Cuidados del lactante
0412 Cuidados en la incontinencia intestinal: encopresis **B**
5562 Educación paterna: adolescentes **S**
5566 Educación paterna: crianza familiar de los niños **S**
5568 Educación paterna: niño **S**
5634 Enseñanza; entrenamiento para el aseo **S**
5655 Enseñanza: estimulación del bebé (0-4 meses) **S**
5656 Enseñanza: estimulación del bebé (5-8 meses) **S**
5657 Enseñanza: estimulación de Lbebé (9-12 meses) **S**
5640 Enseñanza: nutrición del bebé (0-3 meses) **S**
5641 Enseñanza: nutrición del bebé (4-6 meses) **S**
5642 Enseñanza: nutrición del bebé (7-9 meses) **S**
5643 Enseñanza: nutrición del bebé (10-12 meses) **S**
5660 Enseñanza: nutrición del niño (13-18 meses) **S**
5661 Enseñanza: nutrición del niño (19-24 meses) **S**
5662 Enseñanza: nutrición del niño (25-36 meses) **S**
5645 Enseñanza: seguridad del bebé (0-3 meses) **S**
5646 Enseñanza: seguridad del bebé (4-6 meses) **S**
5647 Enseñanza: seguridad del bebé (7-9 meses) **S**
5648 Enseñanza: seguridad del bebé (10-12 meses) **S**
5665 Enseñanza: seguridad del niño (13-18 meses) **S**
5666 Enseñanza: seguridad del niño (19-24 meses) **S**
5667 Enseñanza: seguridad del niño (25-36 meses) **S**
6710 Fomentar el acercamiento
8272 Fomentar el desarrollo: adolescentes
8274 Fomentar el desarrollo: niño
7200 Fomentar la normalización familiar
8300 Fomentar la paternidad
8340 Fomentar la resistencia
5210 Guía de anticipación **R**
6648 Prevención de lesiones deportivas: jóvenes **V**

X Cuidados de la vida

Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida

7140 Apoyo a la familia
7040 Apoyo al cuidador principal
7150 Asistencia en el mantenimiento del hogar
7260 Cuidados intermitentes
7100 Estimulación de la integridad familiar
7170 Facilitar la presencia de la familia **U**
7110 Fomentar la implicación familiar
6614 Identificación de riesgos: genéticos
7130 Mantenimiento en procesos familiares
7120 Movilización familiar
5370 Potenciación de roles **R**
7150 Terapia familiar

6700 a 6999

8200 a 8499

7000 a 7299

*Las letras indican otra clase donde la intervención también está incluida.

Nivel 1	6. SISTEMA SANITARIO		
Campos	Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria		
Nivel 2	Y Mediación del sistema sanitario Intervenciones para facilitar el encuentro entre el paciente/familia y el sistema de asistencia sanitaria	a Gestión del sistema sanitario Intervenciones para proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para el suministro de los cuidados	b Control de la información Intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria
Nivel 3	5250 Apoyo en la toma de decisiones R 7500 Apoyo para la consecución del sustento 7380 Asistencia para los recursos financieros 7410 Autorización de seguros 2880 Coordinación preoperatoria J 7310 Cuidados de enfermería al ingreso 7560 Facilitar las visitas 7440 Facilitar permisos 7320 Gestión de casos c* 7400 Guías del sistema sanitario 7330 Intermediación cultural 6485 Manejo ambiental: preparación del hogar 7370 Planificación del alta 7460 Protección de los derechos del paciente	7610 Análisis de laboratorio a pie de cama 7680 Ayuda en la exploración 7710 Colaboración con el médico 7620 Comprobación de sustancias controladas 7630 Contención de los costes 7650 Delegación 7640 Desarrollo de situación crítica 7850 Desarrollo del personal 7700 Evaluación de compañeros 7760 Evaluación de productos 7690 Interpretación de datos de laboratorio 7880 Manejo de la tecnología 8550 Manejo de los recursos económicos c 7840 Manejo de los suministros 7820 Manejo de muestras 7800 Monitorización de la calidad 7722 Preceptor: empleado 7726 Preceptor: estudiante 7660 Revisión del carro de emergencias 7830 Supervisión del personal 7892 Transporte: dentro de la instalación 7890 Transporte: entre instalaciones	7910 Consulta 8180 Consulta por teléfono 7930 Declaración/testimonio 8100 Derivación 7920 Documentación 7980 Informe de incidencias 8140 Informe de turnos 7960 Intercambio de información de cuidados de salud 7940 Recogida de datos forenses 8120 Recogida de datos para la investigación 8020 Reunión multidisciplinar sobre cuidados 7970 Seguimiento de la política sanitaria c 8190 Seguimiento telefónico 8060 Transcripción de órdenes 6658 Vigilancia: electrónica por control remoto
intervenciones	7300 a 7599	7600 a 7899	7900 a 8199

*Las letras indican otra clase donde la intervención también está incluida.

Nivel 1 Campos	: 7. COMUNIDAD	
Nivel 2 Clases	Cuidados que apoyan la salud de la comunidad	
Nivel 3 Intervenciones	c Fomento de la salud de la comunidad Intervenciones que fomentan la salud de toda la comunidad	d Control de riesgos de la comunidad Intervenciones que ayudan a detectar o prevenir riesgos sanitarios en el conjunto de la comunidad j
	8700 Desarrollo de un programa 5510 Educación sanitaria S 8500 Fomentar la salud de la comunidad 7320 Gestión de casos Y* 6530 Manejo de la inmunización/ vacunación V 8550 Manejo de los recursos económicos a 8750 Marketing social 7970 Seguimiento de la política sanitaria b	6520 Análisis de la situación sanitaria V S820 Control de enfermedades transmisibles 9050 Fomentar la seguridad en el vehículo V 6610 Identificación de riesgos V 6484 Manejo ambiental: comunidad 6489 Manejo ambiental; seguridad del trabajador 8810 Preparación ante el bioterrorismo 8840 Preparación para un desastre en la comunidad i 8850 Protección de riesgos ambientales 6652 Vigilancia: comunidad

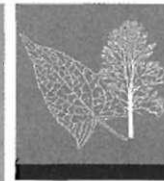


8500 a 8799

8800 a 9099

*Las letras indican otra clase donde la intervención también está incluida.

TERCERA PARTE



Clasificación

Acuerdo con el paciente

4420

Definición: Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico.

Actividades:

Determinar la capacidad mental y cognitiva del individuo para hacer un contrato.

Animar al paciente a que determine sus virtudes y habilidades.

Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar.

Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados.

Animar al paciente a que identifique sus propios objetivos, no los que cree que espera el cuidador.

Al ayudar al paciente a identificar las metas, evitar centrarse en el diagnóstico o proceso de enfermedad únicamente.

Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.

Ayudar al paciente a establecer los objetivos a corto y largo plazo.

Alentar al paciente a que escriba sus propios objetivos, si fuera posible.

Establecer objetivos como conductas fácilmente distinguibles.

Establecer objetivos en términos positivos,

Ayudar al paciente a dividir las metas complejas en pasos pequeños, manejables.

Clarificar con el paciente los papeles del cuidador y del paciente, respectivamente.

Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos.

Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos.

Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos.

Ayudar al paciente a identificar las circunstancias actuales del ambiente que puedan interferir en la consecución de los objetivos.

Ayudar al paciente a identificar los métodos para superar las circunstancias ambientales que pueden interferir en la consecución de objetivos.

Explorar con el paciente métodos de evaluación de la consecución de los objetivos.

Disponer un ambiente abierto, de aceptación, para la creación del acuerdo.

Facilitar la implicación de los seres queridos en el proceso del acuerdo, si así lo desea el paciente.

Facilitar la redacción de un documento por escrito que incluya todos los elementos acordados.

Ayudar al paciente a establecer las necesidades de tiempo y de frecuencia para la realización de las conductas/ acciones.

Ayudar al paciente a establecer límites de tiempo realistas.

Identificar, junto con el paciente, una fecha objetivo para la conclusión del acuerdo.

Coordinar con el paciente las oportunidades de revisión del acuerdo y de los objetivos.

Facilitar la renegociación de los términos del acuerdo, si fuera necesario.

Ayudar al individuo a comentar sus sentimientos sobre el contrato.

Observar si el individuo presenta signos de incongruencia que pueden indicar falta de compromiso para cumplir el contrato.

Identificar con el paciente las consecuencias o sanciones por el incumplimiento del acuerdo, si se desea.

Disponer la firma del acuerdo por todas las partes implicadas.

Continúa

94 Acuerdo con el paciente (4420)

Actividades **(Cont.):**

Proporcionar al paciente una copia del acuerdo firmado y fechado.

Animar al paciente a que identifique recompensas adecuadas, que tengan sentido.

Animar al paciente a que elija un refuerzo/recompensa que sea lo suficientemente importante como para mantener la conducta.

Especificar con el paciente el tiempo de entrega de los refuerzos/recompensas.

Identificar las recompensas adicionales con el paciente, si se superan los objetivos originales, según deseos.

Instruir al paciente en los diversos métodos de seguimiento y registro de las conductas.

Ayudar al paciente a desarrollar algún modelo de hoja de información que ayude en el seguimiento de los progresos hacia los objetivos.

Ayudar al paciente a identificar hasta los más pequeños éxitos.

Explorar con el paciente las razones del éxito o falta de éste.

1.ª edición 1992; 4.ª edición revisada 2004

Acupresión

1320

Definición: Aplicación de presión firme y sostenida en puntos determinados del cuerpo para disminuir el dolor, producir relajación y prevenir o reducir las náuseas.

Actividades:

Determinar contraindicaciones, como contusiones, tejidos con úlceras, infección y estado cardíaco grave (también contraindicadas en los niños pequeños).

Decidir si la acupresión es aplicable para el tratamiento de un paciente particular.

Determinar el grado de comodidad psicológica del individuo con el contacto.

Determinar los resultados deseados.

Remitirse a textos sobre acupresión para comprobar etiología, localización y sintomatología de puntos de acupresión adecuados después de una preparación avanzada en las técnicas de acupresión.

Determinar el(los) punto(s) de acupresión a estimular, dependiendo del resultado deseado.

Explicar al paciente que se va a buscar una(s) zona(s) sensible.

Animar al paciente a relajarse durante la estimulación.

Investigar profundamente con el dedo, pulgar o nudillos un punto sensible a la presión en la ubicación general del punto de acupresión.

Observar pistas verbales o gestuales para identificar el punto o la ubicación deseados (como la emisión de un «¡ay!» de dolor).

Estimular el punto de acupresión presionando con el dedo, pulgar o nudillos y utilizando el peso del cuerpo para inclinarlo hacia el punto en el que se aplica la presión.

Utilizar presión de dedos o muñequeras para aplicar presión en el punto de acupresión seleccionado para tratar las náuseas.

Aplicar una presión uniforme sobre el tejido muscular hipertónico buscando el dolor hasta que se sienta relajación o se observe la disminución del dolor, normalmente de 15 a 20 segundos.

Repetir el procedimiento sobre el mismo punto del lado opuesto del cuerpo.

Tratar los puntos contralaterales primero cuando haya extrema sensibilidad en un punto cualquiera.

Aplicar una presión uniforme hasta que remitan las náuseas o mantener las muñequeras de manera indefinida durante las náuseas reales o anticipadas.

Observar si hay relajación y manifestaciones de disminuciones de incomodidad o náuseas.

Disponer aplicaciones diarias de acupresión durante la primera semana del tratamiento del dolor.

Recomendar la utilización de técnicas de relajación progresivas y/o ejercicios de estiramiento entre tratamientos.

Enseñar a la familia/ser querido a proporcionar los tratamientos de acupresión.

Registrar la acción y la respuesta del paciente a la acupresión.

Administración de analgésicos

2210

Definición: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.

Actividades:

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis, e implicar al paciente, si procede.
- Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno.
- Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o antiinflamatorios no esteroideos) según el tipo y la severidad del dolor.
- Determinar el analgésico preferido, vía de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico óptimo.
- Elegir la vía i.v., en vez de i.m., para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor, cuando sea posible.
- Descartar narcóticos y otros medicamentos restringidos de acuerdo con el protocolo de la institución.
- Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, a la primera dosis o si se observan signos inusuales.
- Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.
- Establecer expectativas positivas respecto de la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente.
- Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.
- Considerar el uso de infusión continua, ya sea sola o juntamente con opiáceos en bolo, para mantener los niveles en suero.
- Instituir precauciones de seguridad para los que reciban analgésicos narcóticos, si procede.
- Instruir para que se solicite la medicación según necesidades para el dolor antes de que el dolor sea severo.
- Informar a la persona que con la administración de narcóticos puede producirse somnolencia durante los primeros 2 a 3 días, que luego remite.
- Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción y riesgos de sobredosis).
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, y se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad de boca y estreñimiento).
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- Evaluar y registrar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.
- Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos (p. ej., estreñimiento e irritación gástrica).
- Colaborar con el médico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia.
- Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas de implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor.

Administración de analgésicos: intraespinal 2214

Definición: Administración de agentes farmacológicos en el espacio epidural o intratecal para reducir o eliminar el dolor.

Actividades:

Comprobar la abertura y funcionamiento del catéter, orificio y/o bomba.

Asegurar que el acceso i.v. está bien colocado en todo momento durante la terapia.

Etiquetar el catéter y fijarlo adecuadamente.

Asegurarse de que se utiliza la fórmula de fármaco correcta (alta concentración y libre de conservación).

Asegurar la disponibilidad de antagonistas del narcótico para administración de emergencia y administrar según orden del médico, si es necesario.

Comenzar la infusión continua del agente analgésico después de que se ha comprobado la correcta colocación del catéter, y controlar el flujo para asegurar el aporte de la dosis prescrita de la medicación.

Controlar la temperatura, presión sanguínea, respiración, pulso y nivel de conciencia a intervalos regulares y registrarlos en el diagrama gráfico.

Comprobar el nivel de bloqueo sensorial a intervalos adecuados y registrar en el diagrama gráfico.

Vigilar el sitio de colocación y los vendajes del catéter para comprobar que el catéter no esté flojo ni el vendaje mojado, y notificar al personal correspondiente de acuerdo con el protocolo.

Administrar cuidados en el sitio de colocación del catéter de acuerdo con el protocolo de la institución.

Fijar la aguja en el sitio con esparadrapo y aplicar el vendaje adecuado según el protocolo.

Vigilar por si se producen reacciones adversas, incluyendo depresión respiratoria, retención urinaria, somnolencia indebida, picores, ataques, náuseas y vómitos.

Comprobar la presión sanguínea ortostática y el pulso antes del primer intento de deambulación.

Instruir al paciente a que informe sobre los efectos secundarios, alteraciones en el alivio del dolor, entumecimiento de las extremidades y necesidad de asistencia en la deambulación si se sintiera débil.

Seguir la política de la institución en cuanto a la afección de agentes analgésicos intermitentes en el punto de inyección.

Proporcionar medicamentos complementarios, si procede (antidepresivos, anticonvulsivos y antiinflamatorios no esteroideos).

Aumentar la dosis epidural, en función de la intensidad del dolor.

Instruir y guiar al paciente durante la ejecución de las medidas farmacológicas (terapia de relajación simple, ejercicios de imaginación simples guiados y retroalimentación) para potenciar la eficacia farmacológica.

Instruir al paciente sobre los cuidados correctos en el hogar para sistemas de aporte extemos o implantados, si procede.

Extraer o ayudar en la extracción del catéter de acuerdo con el protocolo de la institución.

Administración de anestesia

2840

Definición: Preparación y administración de agentes anestésicos y vigilancia de la respuesta del paciente durante la administración.

Actividades:

Verificar la identificación del paciente.

Realizar y registrar el historial del paciente y la evaluación física, valoración de estados anteriores, alergias y contraindicaciones contra agentes o técnicas específicos.

Solicitar las consultas adecuadas, así como los estudios de diagnóstico y de laboratorio, en función del estado de salud del paciente y de la cirugía propuesta.

Llevar a cabo las actividades preoperatorias indicadas para preparar psicológicamente al paciente para la cirugía y anestesia.

Desarrollar y registrar un plan de anestesia adecuado para el paciente y para el procedimiento.

Colaborar con los cuidadores involucrados en todas las fases de los cuidados de anestesia.

Informar al paciente sobre lo que debe esperar de la anestesia, respondiendo a todas las preguntas y atendiendo a todas sus inquietudes.

Obtener un consentimiento informado.

Realizar una comprobación de seguridad de todo el equipo de anestesia antes de la administración de cada anestésico.

Asegurar la disponibilidad del equipo de emergencia y resucitación.

Poner en marcha las líneas de monitorización intravenosa invasiva e iniciar modalidades de monitorización no invasiva.

Administrar la medicación preanestésica y los líquidos correspondientes.

Ayudar en el traslado del paciente desde la camilla a la mesa de operaciones.

Colocar al paciente de forma que se eviten lesiones por presión y la afectación de nervios periféricos.

Asegurar la correcta colocación de las correas de seguridad y la seguridad continua del paciente en todas las fases de los cuidados de anestesia.

Administrar el anestésico de forma coherente con las necesidades de cada paciente, la evaluación clínica y con las Normas de la Práctica de Cuidados de Anestesia.

Evaluar y mantener una vía aérea adecuada, asegurando una correcta oxigenación durante todas las fases de los cuidados de anestesia.

Determinar las pérdidas aceptables de sangre y administrar sangre, si fuera necesario.

Calcular las necesidades de líquidos adecuadas y administrarlos por vía intravenosa, si está indicado.

Vigilar los signos vitales, suficiencia respiratoria y cardíaca, respuesta a la anestesia y demás parámetros fisiológicos; medir y evaluar los valores de laboratorio correspondientes.

Administrar medicamentos y líquidos complementarios necesarios para controlar el anestésico, mantener la homeostasis fisiológica y corregir las respuestas adversas o desfavorables a la anestesia y cirugía.

Proporcionar protección para los ojos.

Evaluar y manejar clínicamente las emergencias derivadas de la anestesia mediante la administración de los medicamentos indicados, líquidos y apoyo de ventilación.

Trasladar al paciente a la unidad de reanimación o de cuidados intensivos con la correspondiente monitorización y oxigenoterapia.

Facilitar un informe completo del paciente al personal de cuidados a la llegada a la unidad.

Controlar el dolor postoperatorio y los efectos secundarios del anestésico.

Continúa

100 Administración de anestesia (2840)

Actividades (Cont.):

Comprobar la recuperación y estabilidad del paciente durante el período postoperatorio inmediato antes de la transferencia de cuidados.

Realizar una evaluación de seguimiento postanestesia y cuidados relacionados con los efectos y complicaciones colaterales de la anestesia.

I." edición 1992; 2." edición revisada 1996

Administración de medicación

2300

Definición: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

Actividades:

Desarrollar la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.

Desarrollar y utilizar un ambiente que mejore la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos.

Seguir los cinco principios de la administración de medicación.

Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.

Prescribir y/o recomendar medicamentos, si procede, de acuerdo con la autoridad de prescripciones.

Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos.

Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos, si procede.

Asegurarse de que los hipnóticos, narcóticos y antibióticos son suspendidos o indicados de nuevo en la fecha de renovación.

Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco.

Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiados para la modalidad de administración de la medicación.

Restringir la administración de medicamentos no etiquetados correctamente.

Eliminar los fármacos no utilizados o caducados, de acuerdo con las normas del centro.

Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.

Ayudar al paciente a tomar la medicación.

Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas.

Utilizar las órdenes, normas y procedimientos como guía del método adecuado de administración de medicamentos.

Instruir al paciente y a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación.

Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos según necesidades, si procede.

Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.

Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.

Firmar los narcóticos y otros fármacos restringidos, de acuerdo con el protocolo del centro.

Verificar todas las órdenes de medicación en cuestión con el personal de cuidados correspondiente.

Registrar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con las guías de la institución.

Administración de medicación: enteral

2301

***Definición:* Administración de medicamentos a través de una sonda introducida en el sistema gastrointestinal.**

Actividades:

Seguir los cinco principios de administración de medicación.

Anotar la historia médica y de alergias del paciente.

Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración (p. ej., sonda nasogástrica, sonda orogástrica, sonda de gastrostomía) por parte del paciente.

Determinar cualquier contraindicación del paciente que está recibiendo medicación oral a través de la sonda (p. ej., inflamación intestinal, peristaltismo reducido, cirugía gastrointestinal reciente, fijado a la aspiración gástrica).

Preparar medicación (p. ej., triturada o mezclada con líquidos, si procede).

Informar al paciente de las acciones esperadas y de posibles efectos adversos de las medicaciones.

Comprobar la colocación del tubo mediante la aspiración del contenido gastrointestinal, y la comprobación del nivel de pH del aspirado o por medio de placa radiográfica, según el caso.

Programar la medicación de acuerdo con la alimentación de fórmula.

Colocar al paciente en posición de Fowler alta, si no está contraindicada.

Aspirar el contenido del estómago, volver a aspirar limpiando con 30 ml de aire o la cantidad adecuada para la edad, y limpiar el tubo con 30 ml de agua, si procede.

Extraer el émbolo de la jeringa y poner la medicación en la jeringa.

Administrar la medicación permitiendo que fluya libremente desde el cilindro de la jeringa, utilizando el émbolo sólo cuando sea necesario para facilitar el flujo.

Limpiar el tubo con 30 ml de agua caliente, o la cantidad adecuada según la edad, después de administrar la medicación.

Observar si hay efectos terapéuticos, efectos adversos, toxicidad del fármaco e interacciones de fármacos en el paciente.

Documentar la administración de medicación y la sensibilidad del paciente según el protocolo del centro.

1.ª edición 1992; 2.ª edición revisada 1996; 4.ª edición revisada 2004

Administración de medicación: inhalatoria **2311**

Definición: Preparación y administración de medicamentos por inhalación.

Actividades:

Seguir los cinco principios de administración de medicación.

Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.

Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.

Determinar la habilidad del paciente para manipular y administrar la medicación.

Ayudar al paciente a utilizar el inhalador según esté prescrito.

Enseñar al paciente a utilizar la cámara de aire (espaciador) con el inhalador, según sea conveniente.

Agitar el inhalador.

Sacar la tapa del inhalador sujetándolo hacia arriba.

Enseñar al paciente a inclinar la cabeza ligeramente hacia atrás y a espirar.

Ayudar al paciente a colocarse el inhalador en la boca o la nariz.

Enseñar al paciente a apretar el inhalador para liberar la medicación mientras inhala lentamente.

Hacer que el paciente respire lenta y profundamente, con una breve pausa al final de la inspiración, y una espiración pasiva mientras se utiliza un nebulizador.

Hacer que el paciente aguante la respiración durante 10 segundos, según sea conveniente.

Hacer que el paciente espire lentamente por la nariz o los labios fruncidos.

Enseñar al paciente a repetir las inhalaciones según tenga prescrito, esperando 1 minuto entre una y otra.

Enseñar al paciente a esperar entre inhalaciones si se han prescrito dos inhaladores de dosis medida según protocolo del centro.

Enseñar al paciente a extraer el cartucho de la medicación y a limpiar el inhalador con agua caliente.

Controlar las respiraciones del paciente y realizar la auscultación pulmonar, según sea conveniente.

Controlar los efectos de la medicación y enseñar al paciente y a los cuidadores los efectos beneficiosos y los posibles efectos adversos de la medicación.

Enseñar y controlar la técnica de autoadministración, según sea conveniente.

Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente de acuerdo con el protocolo de la institución.

Administración de medicación: interpleural

2302

Definición: Administración de medicación a través de un catéter interpleural para disminuir el dolor.

Actividades:

Obtener el consentimiento por escrito para la inserción del catéter interpleural.

Montar el equipo y ayudar en la inserción del catéter interpleural, si procede.

Explicar al paciente el objeto, los beneficios y las razones de la utilización del catéter interpleural.

Confirmar la correcta colocación del catéter a través de un examen radiográfico del tórax.

Vigilar el dolor del paciente antes y después de la colocación del catéter, si procede.

Comprobar si no hay retorno de sangre antes de la administración del medicamento.

Administrar la medicación para aliviar el dolor a través del catéter interpleural.

Administrar la medicación para el dolor a través del catéter interpleural de forma intermitente o mediante goteo continuo.

Detener la medicación si se produce el retorno de más de 2 ml del líquido al comprobar el catéter interpleural.

Colocar al paciente de forma que no haya presión sobre el catéter interpleural.

Observar si hay falta de aire o sonidos respiratorios desiguales/anormales.

Observar cualquier fuga que pueda producirse por el catéter interpleural.

Observar si se produce el alivio del dolor, efectos secundarios o reacciones adversas por la medicación administrada.

Conectar el catéter a la bomba de administración de medicación, si procede.

Fomentar la deambulación precoz si fuera posible con el uso del catéter interpleural.

Cambiar los vendajes, cuando resulte oportuno.

Observar si hay signos y síntomas de infección en el sitio de inserción del catéter interpleural.

Extraer el catéter interpleural, según indicación médica.

Administración de medicación: intradérmica

2312

Definición: Preparación y administración de medicamentos por vía intradérmica.

Actividades:

Seguir los cinco principios de administración de medicación.

Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.

Determinar la comprensión del paciente del propósito de la inyección y del análisis de la piel.

Elegir la aguja y la jeringa adecuadas según el tipo de inyección.

Comprobar las fechas de caducidad del fármaco.

Preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial.

Elegir el lugar de inyección adecuado y examinar si en la piel hay contusiones, inflamaciones, edemas, lesiones o decoloración.

Utilizar técnicas asépticas.

Introducir la aguja en un ángulo de entre 5 y 15°.

Injectar la medicación mientras se observa si hay pequeñas ampollas en la superficie de la piel.

Controlar si el paciente muestra alguna reacción alérgica.

Marcar el lugar de inyección y examinarlo pasado un intervalo de tiempo adecuado después de la inyección (p. ej., 48-72 horas).

Controlar si se producen los efectos esperados de antígeno o medicación concreta.

Documentar la zona de inyección y la apariencia de la piel en el lugar de inyección.

Documentar la apariencia del lugar de inyección pasado un intervalo de tiempo adecuado.

Administración de medicación: intraespinal **2319**

Definición: Administrar y controlar la medicación a través de una vía epidural o intratecal.

Actividades:

Seguir los cinco principios de administración de medicación.

Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.

Determinar el nivel de comodidad del paciente.

Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.

Controlar los signos vitales del paciente.

Controlar el estado neurológico.

Mantener una técnica aséptica.

Controlar la movilidad del paciente y sus funciones sensoriales, si procede.

Aspirar líquido cefalorraquídeo antes de inyectar la medicación y evaluar si hay retorno de sangre o turbio antes de administrar una inyección de bolo intratecal.

Aspirar suavemente el catéter epidural con una jeringa vacía, comprobando sólo el retorno de aire, antes de administrar una inyección de bolo epidural.

Preparar asépticamente una medicación libre de conservantes a través de la aguja.

Observar la cantidad y el color del retorno del aspirado.

Inyectar lentamente la medicación por prescripción médica, según el protocolo de la institución.

Controlar si en el lugar de introducción del catéter epidural o intratecal hay signos de infección.

Controlar si en el lugar de inserción del catéter epidural o intratecal hay drenaje claro.

Avisar al médico si el aposito epidural o intratecal está húmedo.

Asegurarse de que el catéter está fijado a la piel del paciente.

Poner esparadrapo en todas las conexiones, si procede.

Marcar el tubo, intratecal o epidural, si procede.

Comprobar si la bomba de infusión es del calibre adecuado y funciona correctamente, según el protocolo de la institución.

Controlar la velocidad del flujo y la solución i.v. a intervalos regulares.

Controlar si hay infección del sistema nervioso central (es decir, fiebre, cambio en el nivel de conciencia, náuseas y vómitos).

Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente siguiendo el protocolo de la institución.

Administración de medicación: intramuscular (i.m.) 2313

Definición: Preparación y administración de medicamentos por vía intramuscular.

Actividades:

Seguir los cinco principios de administración de medicación.

Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.

Tener en cuenta las indicaciones y contraindicaciones de la inyección intramuscular.

Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.

Elegir la aguja y la jeringa adecuadas según la información del paciente y de la medicación.

Comprobar las fechas de caducidad de los fármacos.

Preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla, vial o jeringa preparada.

Elegir el lugar de inyección adecuado y palpar si en la piel hay edemas o masas o si está blanda; evitar zonas con cicatrices, contusiones, abrasiones o infecciones.

Colocar la mano no dominante en el punto anatómico correcto; estirar la piel hasta que esté tirante.

Administrar la inyección utilizando técnicas asépticas y el protocolo adecuado.

Introducir la aguja rápidamente en un ángulo de 90°.

Aspirar antes de inyectar; si no se aspira sangre, inyectar lentamente la medicación, esperar 10 segundos después de inyectar la medicación, y entonces retirar suavemente la aguja y soltar la piel.

Presionar suavemente el sitio de inyección; evitar masajearlo.

Controlar si el paciente presenta dolor agudo en el lugar de inyección.

Controlar si el paciente presenta alteraciones sensoriales o motoras en el lugar de inyección o fuera de él.

Controlar si se producen los efectos esperados o adversos de la medicación.

Rechazar medicaciones mezcladas que no están correctamente etiquetadas.

Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con las normas de la institución.

3.ª edición 2000; 1.ª edición revisada 2004

Administración de medicación: intraósea

2303

Definición: Inserción de una aguja a través del hueso, en la médula ósea, con el fin de administrar líquidos, sangre o medicamentos de emergencia, en un corto período de tiempo.

Actividades:

Seguir los cinco principios de administración de medicación.

Tomar nota de la historia médica y de alergias del paciente.

Determinar el nivel de confort del paciente.

Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.

Inmovilizar la extremidad.

Elegir un lugar adecuado para la introducción valorando los puntos conocidos para asegurar la colocación adecuada de la aguja lejos de la placa de crecimiento de la epífisis.

Ayudar a introducir las líneas intraóseas.

Preparar el lugar con solución utilizando una técnica aséptica.

Administrar lidocaína al 1% en el punto de introducción, si procede.

Elegir un tamaño de aguja adecuado con un estilete (biopsia de médula ósea/aguja de aspiración o aguja rígida del calibre 13 a 20 con fiador).

Insertar la aguja con el fiador a un ángulo de 60 a 90° en dirección inferior.

Extraer el fiador interno, si es necesario.

Aspirar el contenido de la médula ósea para confirmar la colocación de la aguja, de acuerdo con el protocolo del centro.

Irrigar la aguja con solución, según protocolo del centro.

Fijar la aguja en su sitio con esparadrapo y aplicar el vendaje correspondiente, según el protocolo del centro.

Conectar el tubo a la aguja y permitir que los líquidos fluyan por gravedad o bajo presión, según lo requiera la velocidad del flujo.

Fijar el sistema de suero a la extremidad.

Identificar la compatibilidad de los medicamentos y líquidos en infusión.

Determinar la velocidad del flujo y ajustar correspondientemente.

Observar si hay signos y síntomas de extravasación de líquidos y medicamentos, infección o embolia grasa.

Registrar el sitio, tipo y tamaño de aguja, tipo de líquido y medicación, velocidad de flujo y respuesta del paciente, según el protocolo del centro.

Informar de la respuesta del paciente a la terapia, de acuerdo con el protocolo del centro.

Canalizar una vía i.v. y suspender la línea intraósea después de que el estado del paciente se estabilice.

Administración de medicación: intravenosa (i.v.) **2314**

Definición: Preparación y administración de medicamentos por vía intravenosa.

Actividades:

Seguir los cinco principios de administración de medicación.

Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.

Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.

Comprobar posibles incompatibilidades entre fármacos i.v.

Comprobar las fechas de caducidad de los fármacos y de las soluciones.

Preparar correctamente el equipo para la administración de la medicación.

Preparar la concentración adecuada de medicación i.v. de una ampolla o vial.

Verificar la colocación y la permeabilidad del catéter i.v. en la vena.

Mantener la esterilidad del sistema i.v. abierto.

Administrar la medicación i.v. con la velocidad adecuada.

Mezclar suavemente la solución si se añade medicación al recipiente de líquido i.v.

Elegir el puerto de inyección del tubo i.v. más cercano al paciente, ocluir la línea i.v. encima del puerto, y aspirar antes de inyectar el bolo i.v. en una línea existente.

Limpiar la llave i.v. con una solución adecuada antes y después de administrar la medicación, según protocolo del centro.

Rellenar la etiqueta de la medicación y colocar en el recipiente del líquido i.v.

Mantener la entrada i.v., según sea conveniente.

Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación.

Controlar el equipo i.v., la velocidad del flujo y la solución a intervalos regulares, según protocolo del centro.

Verificar si se producen infiltración y flebitis en el lugar de infusión.

Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con las normas de la institución.

3.ª edición 2000; 4.ª edición revisada 2004

Administración de medicación: nasal

2320

***Definición:* Preparación y administración de medicaciones a través de los conductos nasales.**

Actividades:

Seguir los cinco principios de administración de medicación.

Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.

Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.

Enseñar al paciente a sonarse con suavidad antes de administrar la medicación nasal, a menos que esté contraindicado.

Ayudar al paciente a colocarse en posición supina y a colocar la cabeza adecuadamente, en función del seno que debe ser medicado cuando se administran las gotas nasales.

Enseñar al paciente a respirar por la boca durante la administración de las gotas nasales.

Colocar el gotero 1 cm por encima de las fosas nasales e instilar el número de gotas prescrito.

Enseñar al paciente a permanecer en posición supina durante 5 minutos después de administrar las gotas nasales.

Enseñar al paciente a permanecer en posición vertical sin inclinar la cabeza hacia abajo cuando se administra un aerosol nasal.

Cuando se administra un aerosol nasal, introducir el pulverizador en la fosa nasal y presionar la botella rápidamente y con firmeza.

Enseñar al paciente a no sonarse durante los minutos posteriores a la administración.

Enseñar al paciente a determinar la respuesta a la medicación.

Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente según el protocolo de la institución,

Administración de medicación: oftálmica **2310**

Definición: Preparación e instilación de medicamentos oftálmicos.

Actividades:

Seguir los cinco principios de administración de medicación.

Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.

Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.

Colocar al paciente en posición supina con el cuello ligeramente estirado; pedirle que mire hacia arriba.

Instilar la medicación en el saco conjuntival utilizando técnicas asépticas.

Ejercer una suave presión en el conducto nasolagrimal si la medicación tiene efectos sistémicos.

Enseñar al paciente a cerrar los ojos suavemente para ayudar a distribuir la medicación.

Controlar si hay efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación.

Enseñar y controlar la técnica de autoadministración, según sea conveniente.

Documentar la administración de medicación y la respuesta del paciente de acuerdo con las normas de la institución.

3.ª edición 2000; 4.ª edición revisada 2004

Administración de medicación: oral

2304

Definición: Preparación y administración de medicamentos por la boca.

Actividades:

Seguir los cinco principios de la administración de medicación.

Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.

Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.

Determinar cualquier contraindicación del paciente que recibe medicación oral (p. ej., dificultades para tragar, náuseas/vómitos, inflamación intestinal, peristaltismo reducido, cirugía gastrointestinal reciente, fijado a la aspiración gástrica, estado NPO, disminución del nivel de conciencia).

Comprobar las posibles interacciones y contraindicaciones de los fármacos.

Asegurarse de que los hipnóticos, narcóticos y antibióticos son suspendidos o indicados de nuevo en la fecha de renovación.

Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco.

Administrar los medicamentos con el estómago vacío o con comida, si procede.

Mezclar medicamentos de mal sabor con la comida o líquidos, si procede.

Mezclar la medicación con jarabe de sabores de la farmacia, si resulta oportuno.

Triturar la medicación o mezclarla con una pequeña cantidad de comida blanda (p. ej., compota de manzana), si procede.

Informar al paciente de las acciones y posibles efectos adversos esperados de los medicamentos.

Enseñar al paciente la administración correcta de medicación sublingual.

Colocar la medicación sublingual debajo de la lengua del paciente y enseñarle que no debe tragar la pastilla.

Tener la medicación colocada en la boca del paciente contra la membrana mucosa hasta que se disuelva.

Enseñar al paciente a no comer o beber nada hasta que la medicación sublingual o bucal esté completamente disuelta.

Ayudar al paciente con la ingestión de los medicamentos, si lo precisa.

Observar si hay posibles aspiraciones del paciente, si procede.

Realizar comprobaciones bucales después de la administración de la medicación, si es necesario.

Instruir al paciente o al miembro de la familia sobre la forma de administrar el medicamento.

Observar los efectos terapéuticos, efectos adversos, toxicidad del fármaco e interacciones de los medicamentos en el paciente.

Registrar los medicamentos administrados y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con el protocolo de la institución.

1.ª edición 1992; 3.ª edición revisada 2000; 4.ª edición revisada 2004

Administración de medicación: ótica

2308

Definición: Preparación e instilación de medicamentos óticos.

Actividades:

Seguir los cinco principios de administración de medicación.

Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.

Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión acerca del método de administración por parte del paciente.

Colocar al paciente en decúbito lateral con el oído que debe tratarse hacia arriba, o el paciente sentado en una silla.

Poner recto el canal auditivo tirando del pabellón auricular hacia abajo y hacia atrás (niños) o hacia arriba y hacia atrás (adultos).

Instilar la medicación sujetando el cuentagotas 1 cm por encima del canal auditivo.

Enseñar al paciente que debe permanecer en la misma posición entre 5 y 10 minutos.

Realizar una suave presión o masajear el oído con el dedo.

Enseñar y controlar la técnica de autoadministración, según sea conveniente.

Documentar la administración de medicación y la respuesta del paciente de acuerdo con las normas de la institución.

3.ª edición 2000; 4.ª edición revisada 2004

Administración de medicación: rectal

2315

Definición: Preparación e introducción de supositorios rectales.

Actividades:

Seguir los cinco principios de administración de medicación.

Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.

Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.

Estudiar si en los registros médicos hay historial de cirugía rectal o sangrado.

Determinar si se presentan señales o síntomas de alteraciones gastrointestinales (p. ej., estreñimiento o diarrea).

Determinar la habilidad del paciente para retener el supositorio.

Ayudar al paciente a colocarse en la posición de Sim tumbado sobre el lado izquierdo con la parte superior de la pierna flexionada hacia arriba.

Lubricar el dedo índice enguantado de la mano dominante y el extremo redondeado del supositorio.

Enseñar al paciente a realizar lentas respiraciones profundas a través de la boca y a relajar el esfínter anal.

introducir suavemente el supositorio a través del ano, más allá del esfínter anal interno y contra la pared rectal.

Enseñar al paciente a permanecer horizontal o de lado durante 5 minutos.

Controlar si se producen los efectos de la medicación.

Enseñar y controlar la técnica de autoadministración, según sea conveniente.

Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente de acuerdo con el protocolo de la institución.

3.ª edición 2000; 4.ª edición revisada 2004

Administración de medicación: reservorio ventricular 2307

Definición: Administración y mordtorización de la medicación a través de un catéter implantado en el ventrículo lateral.

Actividades:

Seguir los cinco principios de administración de medicación.

Anotar la historia médica y de alergias del paciente.

Determinar el nivel de confort del paciente.

Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.

Evaluar el estado neurológico.

Vigilar los signos vitales.

Mantener técnicas asépticas.

Afeitar la zona de encima del reservorio, según protocolo del centro.

Llenar el reservorio con CSF (líquido cefalorraquídeo o cerebrospinal) aplicando una suave presión con el dedo índice.

Recoger muestras de líquido cefalorraquídeo, si procede, por orden o según el protocolo del centro.

Aspirar el líquido cefalorraquídeo antes de la inyección del medicamento y evaluar por si hay retornos de sangre o líquido turbio.

Inyectar los medicamentos lentamente, según indicación del médico o de acuerdo con el protocolo del centro.

Aplicar presión con el dedo índice al depósito para asegurar la mezcla del medicamento con el líquido cefalorraquídeo.

Aplicar vendajes en el sitio, si procede.

Controlar si hay infección del sistema nervioso central (es decir, fiebre, cambio del nivel de conciencia, náuseas y vómitos).

Documentar la administración de medicación y la respuesta del paciente según protocolo del centro.

2." edición 1996; 3." edición revisada 2000; i." edición revisada 2004

Administración de medicación: subcutánea

2317

***Definición:* Preparación y administración de medicaciones por vía subcutánea.**

Actividades:

Seguir los cinco principios de administración de medicación.

Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.

Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.

Tener en cuenta las indicaciones y contraindicaciones de la inyección subcutánea.

Comprobar las fechas de caducidad de los fármacos.

Elegir la aguja y la jeringa correctas según la información del paciente y de la medicación.

Preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial.

Elegir el lugar de inyección adecuado.

Alternar sistemáticamente los lugares de inyección de insulina dentro de una zona anatómica.

Palpar el lugar de inyección para valorar si hay edemas o masas o si está blando; evitar zonas con cicatrices, contusiones, abrasiones o infecciones.

Utilizar lugares abdominales al administrar heparina subcutánea.

Administrar la inyección utilizando técnicas asépticas.

Introducir la aguja rápidamente en un ángulo de entre 45 y 90° en función del tamaño del paciente.

Aplicar una presión suave en el sitio; evitar masajearlo.

Controlar si se producen los efectos esperados o adversos de la medicación.

Educar al paciente, a los miembros de la familia y a otras personas relevantes en la técnica de la inyección.

Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con el protocolo de la institución.

3.ª edición 2000; 4.ª edición revisada 2004

Administración de medicación: tópica **2316**

Definición: Preparación y aplicación de medicamentos en la piel.

Actividades:

Seguir los cinco principios de administración de medicación.

Tomar nota del historial médico y de alergias del paciente.

Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte del paciente.

Determinar el estado de la piel del paciente en la zona donde se aplicará la medicación.

Retirar los restos de medicación y limpiar la piel.

Medir la cantidad correcta de medicación sistémica de aplicación tópica, utilizando mecanismos estandarizados de medida.

Aplicar el fármaco tópico según esté prescrito.

Aplicar parches transdérmicos y medicaciones tópicas en zonas de la piel sin vello, según sea conveniente.

Extender la medicación uniformemente sobre la piel, según sea conveniente.

Alternar los sitios de aplicación de las medicaciones sistémicas tópicas.

Controlar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación.

Enseñar y controlar la técnica de autoadministración, según sea conveniente.

Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente, de acuerdo con las normas de la institución.

Administración de medicación: vaginal

2318

Definición: Preparación e introducción de medicaciones vaginales.

Actividades:

Seguir los cinco principios de administración de medicación.

Tomar nota del historial médico y de alergias de la paciente.

Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del método de administración por parte de la paciente.

Hacer evacuar a la paciente antes de la administración.

Aplicar un lubricante hidrosoluble en el extremo redondeado del supositorio; lubricar el dedo índice enguantado de la mano dominante.

Introducir el extremo redondeado del supositorio 7,6 a 10,1 cm dentro de la pared posterior del canal vaginal, o introducir el aplicador aproximadamente 5-7,5 cm.

Enseñar a la paciente a permanecer en posición horizontal durante, como mínimo, 10 minutos.

Mantener una higiene perineal correcta.

Controlar si se producen los efectos de la medicación.

Enseñar y controlar la técnica de autoadministración según sea conveniente.

Documentar la administración de la medicación y la respuesta de la paciente, de acuerdo con el protocolo de la institución.

3." edición 2000; 4." edición revisada 2004

Administración de nutrición parenteral total (NPT) **1200**

Definición: Preparación y aporte de nutrientes de forma intravenosa y monitorización de la capacidad de respuesta del paciente.

Actividades:

Ayudar en la inserción de la línea central.

Insertar el catéter central intravenoso periférico, según el protocolo de la institución.

Determinar la colocación correcta del catéter central intravenoso mediante examen radiológico.

Mantener la permeabilidad y vendajes de la vía central, según el protocolo del centro.

Observar si hay infiltración e infección.

Comprobar la solución NPT para asegurarse de que se han incluido los nutrientes correctos, según órdenes.

Mantener una técnica estéril al preparar y colgar las soluciones NPT.

Utilizar una bomba de infusión para el aporte de las soluciones NPT.

Mantener un índice de flujo constante de la solución NPT.

Evitar pasar rápidamente la solución NPT retrasada.

Pesar diariamente.

Controlar ingesta y eliminaciones.

Vigilar niveles de albúmina, proteína total, electrolitos y glucosa en suero y perfil químico.

Controlar signos vitales.

Comprobar la glucosa en orina para determinar glucosuria, cuerpos cetónicos y proteínas.

Administrar insulina, según prescripción, para mantener el nivel de glucosa en suero en el margen determinado, si procede.

Informar al médico acerca de los signos y síntomas anormales asociados con la NPT, y modificar los cuidados correspondientes.

Mantener las precauciones universales.

1.ª edición 1992

Administración de productos sanguíneos

4030

Definición: Administración de sangre y hemoderivados y monitorizar la respuesta del paciente.

Actividades:

Verificar las órdenes del médico.

Obtener la historia de transfusiones del paciente.

Obtener o comprobar el consentimiento informado del paciente.

Verificar que el producto sanguíneo ha sido preparado y clasificado, y que se ha realizado concordancia de cruce (si correspondiera) para el receptor.

Verificar el paciente, el tipo de sangre, el tipo de Rh, el número de unidad y la fecha de caducidad, y registrar según protocolo del centro.

Enseñar al paciente los signos y síntomas de las reacciones a una transfusión (picaón, vértigo, falta de aliento y dolor torácico).

Conjuntar el sistema de administración con el filtro adecuado para el producto sanguíneo y el estado inmune del receptor.

Preparar el sistema de administración con solución salina isotónica.

Preparar una bomba i.v. aprobada para la administración del producto sanguíneo, si se indica.

Realizar venopuntura, con la técnica apropiada.

Evitar la transfusión de más de una unidad de sangre o producto sanguíneo por vez, a menos que sea necesario debido al estado del receptor.

Vigilar el sitio de punción i.v. para ver si hay signos de infiltración, flebitis e infección local.

Controlar los signos vitales (p. ej., guía básica, durante y después de la transfusión).

Observar si hay reacciones a la transfusión.

Observar si hay sobrecarga de líquidos.

Vigilar y regular el ritmo del flujo durante la transfusión.

Abstenerse de administrar medicamentos o líquidos por vía i.v. que no sea la solución salina isotónica, en las vías de administración de sangre o del producto sanguíneo.

Abstenerse de realizar transfusión de productos extraídos de refrigeración controlada durante más de 4 horas.

Cambiar el filtro y el equipo de administración al menos cada 4 horas.

Administrar solución salina cuando la transfusión haya terminado.

Registrar la duración de la transfusión.

Registrar el volumen transfundido.

Detener la transfusión si se producen reacciones sanguíneas y mantener las venas despejadas con solución salina.

Obtener muestras de sangre y la primera muestra de orina emitida después de la reacción a la transfusión.

Coordinar la devolución del contenedor de sangre al laboratorio después de una reacción sanguínea.

En caso de reacción sanguínea, notificarlo inmediatamente al laboratorio.

Llevar a la práctica las precauciones universales.

I.ª edición 1992; 2.ª edición revisada 1996; 4.ª edición revisada 2004

Aislamiento

6630

Definición: Confinamiento solitario en un ambiente totalmente protector con estrecha vigilancia por parte del personal de cuidados en razón de la seguridad o para el control de determinadas conductas.

Actividades:

Obtener la orden médica, si así lo requirieran las normas institucionales, para practicar la intervención físicamente restrictiva.

Designar un miembro del personal de cuidados para que se comunique con el paciente y dirija a los otros cuidadores.

Identificar las conductas que necesitan intervención para el paciente y sus seres queridos.

Explicar el procedimiento, propósito y período de tiempo de la intervención al paciente y sus seres queridos en términos comprensibles y no punitivos.

Explicar al paciente y sus seres queridos las conductas necesarias para suspender la intervención.

Realizar acuerdos con el paciente (si el paciente está capacitado) para mantener el control de la conducta.

Instruir en métodos de autocontrol, si procede.

Ayudar a vestir con prendas seguras y a quitar las alhajas y gafas.

Retirar todos los objetos de la zona de aislamiento que puedan ser utilizados por el paciente para hacerse daño él mismo o al personal de cuidados.

Ayudar con las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal.

Proporcionar alimentos y líquidos en recipientes irrompibles.

Proporcionar un nivel adecuado de supervisión/vigilancia para controlar al paciente y para permitir las acciones terapéuticas, según sea necesario.

Hacer saber periódicamente nuestra presencia al paciente.

Administrar medicamentos PRN para la ansiedad o agitación.

Proporcionar alivio psicológico al paciente, si es necesario.

Vigilar la temperatura, limpieza y seguridad de la zona de aislamiento.

Disponer la limpieza rutinaria de la zona de aislamiento.

Evaluar, a intervalos regulares, la necesidad de continuar con la intervención restrictiva en el paciente.

Implicar al paciente, cuando corresponda, en la toma de decisión de paso a una intervención más o menos restrictiva.

Determinar la necesidad del paciente de continuar con el aislamiento.

Registrar las razones de la intervención restrictiva, la respuesta del paciente a la intervención, el estado físico del paciente, los cuidados sanitarios proporcionados durante la intervención y el fundamento para suspender dicha intervención.

Tratar con el paciente y el personal, al finalizar la intervención restrictiva, las circunstancias que condujeron a esta intervención, así como cualquier inquietud del paciente relacionada con la intervención.

Disponer el nivel siguiente correspondiente de intervención restrictiva (sujeción física o restricción de área), si es necesario.

Alimentación

1050

***Definición:* Proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no puede alimentarse por sí mismo.**

Actividades:

Identificar la dieta prescrita.

Disponer la bandeja de comida y la mesa de forma atractiva.

Crear un ambiente placentero durante la comida (colocar cuñas, orinales y el equipo de succión fuera de la vista).

Proporcionar alivio adecuado para el dolor antes de las comidas, si procede.

Facilitar la higiene bucal después de las comidas.

Identificar la presencia del reflejo de deglución, si fuera necesario.

Sentarse durante la comida para inducir sensación de placer y relajación.

Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito.

Preguntar al paciente sus preferencias en el orden de los alimentos.

Establecer los alimentos según lo prefiera el paciente.

Mantenerse en posición recta, con la cabeza y el cuello flexionados ligeramente hacia afuera durante la alimentación.

Colocar la comida en el lado no afectado de la boca, cuando sea el caso.

Colocar la comida a la vista de la persona si tiene un defecto de campo visual

Elegir platos de colores diferentes para ayudar a distinguir la comida, si hay un déficit perceptual.

Acompañar la comida con agua, si es necesario.

Proteger con un babero, si procede.

Preguntar al paciente para que nos indique cuándo ha terminado, si procede.

Registrar la ingesta, si resulta oportuno.

Evitar disimular los fármacos con la comida.

Evitar poner bebida o comida en la boca mientras está masticando.

Proporcionar una paja con la bebida, si es necesario o se desea.

Proporcionar alimentos para comer con los dedos, si procede.

Proporcionar las comidas a la temperatura más apetecible.

Evitar distraer al paciente durante la deglución.

Realizar la alimentación sin prisas, lentamente.

Prestar atención al paciente durante la alimentación.

Posponer la alimentación si el paciente estuviera fatigado.

Comprobar que no quedan restos de comida en la boca al final de la comida.

Lavar la cara y las manos después de comer.

Animar a los padres/familia a que alimenten al paciente.

1.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Alimentación enteral por sonda

1056

Definición: Aporte de nutrientes y de agua a través de una sonda gasfromtestinal.

Actividades:

Explicar el procedimiento al paciente.

Insertar una sonda nasogástrica, nasoduodenal o nasoyeyunal de acuerdo con el protocolo del centro.

Aplicar sustancias de anclaje a la piel y fijar el tubo de alimentación con esparadrapo.

Observar si la colocación de la sonda es correcta inspeccionando la cavidad bucal, comprobando si hay residuos gástricos o escuchando durante la inyección y extracción del aire, según el protocolo del centro.

Marcar el tubo en el punto de salida para mantener la colocación correcta.

Confirmar la colocación del tubo mediante rayos X antes de administrar alimentos o medicaciones a través del tubo, según protocolo del centro.

Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4 a 8 horas, si procede.

Vigilar el estado de líquidos y electrolitos.

Consultar con otro miembro del equipo de cuidados acerca de la selección del tipo y concentración de la alimentación enteral.

Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45° durante la alimentación.

Proporcionar tin chupete al niño durante la alimentación, si procede.

Sostener al niño y hablar con él durante la alimentación para estimular las actividades de alimentación habituales.

Al finalizar la alimentación esperar de 30 a 60 minutos antes de colocar al paciente en posición horizontal.

Parar la alimentación por sonda 1 hora antes de realizar algún procedimiento o si el paciente se ha de colocar en una posición con la cabeza a menos de 30°.

Irrigar la sonda cada 4 a 6 horas durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente.

Utilizar una técnica higiénica en la administración de este tipo de alimentación.

Comprobar la frecuencia de goteo por gravedad o la frecuencia de bombeo cada hora.

Retrasar la frecuencia de la alimentación por sonda y/o disminuir la concentración para controlar la diarrea.

Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos.

Comprobar la existencia de residuos cada 4 a 6 horas durante las primeras 24 horas, después cada 8 horas durante la alimentación continuada.

Antes de cada alimentación intermitente, comprobar si hay residuos.

Parar la alimentación por sonda si los residuos son superiores a 150 ml o mayores del 110 al 120% de la frecuencia por hora en los adultos.

Mantener inflado el dispositivo de sujeción del tubo endotraqueal o de traqueotomía durante la alimentación, si es el caso.

Mantener refrigerados los recipientes abiertos de la alimentación enteral.

Cambiar el lugar de introducción y el tubo de infusión según el protocolo del centro.

Lavar la piel alrededor de la zona de contacto del dispositivo diariamente con jabón suave y secar completamente.

Comprobar el nivel de agua del balón del dispositivo en contacto con la piel, de acuerdo con el protocolo de equipos.

Desechar los recipientes de alimentación enteral y los equipos de administración cada 24 horas.

Rellenar la bolsa de alimentación cada 4 horas, según convenga.

Continúa

124 Alimentación enteral por sonda (1056)

Actividades (Cont.):

Observar si hay presencia de sonidos intestinales cada 4-8 horas, según proceda.

Controlar el estado de líquidos y electrolitos.

Controlar mensualmente si hay cambios en el crecimiento (altura/peso), según proceda.

Comprobar el peso tres veces por semana inicialmente, disminuyendo hasta una vez al mes.

Observar si hay signos de edema o deshidratación.

Controlar la ingesta/excreción de líquidos.

Comprobar si la ingesta de calorías, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales es adecuada (o remitir al dietista) dos veces por semana, disminuyendo hasta una vez al mes.

Observar si hay cambios de humor.

Preparar al individuo y a la familia para la alimentación por sonda en casa, si procede.

Controlar el peso como mínimo tres veces por semana, según sea conveniente por la edad.

1.ª edición 1992; 2.ª edición revisada 1996; 3.ª edición revisada 2000; 4.ª edición revisada 2004

Alimentación por biberón

1052

Definición: Preparación y administración de biberones.

Actividades:

Determinar el estado del bebé antes de iniciar la alimentación.

Calentar la fórmula a temperatura ambiente antes de proceder con la alimentación.

Coger al bebé durante la alimentación.

Colocar al bebé en una posición semi-Fowler durante la alimentación.

Hacer eructar al bebé frecuentemente en mitad de la toma y después de la alimentación.

Colocar la tetina en la punta de la lengua.

Controlar la toma de líquidos regulando la blandura de la tetina, el tamaño del orificio y el del biberón.

Aumentar la capacidad de alerta del bebé aflojándole la ropa, acariciando sus manos y pies o hablándole.

Fomentar la succión estimulando el reflejo del instinto, si fuera preciso.

Aumentar la efectividad de la succión comprimiendo las mejillas al unísono, si procediera.

Proporcionar apoyo a la barbilla para disminuir la pérdida de la fórmula y mejorar el cierre de los labios.

Controlar la toma del alimento.

Controlar/evaluar el efecto de succión durante la alimentación.

Vigilar el peso del bebé, cuando proceda.

Hervir la leche no pasteurizada.

Hervir el agua utilizada en la preparación de la fórmula, si se indica.

Instruir a la madre, padre o cuidador en las técnicas de esterilización del equipo de alimentación.

Instruir a la madre, padre o cuidador acerca de la dilución correcta de la fórmula concentrada.

Instruir a la madre o al padre sobre el almacenamiento correcto de la fórmula.

Determinar la fuente de agua utilizada para diluir la fórmula concentrada o en polvo.

Determinar el contenido de fluoruro del agua utilizada para diluir la fórmula concentrada o en polvo, y referir el suplemento del flúor, si estuviera indicado.

Prevenir a la madre, padre o cuidador acerca de la utilización del horno microondas para calentar la fórmula.

Instruir y mostrar a la madre o al padre sobre las técnicas de higiene bucal adecuadas a la dentición del bebé que han de utilizarse después de cada alimentación.

1.ª edición 1992; 3.ª edición revisada 2000

Amnioinfusión

6700

Definición: Infusión de líquido en el útero durante el parto para aliviar la compresión del cordón umbilical o para diluir el líquido manchado de meconio.

Actividades:

Observar si hay señales de volumen inadecuado de líquido amniótico (oligohidramnios, retraso de crecimiento intrauterino asimétrico, embarazo postérmino, anormalidades del tracto urinario fetal conocidas y rotura prolongada de membranas).

Reconocimiento de contraindicaciones potenciales a la amnioinfusión (p. ej., amnionitis, polihidramnios, gestación múltiple, distrés fetal grave, pH del cuero cabelludo fetal < 7,20, anomalía fetal conocida, anomalía uterina conocida).

Observar si hay desaceleraciones cardíacas fetales variables o prolongadas durante la monitorización electrónica Intraparto.

Registrar la presencia de líquido meconio espeso con rotura de membranas.

Asegurar el consentimiento informado.

Preparar el equipo necesario para la amnioinfusión.

Lavado del catéter intrauterino con infusato.

Poner en práctica las precauciones universales.

Colocar el catéter intrauterino mediante técnica estéril.

Calibrar y lavar el catéter después de la colocación teniendo en cuenta las precauciones universales.

Administrar infusión de 500 a 1.000 ml de solución isotónica i.v. rápidamente en la cavidad intrauterina según protocolo o indicaciones del médico.

Colocar al paciente en la posición de Trendelenburg, si procede.

Mantener la infusión continua a los niveles prescritos.

Vigilar las lecturas de presión intrauterina.

Observar las características de líquido de retorno.

Cambiar las compresas perineales, si procede.

Anotar los cambios producidos en el seguimiento de la monitorización electrónica durante el parto.

Observar si hay señales de reacción adversas (sobredistensión uterina, prolapso del cordón umbilical y embolia de líquido amniótico).

Determinar niveles de gases en sangre del cordón en el momento del parto para evaluar la eficacia de la intervención.

Análisis de la situación sanitaria

6520

***Definición:* Detección de riesgos o problemas para la salud por medio de historiales, exámenes y demás procedimientos.**

Actividades:

Determinar la población diana del análisis sanitario.

Dar publicidad de los servicios de análisis sanitario para aumentar el conocimiento público.

Establecer un acceso sencillo a los servicios de análisis (tiempo y lugar).

Programar las citas para mejorar un cuidado eficaz e individualizado.

Utilizar instrumentos de análisis sanitarios válidos y fiables.

Razonar el fundamento y propósito de los análisis sanitarios y del autoseguimiento.

Obtener el consentimiento informado para los procedimientos de análisis sanitarios, cuando proceda.

Disponer intimidad y confidencialidad.

Disponer comodidad durante los procedimientos de análisis.

Obtener el historial sanitario, si procede, que incluya los hábitos sanitarios, factores de riesgo y medicamentos.

Obtener el historial sanitario familiar, si resulta oportuno.

Realizar valoración física, cuando corresponda.

Medir la presión sanguínea, peso, altura, porcentaje de grasa corporal, niveles de colesterol y azúcar en sangre, y realizar análisis de orina, si procede.

Realizar (o remitir para su realización) frotis, mamografía, examen de próstata, ECG, examen testicular y examen de la visión, si procede.

Obtener muestras para análisis.

Completar los registros correspondientes del Departamento de Salud y demás registros para realizar el seguimiento de los resultados anormales, como presión sanguínea alta.

Proporcionar información adecuada sobre el autoseguimiento durante los análisis.

Proporcionar los resultados de los análisis sanitarios al paciente.

Informar al paciente sobre los límites y márgenes de error de las pruebas de análisis específicas.

Asesorar al paciente en el que se han hallado anormalidades sobre las alternativas de tratamiento o sobre la necesidad de realizar más evaluaciones.

Remitir al paciente a otros cuidadores sanitarios, cuando lo requiera el caso.

Establecer un sistema de seguimiento en el paciente con anormalidades.

1.ª edición 1992; 2.ª edición revisada 1996

Análisis de laboratorio a pie de cama

76io

Definición: Realización de análisis de laboratorio a pie de cama o en el sitio de cuidados.

Actividades:

Obtener una preparación/orientación adecuada antes de realizar las pruebas.

Participar en los análisis de ceguera para el color, si es necesario para un análisis particular o según lo requiera el centro.

Participar en programas de pruebas de aptitud, según lo requiera el centro.

Seguir los procedimientos institucionales para la recogida y preservación de muestras, si procede.

Etiquetar las muestras inmediatamente para minimizar el cambio de muestras, si procede.

Utilizar las muestras correspondientes al análisis a pie de cama que ha de realizarse.

Realizar el análisis a pie de cama de las muestras recogidas de forma oportuna.

Poner en práctica precauciones universales al manipular las muestras del análisis.

Almacenar los reactivos de acuerdo con las exigencias del fabricante o según lo establezca el procedimiento seguido por el centro.

Comprobar la fecha de caducidad de cualquier reactivo, incluyendo las tiras de análisis y el contenido de los equipos comerciales para evitar el uso de reactivos caducados.

Seguir las instrucciones del fabricante y los procedimientos del centro en cuanto a la calibración de instrumentos.

Registrar la calibración de instrumentos, según se requiera.

Llevar a cabo controles de calidad de acuerdo con las recomendaciones del fabricante o según lo establezca el procedimiento seguido por el centro.

Registrar los controles de calidad, según se requiera.

Realizar el análisis de acuerdo con las indicaciones del fabricante o según lo establezca el procedimiento seguido por el centro.

Asegurar una sincronización exacta en los análisis que requieran tiempos específicos.

Registrar los resultados de los análisis, según el procedimiento del centro.

Informar sobre resultados anormales o críticos al médico, si procede.

Realizar la limpieza y mantenimiento de los instrumentos de acuerdo con las indicaciones del fabricante, según lo establezca el procedimiento seguido por el centro.

Anotar la limpieza y el mantenimiento realizados, según se requiera.

Informar al paciente sobre los resultados de los análisis, si procede.

Aplicación de calor o frío 1380

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

Actividades:

Explicar la utilización del calor o del frío, la razón del tratamiento y la manera en que afectará a los síntomas del paciente.

Realizar análisis para ver si hay contraindicaciones al calor o al frío, tales como disminución o ausencia de sensibilidad, disminución de la circulación y disminución de la capacidad de comunicación.

Seleccionar un método de estimulación que resulte conveniente y de fácil disponibilidad, como bolsas de plástico herméticas con hielo derretido; paquetes de gel congelado; sobres de hielo químicos; inmersión en hielo; paños o toallas en frigorífico para enfriarlas; botella de agua caliente; almohadilla de calefacción eléctrica; compresas húmedas calientes; inmersión en bañera o en piscina con movimiento de agua; cera de parafina; baño de asiento; bombilla radiante o envoltura de plástico para dar calor.

Determinar la disponibilidad y el buen estado de funcionamiento de todos los equipos utilizados en la aplicación de calor o frío.

Determinar el estado de la piel e identificar cualquier alteración que requiera un cambio de procedimiento o esté contraindicada la estimulación.

Seleccionar el sitio de estimulación, considerando lugares alternativos cuando la aplicación directa no sea posible (adyacente a; distal a; entre las zonas afectadas y el cerebro, y contralateral).

Envolver el dispositivo de aplicación de calor/frío con un paño de protección, si corresponde.

Utilizar un paño humedecido junto a la piel para aumentar la sensación de calor/frío, cuando corresponda.

Enseñar a evitar el daño de tejidos asociado con el calor/frío.

Comprobar la temperatura de la aplicación, especialmente cuando se utilice calor.

Determinar la duración de la aplicación en función de las respuestas verbales, de la conducta y los aspectos biológicos de la persona.

Sincronizar todas las aplicaciones cuidadosamente.

Aplicar calor/frío directamente cerca del sitio afectado, si fuera posible.

Inspeccionar el sitio cuidadosamente por si hubiera signos de irritación dérmica o daño tisular durante los primeros 5 minutos y luego frecuentemente durante el tratamiento.

Evaluar el estado general, la seguridad y la comodidad durante el tratamiento.

Colocar de tal manera que haya movimiento desde la fuente de temperatura, si fuera necesario.

Ordenar no ajustar la temperatura de forma independiente sin instrucciones previas.

Cambiar el sitio de aplicación de frío/calor o cambiar la forma de estimulación, si no se consigue el alivio.

Dejar claro que la aplicación de frío puede resultar brevemente dolorosa, con entumecimiento unos 5 minutos después de la estimulación inicial.

Instruir acerca de las indicaciones, frecuencia y procedimiento de la aplicación.

Enseñar a evitar lesiones en la piel después de la estimulación.

Evaluar y documentar la respuesta a la aplicación de calor/frío.

Apoyo a la familia

7140

Definición: Estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares.

Actividades;

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

Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.

Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico.

Ofrecer una esperanza realista.

Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.

Facilitar la comunicación de inquietudes/sentimientos entre el paciente y la familia o entre los miembros de la misma.

Favorecer una relación de confianza con la familia.

Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.

Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas.

Orientar a la familia sobre el ambiente de cuidados sanitarios, como un centro hospitalario o una clínica.

Proporcionar ayuda para cubrir las necesidades básicas de la familia, como techo, comida y vestimenta.

Identificar la naturaleza del apoyo espiritual para la familia.

Identificar el grado de coherencia entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales de cuidados.

Reducir las discrepancias entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales de cuidados mediante el uso de técnicas de comunicación.

Ayudar a los miembros de la familia a identificar y resolver conflictos de valores.

Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia para resolver problemas.

Reforzar a la familia respecto a sus estrategias para enfrentarse a los problemas.

Asesorar a los miembros de la familia sobre las técnicas eficaces adicionales para su propio uso de resolución de problemas.

Proporcionar recursos espirituales a la familia, según lo precisen.

Proporcionar información frecuente a la familia acerca de los progresos del paciente, de acuerdo con los deseos del mismo.

Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados.

Proporcionar a la familia el conocimiento necesario acerca de las opciones que les puedan ayudar en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente.

Incluir a los miembros de la familia junto con el paciente en la toma de decisiones acerca de los cuidados, cuando resulte apropiado.

Animar la toma de decisiones familiares en la planificación de los cuidados del paciente a largo plazo que afecten a la estructura y a la economía familiar.

Reconocer la comprensión de la decisión familiar acerca de los cuidados posteriores al alta.

Ayudar a la familia a adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados del paciente.

Abogar por la familia, si procede.

Apoyar a la familia adoptiva facilitándole información, si es el caso.

Facilitar oportunidades de visita a los miembros de la familia, según corresponda.

Presentar la familia a otras familias que estén pasando por experiencias similares, si procede.

Brindar cuidados al paciente en lugar de la familia para relevarla y también cuando ésta no pueda ocuparse de los cuidados.

Disponer cuidados intermitentes progresivos, cuando se indique y se desee.

Facilitar oportunidades de apoyo de grupos del mismo tipo.

Remitir a terapia familiar, si está indicado.

Informar a la familia cómo puede ponerse en contacto con el cuidador.

Ayudar a los miembros de la familia durante los procesos de muerte y pena, si procede.

1.ª edición 1992; 2.ª edición revisada 1996

Apoyo al cuidador principal

7040

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

Actividades:

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

Apoyo de hermanos

7280

Definición: Ayudar al hermano del paciente con una enfermedad/estado crónico/discapacidad a enfrentarse a ello.

Actividades:

- Explorar los conocimientos del hermano acerca de la enfermedad del paciente.
- Estimar el estrés del hermano relacionado con el estado de la enfermedad del paciente.
- Estimar la capacidad de hacer frente a la enfermedad/discapacidad del paciente.
- Facilitar la conciencia de los miembros de la familia sobre los sentimientos del hermano.
- Proporcionar información acerca de las respuestas del hermano y de lo que los demás miembros de la familia pueden hacer para ayudar.
- Realizar el rol de defensa del hermano (en caso de situaciones que amenacen la vida cuando la ansiedad es grande y los padres u otros miembros de la familia son incapaces de representar su papel).
- Reconocer que cada uno de los hermanos responde de forma diferente.
- Animar a los padres u otros miembros de la familia a proporcionar información sincera al hermano.
- Animar a los padres a establecer el cuidado de los hermanos pequeños en su propia casa, si fuera posible.
- Ayudar al hermano a mantener y/o modificar sus rutinas y actividades de la vida diaria, si es necesario.
- Fomentar la comunicación entre el hermano y el enfermo.
- Valorar a cada niño individualmente, evitando comparaciones.
- Ayudar al niño a ver las diferencias/semejanzas entre él y el hermano con necesidades especiales.
- Animar al hermano a visitar al hermano o hermana enfermo.
- Explicar al hermano visitante los cuidados que se están realizando al enfermo.
- Animar al hermano a que participe en el cuidado del enfermo, si resulta oportuno.
- Enseñar al hermano las maneras correctas de relacionarse con el hermano o hermana afectado.
- Permitir a los hermanos que resuelvan sus propias dificultades.
- Reconocer y respetar al hermano que pueda no estar emocionalmente preparado para visitar a un hermano o hermana enfermo.
- Respetar la desgana del hermano a estar o incluir al niño con necesidades especiales en las actividades.
- Fomentar el mantenimiento de las formas de interacción de los padres o de la familia.
- Ayudar a los padres a ser justos en cuanto a disciplina, recursos y atención.
- Ayudar al hermano a clarificar y explorar las preocupaciones.
- Utilizar dibujos, títeres y juegos dramatizados para determinar cómo percibe los sucesos el hermano pequeño.
- Clarificar la inquietud del hermano pequeño de contraer la enfermedad del niño afectado y desarrollar estrategias para enfrentarse a la inquietud.
- Enseñar la patología de la enfermedad al hermano, según la etapa de desarrollo y el estilo de aprendizaje.
- Utilizar sustitutos concretos para el hermano que no es capaz de visitar a su hermano o hermana enfermo (fotos y vídeos).
- Explicar a los hermanos pequeños que ellos no son la causa de la enfermedad.
- Enseñar a los hermanos las estrategias para cumplir con sus propias necesidades emocionales y de desarrollo.
- Elogiar a los hermanos cuando han sido pacientes, se han sacrificado o han sido especialmente útiles.
- Conocer la fuerza personal que tienen los hermanos, así como sus habilidades, para enfrentarse con éxito al estrés.
- Disponer la derivación a grupos de hermanos similares, si procede.

Disponer la remisión de recursos comunitarios para el hermano, si es necesario.

Comunicar la situación al cuidador de la escuela para fomentar el apoyo de los hermanos pequeños, de acuerdo con los deseos de los padres.

1.ª edición 1992; 3.ª edición revisada 2000

Apoyo emocional

5270

***Definición:* Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.**

Actividades:

Comentar la experiencia emocional con el paciente.

Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.

Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.

Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.

Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.

Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza.

Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos.

Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.

Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente.

Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.

Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

No exigir demasiado del funcionamiento cognoscitivo cuando el paciente esté enfermo o fatigado.

Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

1.ª edición 1992; 4.ª edición revisada 2004

Apoyo en la protección contra abusos **6400**

Definición: Identificación de las relaciones y acciones dependientes de alto riesgo para evitar que aumenten los daños físicos o emocionales.

Actividades:

- Identificar al adulto con un historial de infancia infeliz asociada con abusos, rechazo, exceso de crítica, o sentimientos de inutilidad y falta de amor cuando fue niño.
- Identificar al adulto que tenga dificultad para confiar en los demás o que sienta que no es apreciado por los demás.
- Determinar si el individuo siente que la solicitud de ayuda constituye un indicio de incompetencia personal.
- Determinar el nivel de aislamiento social en la situación familiar.
- Determinar si la familia necesita ayuda periódica en sus responsabilidades de cuidado.
- Identificar si el adulto con riesgos tiene amigos íntimos o familia disponible para ayudar con los niños cuando sea necesario.
- Determinar la relación entre esposos.
- Determinar si los adultos son capaces de hacerse cargo el uno del otro cuando uno de ellos se encuentre demasiado tenso, cansado o irascible para tratar con el miembro familiar dependiente.
- Determinar si el niño/adulto dependiente es visto de manera diferente por un adulto según el sexo, aspecto o comportamiento.
- Identificar las situaciones de crisis que puedan desencadenar los abusos, tales como pobreza, desempleo, divorcio o muerte de un ser querido.
- Observar si hay signos de dejadez en familias de alto riesgo.
- Observar si el niño/adulto dependiente enfermo o lesionado presenta signos de abuso.
- Escuchar las explicaciones sobre la forma en que se produjeron la enfermedad o las lesiones.
- Determinar si la explicación de la causa de la lesión es inconsistente entre los implicados.
- Animar el ingreso del niño/adulto dependiente para una observación e investigación más profundas, si procede.
- Registrar las horas y la duración de las visitas durante la hospitalización.
- Observar las interacciones entre padres e hijos y registrar las observaciones, si resulta apropiado.
- Observar las reacciones débiles o exageradas por parte del adulto.
- Observar si el niño/adulto dependiente demuestra obediencia extrema, como sumisión pasiva a los procedimientos hospitalarios.
- Observar si el niño presenta inversión de roles, como consolar al padre, o un comportamiento muy activo o agresivo.
- Escuchar atentamente al adulto que comienza a hablar de sus propios problemas.
- Escuchar los sentimientos de la embarazada sobre el embarazo y sobre las expectativas del niño no nacido aún.
- Controlar las reacciones de los nuevos padres hacia el bebé, observando si hay sentimientos de disgusto, miedo o expectativas irreales.
- Observar si el padre coge al recién nacido con los brazos extendidos, se siente incómodo al manipular al bebé o pide ayuda en exceso.
- Observar si se repiten las visitas a la clínica, a urgencias o a la consulta del médico por problemas menores.
- Observar si hay un deterioro progresivo del cuidado físico y emocional del niño/adulto dependiente en el seno familiar.
- Observar si el niño no se muestra saludable, o si presenta depresión, apatía, retraso en el desarrollo o malnutrición.

Continúa

Actividades (Cont):

Determinar las expectativas que tiene el adulto sobre el niño para determinar si los comportamientos esperados son realistas.

Instruir a los padres sobre expectativas realistas acerca del niño según el nivel de desarrollo.

Establecer una compenetración entre familias que tengan un historial de abusos para una evaluación y apoyo a largo plazo.

Ayudar a las familias a identificar las estrategias a seguir en situaciones de estrés.

Instruir a los miembros adultos de la familia sobre los signos de abuso.

Remitir al adulto con riesgo a especialistas.

Informar al médico sobre las observaciones que indiquen abusos.

Informar de cualquier situación en la que se sospeche de abusos a las autoridades correspondientes.

Remitir al adulto a casas de acogida en el caso de esposas maltratadas, si procede.

Remitir a los padres a Padres Anónimos para que reciban apoyo de grupo, si está indicado.

Animar al paciente a contactar con la policía cuando su seguridad física está amenazada.

Informar al paciente de las leyes y los servicios relacionados con el abuso.

Apoyo en la protección contra abusos: ancianos

6404

Definición: Identificación del alto riesgo en las relaciones dependientes del anciano y acciones para evitar posibles daños físicos, sexuales o emocionales; abandono de las necesidades vitales básicas, o la explotación.

Actividades:

- Identificar a los pacientes mayores que se vean a sí mismos como dependientes de encargados de cuidados debido a un estado de salud deteriorado, deterioro funcional, recursos económicos limitados, depresión, abuso de sustancias, o falta de conocimiento acerca de recursos y alternativas de cuidados disponibles.
- Identificar las disposiciones de cuidados que se han realizado o seguir bajo coacción (coerción, encierro, reclusión) sólo con una consideración mínima de las necesidades de cuidados del anciano; capacidad, características y responsabilidades competentes de los cuidadores; necesidad de acomodación ambiental, y el historial y calidad de las relaciones entre el anciano y los cuidadores.
- Identificar las situaciones de crisis en la familia que puedan desencadenar el abuso, como la pobreza, el desempleo, el divorcio, la falta de hogar o la muerte de un ser querido.
- Determinar si el paciente mayor y el cuidador disponen de una red de apoyo social funcional para asistir al paciente, realizar las actividades de la vida diaria y obtener cuidados sanitarios, transporte, terapia, medicinas, información de recursos comunitarios, asesoramiento financiero y ayuda con los problemas personales.
- Identificar a los pacientes ancianos que dependan de un solo cuidador o unidad familiar para disponer de asistencia y control de cuidados físicos amplios.
- Identificar a los cuidadores que muestren una salud física o mental disminuida, abuso de sustancias, depresión, fatiga, problemas o dependencia económicos, lesiones que hayan sido infligidas por el paciente, falta de comprensión de las necesidades o estado del paciente, intolerancia o actitudes muy críticas hacia el paciente, agotamiento del cuidador, lesiones de espalda ocasionadas por levantar objetos sin ayuda, abandono del paciente, o que lo amenacen con la hospitalización, institucionalización o con procedimientos dolorosos.
- Identificar a los cuidadores familiares que tienen un historial de abusos o bien abandono durante la infancia.
- Identificar las explicaciones del cuidador sobre las lesiones del paciente que fueran improbables o inconsistentes, que alegan autolesiones, culpan a los demás, incluyen actividades que están más allá de las posibilidades físicas del paciente, o demuestran retrasos en la búsqueda de tratamiento.
- Determinar si el paciente mayor muestra signos de abusos físicos, incluyendo existencia de numerosas lesiones producidas en diversas etapas de curación; laceraciones inexplicables, abrasiones, magulladuras o quemaduras; fracturas inexplicables, traumatismos despuntados, zonas sin pelo en la cabeza o un cuero cabelludo dolorido, y marcas de mordeduras humanas.
- Determinar si el paciente mayor muestra signos de abandono, incluyendo problemas de higiene; vestimenta inadecuada (rota, sucia) o privación de ropa o calzado abrigados; lesiones de la piel sin tratar; contracturas, integridad de la piel disminuida, problemas por posición en decúbito; malnutrición o falta de adhesión a la dieta prescrita; falta de ayuda, o inadecuada, en la movilidad y percepción (bastones, vasos, asistencia con la audición); falta de dentadura postiza o dientes fracturados o cariados; excoriaciones perianales y arañazos en la piel; problemas de salud sin tratar o ingresos repetidos debidos a inadecuada vigilancia de cuidados sanitarios; infestación con bichos; falta de medicación o administración de sedantes en exceso, y falta de contacto social.
- Determinar si el paciente anciano muestra signos de abuso sexual, incluyendo la presencia de semen o sangre seca; lesiones en los genitales externos, vagina, ano; enfermedades de transmisión sexual, o comportamiento dramático o cambios de salud de etiología indeterminada.
- Determinar si el paciente mayor muestra signos de abuso emocional, incluyendo baja autoestima, depresión, humillación y sentimiento de derrota; comportamiento muy precavido con respecto al cuidador; agresión contra sí mismo o actitudes suicidas.
- Determinar si el paciente mayor muestra signos de explotación, como provisión inadecuada de las necesidades básicas cuando se dispone de recursos adecuados; privación de posesiones personales; pérdida inexplicada de los cheques de la Seguridad Social o de la pensión; evidencia de que los activos personales son cogidos sin consentimiento o aprobación o por medio de la utilización de una influencia indebida; o un cliente que muestra falta de conocimiento de las finanzas personales o asuntos legales, incluyendo custodia y poderes de abogados.

Continúa

Actividades (Cont.):

- Animar el ingreso del paciente para una mejor observación e investigación, cuando corresponda.
- Observar las interacciones paciente-cuidador y registrarlas.
- Determinar si los síntomas agudos del paciente remiten cuando es separado del cuidador.
- Determinar si los cuidadores tienen esperanzas no realistas sobre el comportamiento del paciente o si tienen atribuciones negativas hacia éste.
- Observar si hay una extrema sumisión a las exigencias de los cuidadores o una sumisión pasiva a procedimientos invasivos.
- Observar si se repiten las visitas a clínicas, urgencias o consultas del médico por lesiones «accidentales», inadecuado seguimiento de cuidados sanitarios, vigilancia inadecuada o inadecuada adaptación al ambiente.
- Proporcionar al paciente una afirmación positiva sobre su valía y permitirle expresar sus preocupaciones y sentimientos, que pueden incluir miedo, culpa, vergüenza, y culparse a sí mismo.
- Ayudar al cuidador a explorar sus sentimientos acerca de parientes o pacientes durante el cuidado e identificar los factores que molestan y parecen contribuir a un comportamiento de abuso y dejadez.
- Ayudar al paciente a identificar las disposiciones de cuidados inadecuadas y dañinas, y ayudarle a él y a los miembros de su familia a identificar los mecanismos de tratamiento de estos problemas.
- Tratar las preocupaciones sobre observaciones de indicadores de riesgo con el paciente anciano y con el cuidador por separado.
- Determinar el conocimiento y capacidad del paciente y del cuidador para cumplir con las necesidades de cuidado y de seguridad del paciente, y proporcionar una enseñanza adecuada.
- Ayudar al paciente y a su familia a identificar estrategias para superar las situaciones estresantes, incluyendo la difícil decisión de suspender la asistencia de cuidados en casa.
- Determinar las desviaciones del envejecimiento normal y señalar los signos y síntomas precoces de mala salud a través de análisis sanitarios regulares.
- Promover una máxima independencia y autocuidado mediante estrategias de enseñanza innovadoras y el uso de repeticiones, práctica, refuerzo y ritmo de aprendizaje individualizado.
- Proporcionar valoraciones y recomendaciones ambientales para la adaptación del hogar que promueva una autoconfianza física o remitirse a las instituciones apropiadas para solicitar ayuda.
- Ayudar a restablecer una completa gama de actividades de la vida diaria, según sea posible.
- Enseñar los beneficios de un régimen de rutina de la actividad física, proporcionar regímenes de ejercicios personalizados, y remitirse a la terapia física o a programas de ejercicios, según corresponda, para evitar la dependencia.
- Desarrollar estrategias que potencien el pensamiento crítico, la toma de decisiones y la memoria.
- Proporcionar una guía de cuidados sanitarios públicos para asegurar que el ambiente del hogar es controlado y que el paciente recibe asistencia continua.
- Proporcionar referencias para que los pacientes y sus familias acudan a profesionales de los servicios sociales y de asesoramiento.
- Proporcionar recursos comunitarios a los pacientes mayores y a los cuidadores, incluyendo direcciones y números de teléfono de las instituciones que proporcionan servicios de asistencia a ancianos; cuidados sanitarios, en casa, en residencias, con descansos, y de urgencias, residencias, transporte; tratamiento del consumo de sustancias de abuso, servicios de asesoría antirresbalones, asistencia sanitaria y servicios personales; despensas de alimentos y unidades de alimentación móviles; centros de distribución de ropas, y líneas telefónicas de atención.
- Prevenir a los pacientes para que sus cheques de la Seguridad Social o pensiones sean depositados directamente, que no acepten cuidados personales a cambio de transferencia de activos, y no firmen documentos o realicen arreglos financieros antes de disponer de consejo legal.
- Animar a los pacientes y a sus familias a planificar por adelantado las necesidades de cuidado, incluyendo a la persona que asumirá la responsabilidad si el paciente quedara incapacitado, y la manera de explorar las capacidades, preferencias y opciones para los cuidados.

Consultar con los recursos de la comunidad.

Informar al médico sobre las observaciones que indiquen abusos o abandono.

Informar si se sospecha de abusos o abandono a las autoridades correspondientes.

2.ª edición 1996; 3.ª edición revisada 2000; 4.ª edición revisada 2004

Apoyo en la protección contra abusos: cónyuge

6403

***Definición:* Identificación de las relaciones y acciones domésticas dependientes de alto riesgo para prevenir que se inflija posterior daño físico, sexual o emocional, o la explotación de uno de los cónyuges.**

Actividades:

Investigar si existen factores de riesgo asociados con el abuso doméstico (p. ej., historial de violencia doméstica, abusos, rechazo, exceso de crítica o sentimientos de inutilidad y falta de amor; dificultad para confiar en los demás o sentimientos de falta de aprecio de los demás; sensación de que la solicitud de ayuda constituye un indicio de incompetencia personal; necesidad de cuidado físico; muchas responsabilidades de cuidado familiar; abuso de sustancias; depresión; enfermedades psiquiátricas importantes; aislamiento social; mala relación entre los cónyuges; muchos matrimonios; embarazo; pobreza; desempleo; dependencia financiera; falta de hogar; infidelidad; divorcio, o muerte de un ser querido).

Investigar si existen síntomas de abuso doméstico (p. ej., numerosas lesiones accidentales, múltiples síntomas somáticos, dolor abdominal crónico, cefaleas crónicas, dolor pélvico, ansiedad, depresión, síndrome de estrés posttraumático y otras alteraciones psiquiátricas).

Observar si hay signos y síntomas de abuso físico (p. ej., numerosas lesiones en distintas etapas de curación; laceraciones, hematomas o contusiones en cara [especialmente periorbitarios], boca, torso, espalda, nalgas o extremidades superiores sin explicación; fracturas inexplicables de cráneo, nariz, costillas o cadera; zonas sin cabellos en la cabeza o un cuero cabelludo dolorido; magulladuras o excoriaciones en las muñecas o en los tobillos u otras marcas de ataduras; contusiones «defensivas» en los antebrazos, y marcas de mordeduras humanas).

Observar si hay signos y síntomas de abuso sexual (p. ej., presencia de semen o de sangre seca; lesiones en los genitales externos, la vagina, el ano o las zonas peneanas; solicitar que se comprueben los latidos del corazón del feto; enfermedades de transmisión sexual, o comportamiento dramático o cambios de salud de etiología indeterminada).

Observar si hay signos y síntomas de abuso emocional (p. ej., baja autoestima, depresión, humillación y sentimientos de derrota; comportamiento muy precavido respecto al cónyuge; agresión contra sí mismo o actitudes suicidas).

Observar si hay signos y síntomas de explotación (p. ej., provisión inadecuada de las necesidades básicas cuando se dispone de recursos adecuados; privación de posesiones personales; pérdida inexplicada de los cheques de ayuda social; evidencia de que los activos personales son cogidos sin consentimiento o aprobación o por medio de utilización de una influencia indebida, o falta de conocimiento de las finanzas personales o asuntos legales).

Documentar la evidencia de abusos físicos o sexuales utilizando herramientas estandarizadas de valoración y fotografías.

Escuchar atentamente al individuo que empieza a hablar acerca de sus propios problemas.

Identificar incongruencias en la explicación de la causa de las lesiones.

Determinar la correlación entre el tipo de lesión y la descripción de la causa.

Entrevistar al paciente, en ausencia del cónyuge, y/o a alguna otra persona que conozca la situación acerca del presunto abuso en ausencia del cónyuge.

Alentar el ingreso del paciente para una mejor observación e investigación, cuando corresponda.

Observar las interacciones del cónyuge y registrarlas, cuando corresponda (p. ej., registrar las horas y la duración de las visitas del cónyuge durante la hospitalización, reacciones débiles o exageradas por parte del cónyuge).

Observar si el individuo muestra una excesiva sumisión, tal como someterse de forma pasiva a los procedimientos del hospital.

Observar si hay un deterioro progresivo del estado físico y/o emocional de los individuos.

Observar si se repiten las visitas a clínicas, urgencias o consultas al médico por problemas menores.

Establecer un sistema para efectuar los registros de individuos cuando se sospecha que existen abusos.

Proporcionar afirmaciones positivas sobre la valía.

Animar la expresión de preocupaciones y sentimientos, incluyendo miedo, culpabilidad, desconcierto y autculpabilidad.

Proporcionar apoyo para que las víctimas tomen medidas y realicen cambios para evitar represalias posteriores.

Ayudar a los individuos y a sus familias a desarrollar estrategias con el fin de superar las situaciones estresantes.

Ayudar a los individuos y a sus familias a evaluar objetivamente la fuerza y la debilidad de las relaciones.

Remitir a los individuos con riesgo de abuso o a aquellos que los hayan sufrido a especialistas y servicios apropiados (p. ej., servicios de salud pública, servicios humanos, asesoramiento, asistencia legal).

Remitir al cónyuge que abusa a especialistas y servicios apropiados.

Proporcionar información confidencial respecto a los albergues para personas que sufren violencia doméstica, según corresponda.

Iniciar el desarrollo de un plan de seguridad para utilizar si la violencia se intensifica.

Informar de cualquier situación donde se sospeche de abuso de acuerdo con las leyes de información obligatoria.

Iniciar programas de educación de la comunidad diseñados para disminuir la violencia.

Observar el uso de recursos de la comunidad.

3.ª edición 2000; 4.ª edición revisada 2004

Apoyo en la protección contra abusos: niños

6402

Definición: Identificación de las relaciones y acciones del rano dependiente de alto riesgo para evitar la posibilidad de que se le inflijan daños físicos, sexuales o emocionales, o se abandonen las necesidades vitales básicas.

Actividades:

Identificar a las madres con un historial de cuidados prenatales tardíos (4 meses o más) o ningún cuidado prenatal.

Identificar a los padres a quienes hayan retirado la custodia de otro niño o que hayan dejado a niños anteriores con parientes durante prolongados períodos de tiempo.

Identificar a los padres con un historial de abusos, depresión o enfermedad psiquiátrica importante.

Identificar a los padres que demuestren un aumento de necesidad de educación paterna (padres con problemas de aprendizaje, padres que manifiesten sentimientos de insuficiencia, padres de un primer niño, padres adolescentes).

Identificar a los padres con un historial de violencia doméstica o una madre con historial de numerosas lesiones «accidentales».

Identificar a los padres con un historial de infancia infeliz asociada con abusos, rechazo, exceso de críticas, o sentimientos de inutilidad y falta de amor.

Identificar las situaciones de crisis que puedan motivar abusos (pobreza, desempleo, divorcio, falta de hogar y violencia doméstica).

Determinar si la familia dispone de una red de apoyo social intacta que ayude con los problemas familiares, con la falta de cuidados al niño y los cuidados del niño en crisis.

Identificar a los bebés/niños con necesidades de muchos cuidados (precocidad, bajo peso al nacer, cólicos, intolerancia a la alimentación, problemas de salud importantes durante el primer año de vida, discapacidades de desarrollo, hiperactividad y trastornos de déficit de atención).

Estudiar las explicaciones de la persona que se encarga del niño sobre las lesiones que sean improbables o inconsistentes, y sobre las que alegan autolesión, se culpa a otro niño, o se tarda en buscar tratamiento.

Determinar si el niño muestra señales de abuso físico, incluyendo numerosas lesiones en distintas etapas de curación; hematomas y señales de azotes sin explicación; comportamientos sin explicación, inmersión y quemaduras por fricción; fracturas faciales, espirales, de caña, o múltiples; laceraciones y abrasiones faciales sin explicación; marcas de mordedura humana; hemorragia intracraneal, subdural, intraventricular e infraocular; síndrome del niño sacudido por latigazos, y enfermedades que sean resistentes al tratamiento y/o tengan signos y síntomas cambiantes.

Determinar si el niño muestra signos de abandono, incluyendo esquemas de crecimiento deficientes o inconsistentes, falta de crecimiento, deterioro del tejido subcutáneo, hambre, mala higiene, constante fatiga e indiferencia, zonas de calvicie en el cuero cabelludo u otras afecciones de la piel, apatía, postura corporal sin flexibilidad y vestimenta inadecuada para las condiciones de la estación.

Determinar si el niño muestra signos de abuso sexual, incluyendo dificultad al caminar o sentarse; ropa interior rasgada, manchada o con sangre; genitales enrojecidos o traumatizados; laceraciones anales o vaginales; infecciones recurrentes del tracto urinario; pobre tono del esfínter; enfermedades de transmisión sexual; embarazo; comportamiento promiscuo o prostitución; historial de fugas de casa, repentina pérdida o aumento masivo de peso, autoagresión, comportamiento dramático o cambios de salud de etiología indeterminada.

Determinar si el niño muestra signos de abuso emocional, incluyendo retrasos en el desarrollo físico, trastornos de hábitos, trastornos de aprendizaje de conducta, reacciones de características neuróticas/psiconeuróticas, comportamientos extremos, retrasos del desarrollo cognitivo e intentos de suicidio.

Animar la admisión del niño para una mejor observación e investigación, si es preciso.

Registrar las horas y duración de las visitas durante la hospitalización.

Controlar las interacciones padres-niño y registrar las observaciones.

Determinar si los síntomas agudos del niño remiten cuando el niño es separado de su familia.

- Determinar si los padres tienen expectativas irreales sobre el comportamiento del niño o si tienen un enfoque negativo sobre el comportamiento del niño.
- Observar al niño por si hubiera una obediencia extrema, tal como sometimiento pasivo a los procedimientos invasivos.
- Vigilar al niño por si hubiera inversión de papeles, tal como consolar a los padres, o comportamiento hiperactivo o agresivo.
- Escuchar los sentimientos de la mujer embarazada sobre el embarazo y las expectativas sobre el bebé por nacer.
- Observar las reacciones de los nuevos padres hacia su bebé, observando si hay sentimientos de disgusto, miedo o desilusión por el sexo.
- Observar si uno de los padres coge al bebé con los brazos extendidos, maneja al bebé de manera torpe, solicita excesiva ayuda y manifiesta o muestra incomodidad con los cuidados al niño.
- Observar si se repiten las visitas a la clínica, urgencias o consulta del médico por problemas menores.
- Establecer un sistema para señalar los registros de niños sospechosos de ser víctimas de abusos o abandono.
- Observar si hay un deterioro progresivo del estado físico o emocional del bebé/niño.
- Determinar el conocimiento de los padres de las necesidades de cuidados básicos del niño y proporcionar información acerca de cuidados adecuados al niño, como se indique.
- Instruir a los padres sobre la solución de problemas, toma de decisiones y capacidad para ejercer de padres y criar al niño, o remitir a los padres a programas en los que se enseñen estas capacidades.
- Ayudar a las familias a determinar las estrategias para enfrentarse a situaciones estresantes.
- Proporcionar a los padres información para sobrellevar el prolongado llanto del niño, destacando que no deben sacudir al bebé.
- Proporcionar a los padres métodos de castigo no corporal para disciplinar al niño.
- Facilitar a las mujeres embarazadas y sus familias información sobre los efectos de fumar, la mala nutrición y el abuso de sustancias sobre la salud del bebé y la suya propia.
- Implicar a los padres y al niño en ejercicios de construcción de acercamiento.
- Facilitar a los padres e hijos adolescentes información sobre la toma de decisiones y capacidad de comunicación y remitir a los servicios de asesoramiento de la juventud, si procede.
- Proporcionar a los niños mayores información sobre el aporte de necesidades de cuidados básicos a sus hermanos menores.
- Proporcionar a los niños afirmaciones positivas de su valía, cuidados de nutrición, comunicación y estimulación del desarrollo.
- Proporcionar a los niños que hayan sufrido abuso sexual la afirmación de que el abuso no ha sido por su culpa y permitirles expresar sus preocupaciones a través de la terapia adecuada a su edad.
- Remitir a las mujeres embarazadas de riesgo y a los padres del recién nacido a los servicios de atención domiciliaria.
- Proporcionar a las familias de riesgo una referencia de Servicios de Salud Pública para asegurarse de que el ambiente hogareño es observado, los hermanos son evaluados y las familias reciben asistencia continua.
- Remitir a las familias a los servicios humanos y profesionales de asesoramiento, si es necesario.
- Proporcionar a los padres información de fuentes comunitarias que incluyan direcciones y teléfonos de centros que dispongan de cuidados continuos, cuidados de emergencia del niño, ayuda con la casa, tratamiento de abuso de sustancias, servicios de asesoramiento, de desplazamiento gratuito, despensas de alimentos, centros de distribución de ropas, cuidados sanitarios, servicios humanos, líneas de asistencia y refugios de abusos domésticos.
- Informar al médico de las observaciones que indican abusos o abandono.
- Informar sobre la sospecha de abusos o abandono a las autoridades correspondientes.
- Remitir al padre o la madre que haya sufrido malos tratos y los niños con riesgo a una casa de acogida.
- Remitir a los padres a una organización para apoyo de grupos, si procede.

Apoyo en la protección contra abusos: religioso 6408

Definición: Identificación de las relaciones y acciones religiosas dominantes de alto riesgo para evitar que se inflijan daños y/o explotación física, sexual o emocional.

Actividades:

Identificar a los individuos dependientes de un «líder» religioso debido al desarrollo religioso debilitado o alterado, deterioro mental o emocional, depresión, abuso de sustancias, ausencia de recursos sociales o financieros.

Identificar los patrones de conducta, creencias y sentimientos religiosos de una persona que puede ser «controlada» por otra.

Identificar la historia de abuso religioso y/o ritual en cuanto a iglesia/familia, métodos de resolución de problemas y de enfrentamiento, estabilidad emocional, grado de persuasión y técnicas de manipulación utilizadas y adicción religiosa.

Determinar si el individuo muestra señales de abuso físico, abuso emocional, explotación o adicción religiosa.

Observar las interacciones entre el individuo y el «líder», anotando el nivel de obediencia exigido, tolerancia hacia las diferencias, técnicas de persuasión y de manipulación empleadas, métodos adecuados a la madurez, contenido y sentido de principio de «amor»/fuerza de vida/divinidad.

Determinar si el individuo tiene una red religiosa funcional para ayudar a encontrar las necesidades de pertenencia, atención y trascendencia de manera saludable.

Ofrecer servicios de oración y sanación de la persona y para la curación del pasado generacional de la familia/congregación.

Ayudar a identificar recursos para encontrar la seguridad «religiosa» y el apoyo del individuo y del grupo.

Proporcionar apoyo interpersonal sobre una base regular, según sea necesario.

Remitir a un servicio de asesoramiento religioso apropiado.

Remitir a un especialista profesional si se sospecha de abuso de rituales mágicos y/o satánicos.

Informar de la sospecha de abusos a las autoridades eclesíásticas y/o legales oportunas.

Apoyo en la toma de decisiones

5250

Definición: Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.

Actividades:

Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y el punto de vista de los cuidadores sanitarios sobre la condición del paciente.

Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.

Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo.

Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.

Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso.

Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.

Obtener el consentimiento válido, cuando se requiera,

Facilitar la toma de decisiones en colaboración.

Familiarizarse con la política y los procedimientos del centro.

Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.

Proporcionar la información solicitada por el paciente.

Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas.

Servir de enlace entre el paciente y la familia.

Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios.

Utilizar *software* informático interactivo o ayudas de decisión basadas en internet como complemento al apoyo profesional.

Derivar al asesor jurídico, si procede.

Remitir a grupos de apoyo, si procede.

I." edición 1992; 5.' edición revisada 2008

Apoyo espiritual

5420

Definición: Ayuda al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias.

Actividades:

Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía.

Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual, si procede.

Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual.

Tratar al individuo con dignidad y respeto.

Favorecer la revisión vital a través de la reminiscencia.

Animar a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás.

Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.

Fomentar la participación en grupos de apoyo.

Enseñar métodos de relajación, meditación e imaginación guiada.

Compartir las propias creencias sobre significado y propósito, si procede.

Compartir la propia perspectiva espiritual, si procede.

Dar oportunidades para discutir sobre diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo.

Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo.

Concertar visitas por un consejero espiritual individual.

Rezar con el individuo.

Proporcionar música, literatura o programas de radio o TV espirituales al individuo.

Estar abierto a las expresiones del individuo de soledad e impotencia.

Alentar la asistencia a servicios religiosos, si se desea.

Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea.

Proporcionar los objetos espirituales deseados, de acuerdo con las preferencias del individuo.

Remitir al asesor espiritual de la elección del individuo.

Utilizar técnicas de clarificación de valores para ayudar al individuo a clarificar sus creencias y valores, si procede.

Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo.

Expresar simpatía con los sentimientos del individuo.

Facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo.

Escuchar atentamente la comunicación del individuo, desarrollar un sentido de oportunismo para la oración o rituales espirituales.

Asegurar al individuo que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.

Estar abierto a los sentimientos del individuo acerca de la enfermedad y la muerte.

Ayudar al individuo a expresar y liberar la ira de forma adecuada.

Apoyo para la consecución del sustento **7500**

Definición: Ayuda a una persona/familia necesitada para encontrar alimentos, vestidos y alojamiento.

Actividades:

- Determinar la suficiencia de la situación económica del paciente.
- Determinar la suficiencia de los suministros alimenticios en el hogar.
- Informar a la persona/familia acerca del acceso a despensas locales de alimentos y a programas de comida gratuita.
- Informar a la persona/familia acerca del acceso a alojamiento de rentas bajas y a los programas de subsidios.
- Informar sobre las leyes y las protecciones del alquiler.
- Informar a la persona/familia acerca de los programas de alojamientos de emergencia disponibles.
- Disponer el transporte a refugios de alojamiento de emergencia.
- Discutir con la persona/familia los centros de servicio de empleo disponibles.
- Arreglar el traslado de la persona/familia a los servicios de empleo, si fuera necesario.
- Informar a la persona/familia acerca del centro que provea asistencia de vestimenta.
- Arreglar el traslado de la persona/familia a la institución que provee la asistencia de vestimenta, si es necesario.
- Informar a la persona/familia sobre los programas institucionales de apoyo, como la Cruz Roja, Caritas, según cada caso.
- Discutir con la persona/familia el apoyo de ayuda económica disponible.
- Ayudar a la persona/familia a cumplimentar los formularios de asistencia, como los de ayuda de alojamiento o económica.
- Informar a la persona/familia acerca de las clínicas gratuitas disponibles.
- Ayudar a la persona/familia a obtener asistencia de las clínicas gratuitas.
- Informar a la persona/familia sobre los requisitos de elección de cupones de comidas.
- Informar a la persona/familia acerca de las escuelas y/o centros de cuidados disponibles durante el día, si procede.

I." edición 1992; 4." edición revisada 2004; 5." edición revisada 2008

Aromaterapia

1330

***Definición:* Administración de aceites esenciales mediante masajes, ungüentos o lociones tópicas, baños, inhalación, duchas o compresas (calientes o frías) para calmar y tranquilizar, aliviar el dolor, aumentar la relajación y el confort.**

Actividades:

Obtener el consentimiento verbal para utilizar la aromaterapia.

Elegir el aceite esencial o la mezcla de aceites esenciales adecuada para conseguir el resultado deseado.

Antes de utilizar un aroma, determinar la respuesta del individuo al aroma elegido (p. ej., le gusta o le disgusta).

Empleo de la enseñanza y entrenamiento en el fundamento y la filosofía en el uso de aceites esenciales, modo de acción y cualquier contraindicación.

Observar si el individuo presenta incomodidad y náuseas antes y después de la administración.

Antes de su uso tópico, diluir los aceites esenciales con los aceites portadores adecuados.

Observar si hay dermatitis de contacto asociada con una posible alergia a aceites esenciales.

Controlar si con el uso de aceites esenciales hay una exacerbación del asma, si procede.

Enseñar al individuo los propósitos y la aplicación de la aromaterapia, si procede.

Controlar los datos basales y el seguimiento de los signos vitales, si procede.

Observar si el individuo explica el nivel de estrés, humor y ansiedad antes y después de la administración, si procede.

Administrar aceites esenciales utilizando métodos adecuados (p. ej., masaje, inhalación) y en las áreas adecuadas del cuerpo (p. ej., pies, espalda).

Documentar las respuestas fisiológicas a la aromaterapia, si procede.

Evaluar y documentar la respuesta a la aromaterapia.

Asesoramiento 5240

Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

Actividades:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.
- Establecer la duración de las relaciones de asesoramiento.
- Establecer metas.
- Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad.
- Proporcionar información objetiva según sea necesario y si procede,
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.
- Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones.
- Pedir al paciente/ser querido que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que le sucede.
- Ayudar al paciente a que realice una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema.
- Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el punto de vista del equipo de cuidadores acerca de la situación.
- Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia.
- Expresar oralmente la discrepancia entre los sentimientos y conducta del paciente.
- Utilizar herramientas de valoración (papel y lápiz, cinta de audio, cinta de vídeo o ejercicios interactivos con otras personas) para ayudar a que aumente la conciencia de sí mismo del paciente y el conocimiento de la situación por parte del asesor, si procede.
- Revelar aspectos seleccionados de las experiencias propias o de la personalidad para dar autenticidad y confianza, si resulta oportuno.
- Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes, y reforzarlos.
- Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades, si procede.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados.
- Reforzar nuevas habilidades.
- Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo mucho estrés.

I.ª edición 1992; 3.ª edición revisada 2000

Asesoramiento antes de la concepción

5247

Definición: Analizar y proporcionar información y apoyo a las personas en edad fértil antes del embarazo para fomentar la salud y reducir riesgos.

Actividades:

Establecer una relación terapéutica de confianza.

Obtener el historial clínico.

Desarrollar, basado en el historial, un perfil de riesgo sanitario orientado al embarazo con anterioridad a la concepción, la utilización de prescripción de fármacos, los antecedentes étnicos, las exposiciones en el trabajo y de quehaceres, dieta, trastornos genéticos específicos y hábitos (fumar y consumo de alcohol y drogas). Explorar la disponibilidad para el embarazo de los miembros de la pareja.

Averiguar si se han producido abusos físicos.

Obtener un historial sexual completo que incluya frecuencia y duración de la relación, uso de lubricantes, espermicidas y hábitos poscoito, como irrigación.

Remitir a las mujeres con dolencias médicas a un plan de control preembarazo.

Proporcionar información relacionada con los factores de riesgo.

Remitir a consulta genética para los factores de riesgo genéticos.

Realizar las pruebas de diagnóstico prenatales necesarias para determinar factores de riesgo genéticos, médicos u obstétricos.

Analizar o evaluar los niveles de hemoglobina o hematocrito, Rh, densidad de la orina, toxoplasmosis, enfermedades de transmisión sexual, rubéola y hepatitis.

Realizar consulta para evitar el embarazo hasta que se haya administrado el tratamiento adecuado (vacuna contra la rubéola, globulina inmune [Dj Rh., globulina inmune en suero o antibióticos).

Analizar los individuos con riesgo o en grupos de riesgo de desarrollar tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, hemoglobinopatías, enfermedad de Tay-Sachs y defectos genéticos.

Apoyar la toma de decisiones acerca de la conveniencia del embarazo, en función de los factores de riesgo identificados.

Evaluar la necesidad de una mamografía basada en la edad de la mujer y su deseo de prolongar la alimentación de pecho.

Fomentar el examen dental antes de la concepción para minimizar la exposición posterior a exámenes radiográficos y anestésicos.

Instruir acerca de la relación entre el desarrollo fetal precoz y los hábitos personales, uso de medicamentos, teratógenos y requisitos de autocuidados (vitaminas prenatales y ácido fólico).

Enseñar a evitar los teratógenos (manipulación de la cama del gato, dejar de fumar y sustitutos del alcohol).

Remitir al servicio de información de teratógenos para obtener información específica acerca de los agentes medioambientales.

Discutir los modos específicos de preparación para el embarazo, incluyendo exigencias sociales, económicas y psicológicas para tener niños y criarlos.

Identificar las barreras reales o percibidas a los servicios de planificación familiar y cuidados prenatales y formas de superar tales barreras.

Discutir los métodos disponibles de asistencia y la tecnología de reproducción, si procede.

Fomentar la anticoncepción hasta que se esté preparado para el embarazo.

Discutir el momento del cese de la anticoncepción para aumentar la exactitud de la fecha de embarazo.

Discutir métodos de identificación de la fertilidad, signos de embarazo y maneras de confirmarlo.

Discutir la necesidad de un registro y cumplimiento precoz con los cuidados prenatales, incluyendo programas de alto riesgo específicos que puedan ser adecuados.

Fomentar la asistencia a las clases de preparación al embarazo y maternidad desde el principio.

Animar a las mujeres a que conozcan los detalles de los seguros médicos, incluyendo períodos de espera y opciones de cuidados disponibles.

Recomendar los autocuidados necesarios durante el período anterior a la concepción.

Proporcionar educación y remitir a los recursos comunitarios correspondientes.

Proporcionar una copia del plan de cuidados escrito a los pacientes.

Proporcionar o recomendar el seguimiento, si procede.

2.ª edición 1996; 3.ª edición revisada 2000

Asesoramiento en la lactancia

5244

Definición: Utilización de un proceso interactivo de asistencia para ayudar en el mantenimiento de una alimentación de pecho satisfactoria.

Actividades:

Determinar el conocimiento de la alimentación de pecho.

Instruir a la madre o al padre acerca de la alimentación del bebé para que pueda realizar una toma de decisión informada.

Proporcionar información acerca de las ventajas y desventajas de la alimentación de pecho.

Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la alimentación de pecho.

Determinar el deseo y motivación de la madre para dar de mamar.

Proporcionar apoyo a las decisiones de la madre.

Ofrecer a los padres material de educación recomendado, si es necesario.

Remitir a los padres acerca de clases o grupos adecuados de alimentación de pecho.

Evaluar la comprensión de la madre de las pautas alimentarias del bebé (sujeción, succión y estado de alerta).

Determinar la frecuencia con que se da el pecho en relación con las necesidades del bebé.

Monitorizar la habilidad materna al acercar el bebé al pezón.

Evaluar la forma de succión/deglución del recién nacido.

Mostrar la forma de amamantar, si procede.

Instruir en técnicas de relajación, incluyendo el masaje de los pechos.

Fomentar maneras de aumentar el descanso, incluyendo la delegación de las tareas hogareñas y las formas de solicitar ayuda.

Instruir acerca de cómo llevar un registro de duración y frecuencia de las sesiones de cuidados.

Enseñar los patrones de evacuación urinaria e intestinal en el niño, si procede.

Enseñar a la madre el crecimiento del bebé para identificar los patrones normales de los bebés alimentados con lactancia materna.

Evaluar lo adecuado de vaciar el pecho con la alimentación.

Valorar la calidad y el uso de soportes para alimentación de pecho.

Fomentar que la madre utilice ambos pechos en cada toma.

Determinar lo adecuado del uso de una bomba de pecho.

Proporcionar información acerca de la fórmula para cuando haya problemas de suministro insuficiente temporal.

Demostrar el masaje de los pechos y comentar sus ventajas para aumentar el suministro de leche.

Enseñar a los padres a diferenciar entre el suministro de leche insuficiente percibido y el real.

Fomentar la estimulación del pecho entre tomas si se sospecha que el suministro de leche es bajo.

Monitorizar la integridad de la piel de los pezones.

Recomendar el cuidado de los pezones, si es necesario.

Monitorizar la capacidad de aliviar correctamente la congestión de los pechos.

Evaluar la comprensión de los conductos de leche taponados y la mastitis.

Enseñar a las madres la importancia de controlar los niveles de hemoglobina/hematocrito y la función tiroidea durante el período de lactancia materna.

Instruir acerca de los signos de problemas e informar al practicante de cuidados.

Mostrar el equipo disponible para ayudar a la lactancia materna después de la cirugía mamaria, como los sacaleches, las compresas calientes y los cuidados suplementarios.

Instruir acerca de cómo volver a dar el pecho, si procede.

Fomentar una lactancia continua al volver al trabajo o a la guardería.

Discutir los signos que indiquen que se está listo para el destete.

Discutir las opciones del destete.

Discutir métodos de alimentación alternativos.

Enseñar a la madre a consultar a su cuidador antes de tomar cualquier medicamento, con receta o de venta libre, durante el período de lactancia.

Animar a la madre a evitar el uso de píldoras anticonceptivas mientras dure el período de lactancia.

Discutir métodos de anticoncepción alternativos.

Animar a la madre a que evite fumar mientras dure el período de lactancia.

Fomentar que se les facilite a las madres lactantes la extracción y almacenamiento de la leche durante la jornada laboral.

2.ª edición 1996; 3.ª edición revisada 2000

Asesoramiento genético

5242

***Definición:* Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la prevención de un trastorno genético o en la capacidad de interactuar con un miembro familiar que tiene un trastorno genético.**

Actividades:

Disponer intimidad y asegurar confidencialidad.

Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

Determinar el propósito, los objetivos y la agenda del paciente para la sesión de asesoramiento genética.

Determinar la base de conocimiento, mitos, percepciones y percepciones erróneas relacionadas con un defecto de nacimiento o condición genética.

Determinar la presencia y la calidad de apoyo de la familia, otros sistemas de apoyo y habilidades de afrontamiento previas.

Proporcionar estimaciones del riesgo del paciente en función del fenotipo (características del paciente), historia familiar (análisis del árbol genealógico), información calculada del riesgo o genotipo (resultados de las pruebas genéticas).

Proporcionar estimaciones del riesgo de ocurrencia o recurrencia para el paciente y miembros de la familia con riesgo.

Proporcionar información de la historia natural de la enfermedad o estado, tratamiento y/o estrategias de manejo y estrategias de prevención, si se conocen.

Proporcionar información sobre los riesgos, beneficios y limitaciones de las opciones de tratamiento/manejo, así como sobre las opciones para enfrentarse con el riesgo de ocurrencia de una manera no directiva.

Proporcionar apoyo en la toma de decisiones a medida que los pacientes consideren sus opciones.

Priorizar las áreas de disminución del riesgo en colaboración con el individuo, familia o grupo.

Monitorizar la respuesta del paciente al enterarse de sus propios factores de riesgo genéticos.

Fomentar la expresión de sentimientos.

Apoyar el proceso de afrontamiento del paciente.

Instaurar habilidades de apoyo para las crisis, si es necesario.

Remitir a un miembro de un equipo de la especialidad de cuidados genéricos, si es necesario.

Remitir a los recursos comunitarios, incluyendo grupos de apoyo genético, si es necesario.

Proporcionar al paciente un resumen escrito de la sesión de asesoramiento genético, según esté indicado.

Asesoramiento nutricional 5246

Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.

Actividades:

Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

Establecer la duración de la relación de asesoramiento.

Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.

Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.

Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.

Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.

Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos, etc.

Colocar material informativo atractivo de guía de comidas en la habitación del paciente (la Pirámide de Guía de Alimentos).

Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades, cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales.

Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta.

Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.

Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.

Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un período de 24 horas.

Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lecturas de presión sanguínea o ganancias y pérdidas de peso, si procede.

Discutir los hábitos de compra de comidas y los límites de presupuesto.

Discutir el significado de la comida para el paciente.

Determinar actitudes y creencias de los seres queridos acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente.

Valorar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.

Ayudar al paciente a expresar sentimientos e inquietudes acerca de la consecución de las metas.

Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.

Disponer una visita/consulta a otros miembros del equipo de cuidados, si procede.

1.ª edición 1992; 2.ª edición revisada 1996

Asesoramiento sexual **Asesoramiento sexual**

5248

Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar la resolución de un suceso/trastorno sexual.

Actividades:

Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

Establecer la duración de la relación de asesoramiento.

Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad.

Informar al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés (u otros problemas o sucesos que experimenta el paciente) a menudo alteran el funcionamiento sexual.

Hacer saber al paciente que usted está preparado para responder a cualquier pregunta sobre el funcionamiento sexual.

Proporcionar información acerca del funcionamiento sexual, si procede.

Presentar las preguntas acerca de la sexualidad con una frase que indique al paciente que muchas personas experimentan dificultades sexuales.

Comenzar con los tópicos menos sensibles y progresar a los más sensibles.

Discutir el efecto de la situación de enfermedad/salud sobre la sexualidad.

Discutir el efecto de la medicación sobre la sexualidad.

Discutir el efecto de los cambios en sexualidad sobre los seres queridos.

Discutir el nivel de conocimiento del paciente acerca de la sexualidad en general.

Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y a hacer preguntas.

Identificar los objetivos de aprendizaje necesarios para conseguir las metas.

Discutir la necesidad de modificaciones de la actividad sexual, si procede.

Ayudar al paciente a expresar la pena y el enfado por las alteraciones del funcionamiento/aspecto corporal, si procede.

Evitar mostrar aversión por una parte corporal alterada.

Presentar al paciente modelos de rol positivos que hayan superado con éxito un problema similar, si procede.

Proporcionar información concreta acerca de mitos sexuales y malas informaciones que el paciente pueda manifestar verbalmente.

Discutir acerca de formas alternativas de expresión sexual que sean aceptables para el paciente, si procede.

Enseñar al paciente sólo técnicas compatibles con los valores/creencias.

Instruir al paciente sobre el uso de medicamentos (broncodilatadores) que potencien la capacidad de desempeñar el papel sexual, si es el caso.

Determinar la cantidad de culpa sexual asociada con la percepción del paciente de los factores causales de la enfermedad.

Evitar terminar prematuramente la discusión de sentimientos de culpa, incluso cuando éstos parezcan irracionales.

Incluir al esposo o compañero sexual en el asesoramiento lo máximo posible, si es el caso.

Utilizar el humor y animar al paciente a utilizarlo para aliviar la ansiedad o la vergüenza.

Dar seguridad de que las prácticas sexuales actuales o nuevas son saludables, si procede.

Dar seguridad y permiso para experimentar con formas alternativas de expresión sexual, si procede.

Disponer derivación/consulta con otros miembros del equipo de cuidados, si procede.

Remitir al paciente a un terapeuta sexual, cuando corresponda.

Asistencia en el mantenimiento del hogar

7180

***Definición:* Ayudar al paciente/familia a mantener el hogar como un sitio limpio, seguro y placentero.**

Actividades:

Determinar las necesidades de mantenimiento en casa del paciente.

Implicar al paciente/familiar en la decisión de las necesidades de mantenimiento en casa.

Aconsejar las alteraciones estructurales necesarias para que el hogar sea accesible.

Proporcionar información sobre la manera de convertir el hogar en un sitio seguro y limpio.

Ayudar a los miembros de la familia a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en la realización de sus papeles.

Aconsejar el alivio de todos los malos olores.

Sugerir servicios de control de plagas, si es necesario.

Facilitar la limpieza de la ropa sucia.

Sugerir servicios de reparación de hogares, si es necesario.

Discutir el coste del mantenimiento necesario y de los recursos disponibles.

Ofrecer soluciones a las dificultades económicas.

Solicitar los servicios de una asistente, si procede.

Ayudar a la familia a utilizar la red de apoyo social

Proporcionar información sobre cuidados intermitentes, si es necesario.

Coordinar el uso de recursos de la comunidad.

I.ª edición 1992; 4.ª edición revisada 2004

Asistencia en el mantenimiento del hogar

7180

***Definición:* Ayudar al paciente/familia a mantener el hogar como un sitio limpio, seguro y placentero.**

Actividades:

Determinar las necesidades de mantenimiento en casa del paciente.

Implicar al paciente/familiar en la decisión de las necesidades de mantenimiento en casa.

Aconsejar las alteraciones estructurales necesarias para que el hogar sea accesible.

Proporcionar información sobre la manera de convertir el hogar en un sitio seguro y limpio.

Ayudar a los miembros de la familia a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en la realización de sus papeles.

Aconsejar el alivio de todos los malos olores.

Sugerir servicios de control de plagas, si es necesario.

Facilitar la limpieza de la ropa sucia.

Sugerir servicios de reparación de hogares, si es necesario.

Discutir el coste del mantenimiento necesario y de los recursos disponibles.

Ofrecer soluciones a las dificultades económicas.

Solicitar los servicios de una asistente, si procede.

Ayudar a la familia a utilizar la red de apoyo social.

Proporcionar información sobre cuidados intermitentes, si es necesario.

Coordinar el uso de recursos de la comunidad.

1.ª edición 1992; 4.ª edición revisada 2004

Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)

2400

Definición: Facilitar el control por parte del paciente de la administración y regulación de los analgésicos.

Actividades:

Colaborar con los médicos, el paciente y la familia en la selección del tipo de narcótico que ha de utilizarse.

Recomendar la administración de aspirinas y fármacos antiinflamatorios no esteroideos junto con los narcóticos, si procede.

Evitar el uso de meperidina.

Asegurarse de que el paciente no es alérgico al analgésico que ha de administrarse.

Enseñar al paciente y a la familia a valorar la intensidad, calidad y duración del dolor.

Enseñar al paciente y a la familia a vigilar la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea.

Establecer acceso nasogástrico, venoso, subcutáneo o vertebral, si procede.

Confirmar que el paciente puede utilizar un dispositivo de ACP: es capaz de comunicarse, comprender explicaciones y seguir instrucciones.

Colaborar con el paciente y la familia para seleccionar el tipo de dispositivo de infusión controlado adecuado para el paciente.

Enseñar al paciente y a la familia la utilización del dispositivo de ACP

Ayudar al paciente y a la familia a calcular la concentración correcta del fármaco en líquido, considerando la cantidad de líquido aportado por cada hora por el dispositivo de ACP.

Ayudar al paciente o a un miembro de la familia a administrar un bolo adecuado que lleve la dosis del analgésico.

Enseñar al paciente y a la familia a establecer una frecuencia de infusión basal correcta en el dispositivo de ACP.

Ayudar al paciente y a la familia a establecer un intervalo de desactivación del dispositivo de ACP.

Ayudar al paciente y a la familia a ajustar las dosis correctas de demanda en el dispositivo de ACP.

Consultar con el paciente, la familia y el médico para ajustar el intervalo de desactivación, la frecuencia basal y la dosis de demanda, de acuerdo con la capacidad de respuesta del paciente.

Enseñar al paciente a titular las dosis en mayor o menor, dependiendo de la frecuencia respiratoria, la intensidad del dolor y la calidad del dolor.

Explicar al paciente y a la familia la acción y los efectos secundarios de los analgésicos.

Registrar el dolor del paciente, la cantidad y frecuencia de la dosis del fármaco, y la respuesta al tratamiento del dolor en una hoja de informe del dolor.

Recomendar un régimen intestinal para evitar el estreñimiento.

Consultar con los expertos de la unidad del dolor, si el paciente presenta dificultad para controlar el dolor

Asistencia para los recursos financieros

7380

Definición: Asistir a un individuo/familia para asegurar y controlar las finanzas de acuerdo con las necesidades de asistencia sanitaria.

Actividades:

- Determinar el uso actual del paciente del sistema de asistencia sanitaria y del impacto financiero de este uso.
- Ayudar al paciente a identificar las necesidades financieras, incluyendo el análisis de activos y pasivos.
- Determinar la habilidad cognitiva del paciente para leer, rellenar formularios, controlar el talonario, manejar dinero.
- Determinar los gastos diarios del paciente.
- Priorizar las necesidades diarias del paciente y ayudarle a desarrollar un programa de acuerdo con estas necesidades.
- Idear un plan de asistencia para animar al paciente/familia a acceder a niveles adecuados de asistencia con el uso más eficaz posible de los costes.
- Informar al paciente de los servicios disponibles a través de programas estatales y autonómicos.
- Determinar si el paciente cumple los requisitos para los programas de renuncia.
- Remitir al paciente que puede cumplir los requisitos de programas estatales o autonómicos a los individuos adecuados.
- Informar al paciente de los recursos disponibles y ayudarle a acceder a ellos (p. ej., programa de asistencia en la medicación, programa de beneficencia).
- Ayudar al paciente a desarrollar un presupuesto y/o remitirle a la persona adecuada para obtener recursos financieros (p. ej., planificador financiero, planificador estatal, consejero del consumidor), según sea necesario.
- Ayudar al paciente a rellenar las solicitudes para los recursos disponibles, según sea necesario.
- Ayudar al paciente en la planificación de la asistencia a largo plazo, según sea necesario.
- Ayudar al paciente a asegurarse de que el dinero está en un lugar seguro (banco).
- Ayudar al paciente a obtener fondos, según sea conveniente.
- Animar a la familia a implicarse en el control financiero, si es conveniente.
- Representar las necesidades económicas de los pacientes en conferencias multidisciplinarias, si es necesario.
- Colaborar con instituciones de la comunidad para proporcionar los servicios necesarios al paciente.

Asistencia quirúrgica **2900**

Definición: Asistencia al cirujano/dentista en los procedimientos operatorios y en cuidados del paciente quirúrgico.

Actividades:

Determinar el equipo, instrumentos y suministros necesarios para el cuidado del paciente en cirugía y realizar los arreglos necesarios para la disponibilidad de los mismos.

Reunir el equipo, los instrumentos y suministros de cirugía.

Preparar los suministros, fármacos y soluciones que han de utilizarse, según se indique.

Comprobar los instrumentos y disponerlos en orden para su utilización.

Encender y colocar las luces.

Colocar las mesas de instrumentos y suministros cerca del campo operatorio.

Anticiparse y proporcionar los suministros e instrumentos necesarios durante el procedimiento.

Sujetar el tejido, si procede.

Disecionar el tejido, si procede.

Irrigar y succionar la herida quirúrgica, si procede.

Proteger el tejido, si procede.

Disponer la exposición quirúrgica.

Establecer hemostasia, si se precisa.

Limpiar los instrumentos periódicamente para extraer la sangre y la grasa.

Ayudar en el cálculo de pérdida de sangre.

Preparar y cuidar las muestras, según corresponda.

Comunicar la información al equipo quirúrgico, si procede.

Comunicar el estado del paciente y su progreso a la familia, cuando proceda.

Disponer el equipo necesario inmediatamente después de la cirugía.

Ayudar en la transferencia del paciente a la silla de ruedas o cama y transportarlo a la zona de reanimación o postoperatoria.

Comunicar a la enfermera de reanimación o postoperación la información pertinente acerca del paciente y del procedimiento realizado.

Registrar la información, según normas del centro.

Ayudar en la extracción del equipo, suministros e instrumentos después de la cirugía.

2.ª edición 1996

Aspiración de las vías aéreas

3160

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

Actividades:

Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.

Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.

Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración.

Aspirar la nasofaringe con una jeringa de ampolla o tirador o dispositivo de aspiración, si procede.

Proporcionar sedación, si procede.

Disponer precauciones universales: guantes, gafas y máscara, si es el caso.

Abordar una vía aérea nasal para facilitar la aspiración nasotraqueal, si procede.

Enseñar al paciente a realizar varias respiraciones profundas antes de la succión nasotraqueal y utilizar oxígeno suplementario, si procede.

Hiperoxigenar con oxígeno al 100%, mediante la utilización del ventilador o bolsa de resucitación manual.

Hiperinflar 1 a 1,5 veces el volumen corriente preajustado con el ventilador mecánico, si es el caso.

Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.

Seleccionar un catéter de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal, tubo de traqueostomía o vía aérea del paciente.

Enseñar al paciente a respirar lenta y profundamente durante la inserción del catéter de aspiración por vía nasotraqueal.

Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración, si se utiliza un sistema de aspiración traqueal cerrado o un adaptador de dispositivo de insuflar oxígeno.

Disponer la mínima cantidad de aspiración de pared necesaria para extraer las secreciones (80 a 100 mmHg para los adultos).

Observar el estado de oxígeno del paciente (niveles de SaO_2 y SvO_2) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión.

Basar la duración de cada pase de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración.

Hiperinflar e hiperoxigenar entre cada pase y después del último pase de aspiración.

Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.

Limpiar la zona alrededor del estoma traqueal después de terminar la aspiración traqueal, si procede.

Detener la succión traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente experimentara bradicardia, un aumento de ectopia ventricular y/o desaturación.

Variar las técnicas de aspiración en función de la respuesta clínica del paciente.

Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.

Enviar las secreciones para test de cultivo y de sensibilidad, si procede.

Enseñar al paciente y/o a la familia a succionar la vía aérea, si resulta adecuado.

- Evans-Smith, P. (2005). *Taylor's clinical nursing skills*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nelson, D. M. (1992). Interventions related to respiratory care. In G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Symposium on nursing interventions: Nursing Clinics of North America* 27(2), 301-324.
- Stone, K., & Turner, B. (1988). Endotracheal suctioning. *Annual Review of Nursing Research*, 7, 27-49.
- Stone, K. S., Preusser, B. A., Groch, K. F., Karl, J. I., & Gronyon, D. S. (1991). The effect of lung hyperinflation and endotracheal suctioning on cardiopulmonary hemodynamics. *Nursing Research*, 40(2), 76-79.
- Titler, M. G., & Jones, G. (1992). Airway management. In G. M Bulechek & J. C McCloskey (Eds.), *Nursing interventions: Essential nursing treatments* (2nd ed.). (pp. 512-530). Philadelphia: W. B. Saunders.

Aumentar el afrontamiento

5230

Definición: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

Actividades:

Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado.

Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.

Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel.

Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.

Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.

Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.

Disponer un ambiente de aceptación.

Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.

Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.

Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Proporcionar al paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería.

Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.

Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.

Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.

Fomentar un dominio gradual de la situación.

Animar al paciente a desarrollar relaciones.

Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.

Fomentar las actividades sociales y comunitarias.

Alentar la aceptación de las limitaciones de los demás.

Reconocer la experiencia espiritual/cultural del paciente.

Alentar el uso de fuentes espirituales, si resulta adecuado.

Explorar los éxitos anteriores del paciente.

Indagar las razones del paciente para su autocrítica.

Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).

Facilitar las salidas constructivas a la ira y la hostilidad.

Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.

Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de los demás.

Fomentar la identificación de valores vitales específicos.

Estudiar con el paciente métodos anteriores en el manejo de problemas vitales.

Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.

Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

Tratar las consecuencias de comportarse con sentimientos de culpa y vergüenza.

Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.

Ayudar al paciente a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables.

Ayudar al paciente a examinar fuentes disponibles para cumplir con los objetivos.

Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazadores.

Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social.

Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.

Determinar el riesgo del paciente para hacerse daño.

Animar la implicación familiar, si procede.

Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.

Disponer una preparación de habilidades sociales adecuadas.

Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.

Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva.

Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario.

Ayudar al paciente a que se queje y trabaje por las pérdidas de la enfermedad y/o discapacidad crónicas, si es el caso.

Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados.

Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.

Aumentar los sistemas de apoyo

5440

Definición: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

Actividades:

Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo.

Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes.

Determinar el grado de apoyo familiar.

Determinar el grado de apoyo económico de la familia.

Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.

Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo.

Observar la situación familiar actual.

Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.

Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.

Remitir a un grupo de autoayuda, si se considera oportuno.

Evaluar la conveniencia de los recursos comunitarios para identificar virtudes y defectos.

Remitir a programas comunitarios de fomento/prevención/tratamiento/rehabilitación, si procede.

Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo.

Implicar a la familia/seres queridos/amigos en los cuidados y la planificación.

Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.

Autorización de seguros 7410

Definición: Ayudar al paciente y al cuidador a garantizar el pago de los servicios y equipos sanitarios por parte de terceras partes.

Actividades:

- Explicar las razones de la obtención de una aprobación previa por los servicios y equipos sanitarios.
- Explicar acerca del consentimiento para la divulgación de información.
- Obtener la firma del paciente o del adulto responsable acerca de la divulgación del formulario de información.
- Obtener información y firma del paciente o del adulto responsable acerca de la asignación del formulario de beneficios, si es necesario.
- Proporcionar información a la tercera parte pagadora acerca de la necesidad del servicio o equipo sanitario.
- Obtener o redactar una prescripción para los equipos, si procede.
- Enviar la prescripción de los equipos a la tercera parte pagadora.
- Registrar pruebas de la aprobación previa (número de validación) en la hoja del paciente, si es necesario.
- Informar al paciente o al adulto responsable del estado de la solicitud de aprobación previa.
- Discutir las responsabilidades económicas del paciente (gastos de bolsillo), si procede.
- Notificar al profesional de cuidados correspondiente si la aprobación ha sido rechazada por la tercera parte pagadora.
- Negociar modalidades alternativas de pago, si procede, si la aprobación es rechazada (estado de paciente externo o cambios en el nivel de cuidados/agudeza).
- Proporcionar información de la aprobación previa a otros departamentos, si es necesario.
- Documentar los cuidados suministrados, según solicitud.
- Ayudar a completar los formularios de reclamación, si es necesario.
- Facilitar la comunicación con las terceras partes pagadoras, si es necesario.
- Colaborar con otros profesionales de cuidados acerca de la vigencia de la necesidad de los servicios sanitarios, si procede.
- Documentar la vigencia de la necesidad de los servicios sanitarios, según solicitud.
- Proporcionar toda la información necesaria (nombre, número de la Seguridad Social y centro de cuidados correspondiente) a la tercera parte pagadora para la facturación, si es necesario.
- Ayudar al paciente a acceder a los servicios y equipos sanitarios necesarios.

Autotransfusión

2860

Definición: Recogida y reinfusión de sangre perdida durante una operación o después de ella por heridas limpias.

Actividades:

Comprobar si las medidas de recuperación sanguínea son adecuadas (las contraindicaciones incluyen sepsis o infección o un tumor en el sitio, sangre que contiene un irrigador no inyectable, agentes hemostáticos o colágeno microcristalino).

Obtener el consentimiento informado del paciente.

Instruir al paciente sobre el procedimiento correspondiente.

Utilizar el sistema de recuperación de sangre adecuado.

Dispositivo de recogida etiquetado con el nombre del paciente, el número de hospital, fecha y hora de comienzo de la recogida.

Monitorizar al paciente y el sistema frecuentemente durante la recuperación.

Mantener la integridad del sistema antes, durante y después de la recuperación de sangre.

Examinar la sangre para determinar lo adecuado de la reinfusión.

Mantener la integridad de la sangre entre el salvamento y la reinfusión.

Preparar la sangre para la reinfusión.

Registrar la hora de comienzo de la recogida, estado de la sangre, tipo y cantidad de anticoagulantes y recuperación de volumen.

Proceder a la reinfusión en las 6 horas siguientes a la recuperación de la sangre.

Mantener precauciones universales.

2.ª edición 1996; 5.ª edición revisada 2008

Ayuda a la ventilación**3390**

Definición: Estimulación de un esquema respiratorio espontáneo óptimo que aumente el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones.

Actividades:

Mantener una vía aérea permeable.

Colocar al paciente de forma que alivie la disnea.

Colocar al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación/perfusión, si procede.

Ayudar en los frecuentes cambios de posición, si procede.

Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevar la cabecera de la cama y colocar una mesa encima de la cama en la que pueda apoyarse el paciente).

Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación: niveles de gases de la sangre arterial, SaO_2 , SvO_2 , CO_2 corriente final, $Q_{t,}/Q_{c,}$, A-aD O_2 .

Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.

Utilizar técnicas divertidas para estimular la respiración profunda en los niños (hacer burbujas, soplar un silbato, armónica, globos, hacer un concurso de soplar pelotas de pimpón, plumas, etc.).

Ayudar con el espirómetro incentivo, si procede.

Auscultar sonidos respiratorios, tomando nota de las zonas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de sonidos extraños.

Observar si hay fatiga muscular respiratoria.

Iniciar y mantener suplemento de oxígeno, según prescripción.

Administrar medicación adecuada contra el dolor para evitar la hipoventilación.

Deambular de tres a cuatro veces por día, si procede.

Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.

Administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de vías aéreas y el intercambio de gases.

Enseñar técnicas de respiración de labios fruncidos, si procede.

Enseñar técnicas de respiración, si procede.

Iniciar un programa de entrenamiento de fortalecimiento y/o resistencia de músculos respiratorios, si procede.

Iniciar esfuerzos de resucitación, si procede.

1.ª edición 1992; 3.ª edición revisada 2000

Ayuda al autocuidado

isoo

***Definición:* Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.**

Actividades:

Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidados.

Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidados.

Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes.

Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse.

Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.

Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).

Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.

Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio de establecerlas.

Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.

Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.

Enseñar a los padres/familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.

Establecer una rutina de actividades de autocuidados.

1.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Ayuda con los autocuidados: AIVD **1805**

Definición: Ayudar y enseñar a una persona a realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) necesarias para funcionar en el hogar o en la comunidad.

Actividades:

Determinar las necesidades de ayuda del individuo con las actividades instrumentales de la vida diaria (p. ej., realizar la compra, cocinar, dirigir la casa, lavar la ropa, utilizar transporte público, manejar dinero, manejar medicamentos, comunicarse y administrar el tiempo).

Determinar las necesidades de cambios relacionados con la seguridad en el hogar (p. ej., ensanchar los marcos de las puertas para permitir el acceso de la silla de ruedas al cuarto de baño, sacar las alfombrillas).

Determinar las necesidades de mejoras en el hogar para contrarrestar las discapacidades (p. ej., poner números grandes en el teléfono, subir el volumen del timbre del teléfono, colocar la lavadora y otros electrodomésticos en la planta principal; poner barandillas laterales en el vestíbulo, barras para asirse en los cuartos de baño).

Proporcionar maneras de contactar con gente que suministre ayuda y apoyo (p. ej., lista de números de teléfonos de la policía, bomberos, control de intoxicaciones y centros de ayuda).

Enseñar al individuo métodos alternativos de transporte (p. ej., autobuses y sus horarios, taxis, transporte urbano o regional para discapacitados).

Proporcionar técnicas que fomenten las capacidades cognitivas (p. ej., calendarios actuales, listas claramente legibles y comprensibles de las horas de medicación, relojes fácilmente visibles).

Conseguir mejoras en el transporte que contrarresten las discapacidades (p. ej., controles manuales en los coches, espejo retrovisor más ancho), si procede.

Conseguir herramientas de ayuda en las actividades cotidianas (p. ej., para coger objetos de los armarios de la cocina, armarios roperos, de la parte alta de las estanterías, de la nevera y para hacer funcionar aparatos domésticos como las estufas y el microondas).

Determinar los recursos económicos y las preferencias personales respecto a las modificaciones en el hogar o en el coche.

Enseñar al individuo a vestir ropa con mangas cortas o ajustadas al cocinar.

Comprobar la idoneidad de la iluminación, especialmente en las zonas de trabajo (p. ej., cocina, cuarto de baño) y por la noche (p. ej., adecuación de la colocación de las luces nocturnas).

Enseñar al individuo a no fumar en la cama o mientras está reclinado o después de tomar medicación que altere la concentración.

Comprobar la presencia de equipo de seguridad en el hogar (p. ej., detectores de humo, detectores de monóxido de carbono, extintores de incendios, fijar el agua caliente a 44 °C).

Determinar si los ingresos mensuales del individuo son suficientes para cubrir los gastos habituales.

Conseguir mecanismos o técnicas de seguridad visual (p. ej., pintar los bordes de los escalones de color amarillo brillante, arreglar el suelo para que sea seguro al andar, reducir el desorden en los lugares de paso, instalar superficies antideslizantes en las bañeras/duchas).

Ayudar al individuo a establecer métodos y rutinas para cocinar, limpiar y comprar.

Enseñar al individuo y al cuidador lo que deben hacer en caso de que el individuo sufra una caída o cualquier otra lesión (p. ej., cómo acudir a los servicios de urgencias, cómo prevenir lesiones posteriores).

Determinar si la capacidad física o cognitiva es estable o disminuye y si responde a los cambios realizados.

Consultar con el terapeuta ocupacional y/o médico cómo tratar la discapacidad física.

Enseñar a la persona que ayude a realizar las tareas de arranque de manera que el individuo pueda completar la misma (p. ej., cortar las verduras de manera que el individuo pueda cocinarlas, colocar la ropa en un sitio fácil de alcanzar, desempaquetar las provisiones en los armarios de la cocina para su almacenaje).

Proporcionar un recipiente adecuado para los objetos cortantes usados, si procede.

Continúa

176 Ayuda con los autocuidados: APVD (1805)

Actividades *(Cont.):*

Enseñar al Individuo cómo guardar de manera adecuada y segura los medicamentos.

Enseñar al individuo el uso adecuado del equipo de control (p. ej., mecanismos de control de la glucosa, lancetas).

Enseñar al individuo los métodos adecuados de colocar apósitos en las heridas y de desechar los apósitos sucios.

Verificar que el individuo es capaz de abrir los envases de los medicamentos.

Remitir a servicios familiares/comunitarios, si es necesario.

4.ª edición 2004

Ayuda con los autocuidados: alimentación **1803**

Definición: Ayudar a una persona a comer.

Actividades:

Controlar la capacidad de deglutir del paciente.

Identificar la dieta prescrita.

Poner la bandeja y la mesa de forma atractiva.

Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida (colocar cuñas, orinales y equipo de aspiración fuera de la vista).

Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y la deglución.

Proporcionar ayuda física, si es necesario.

Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas, si procede.

Proporcionar higiene bucal antes de las comidas.

Arreglar la comida en la bandeja, si es necesario, como cortar la carne o pelar un huevo.

Abrir los alimentos empaquetados.

Evitar colocar la comida en el lado ciego de una persona.

Describir la ubicación de la comida en la bandeja para las personas con impedimentos de la visión.

Colocar al paciente en una posición cómoda.

Proteger con un babero, si procede.

Proporcionar una paja de beber, si es necesario o se desea.

Suministrar los alimentos a la temperatura más apetitosa.

Proporcionar los alimentos y bebidas preferidos, si procede.

Controlar el peso del paciente, si procede.

Controlar el estado de hidratación del paciente, si procede.

Animar al paciente a que coma en el comedor, si estuviera disponible.

Proporcionar interacción social, si procede.

Proporcionar dispositivos de adaptación para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo (asas largas, asas con una circunferencia grande o pequeñas correas en los utensilios), si es necesario.

Utilizar tazas con asa grande, si fuera necesario.

Utilizar platos y vasos irrompibles y pesados, según se precise.

Proporcionar señales frecuentes y una estrecha supervisión, si procede.

1.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Ayuda con los autocuidados: aseo

1804

Definición; Ayudar a otra persona en las eliminaciones.

Actividades:

Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.

Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.

Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.

Ayudar al paciente en el aseo/cuña/cuña de fractura/orinal a intervalos especificados.

Considerar la respuesta del paciente a la falta de intimidad.

Disponer intimidad durante la eliminación.

Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación.

Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación.

Tirar de la cadena/limpiar el utensilio de la eliminación (inodoro, cuña).

Instaurar un programa de aseo, si procede.

Enseñar al paciente/otras personas significativas la rutina del aseo.

Instaurar idas al baño, si procede y es necesario.

Proporcionar dispositivos de ayuda (catéter externo u orinal), si procede.

Controlar la integridad cutánea del paciente.

1.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Ayuda con los autocuidados: baño/higiene

ISOÍ

Definición: Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

Actividades:

Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.

Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.

Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.

Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a pie de cama o en el baño.

Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño, champú, loción y productos de aromaterapia).

Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.

Facilitar que el paciente se cepille los dientes, si es el caso.

Facilitar que el paciente se bañe él mismo, si procede.

Comprobar la limpieza de uñas, según la capacidad de autocuidados del paciente.

Controlar la integridad cutánea del paciente.

Mantener rituales higiénicos.

Facilitar el mantenimiento de las rutinas del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos familiares (para los niños su manta o juguete favorito, ser mecidos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro o disponer de una almohada de su casa), si procede.

Fomentar la participación de los padres/familia en los rituales habituales a la hora de irse a la cama, si es el caso.

Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

1.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Ayuda con los autocuidados: transferencia

1806

Definición: Ayudar a una persona con limitación del movimiento independiente para aprender a cambiar de sitio el cuerpo.

Actividades:

Revisar en la historia las órdenes de actividad.

Determinar la capacidad actual del paciente para trasladarse por sí mismo (p. ej., nivel de movilidad, limitaciones del movimiento, resistencia, capacidad de ponerse en pie y cargar peso, inestabilidad médica u ortopédica, nivel de conciencia, capacidad para colaborar, capacidad para entender las instrucciones).

Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el paciente.

Enseñar al paciente todas las técnicas adecuadas con el objetivo de alcanzar el nivel máximo de independencia.

Enseñar al individuo las técnicas de traslado de una zona a otra (p. ej., de la cama a la silla, de la silla de ruedas al vehículo).

Enseñar al individuo el uso de ayudas ambulatorias (p. ej., muletas, silla de ruedas, andadores, barra de trapecio, bastón).

Identificar los métodos para evitar lesiones durante el traslado.

Proporcionar mecanismos de ayuda (p.ej., barras en las paredes, cuerdas atadas en la cabecera y en los pies de la cama para moverse del centro al borde de la cama) para ayudar al individuo a moverse por sí solo, si procede.

Asegurarse de que el equipo funciona antes de utilizarlo.

Realizar una demostración de la técnica, si procede.

Determinar la cantidad y el tipo de ayuda necesaria.

Ayudar al paciente a recibir todos los cuidados necesarios (p. ej., higiene personal, reunir las pertenencias) antes de realizar la transferencia, si procede.

Proporcionar privacidad, evitar corrientes de aire y preservar el pudor del paciente.

Utilizar la mecánica corporal adecuada durante los movimientos.

Mantener la alineación corporal del paciente correcta durante los movimientos.

Levantar y mover al paciente con una «grúa», si es necesario.

Trasladar al paciente utilizando una tabla de transferencia, si es necesario.

Utilizar un cinfurón para ayudar al paciente que puede ponerse de pie con ayuda, si procede.

Ayudar al paciente a caminar utilizando tu cuerpo como muleta humana, si procede.

Mantener los dispositivos de tracción durante el traslado, si procede.

Al final de la transferencia, evaluar en el paciente la alineación adecuada del cuerpo, que las sondas no estén ocluidas, ropa de cama sin arrugas, piel expuesta innecesariamente, nivel adecuado de comodidad del paciente, barandillas laterales de la cama levantadas y el timbre de llamada al alcance.

Animar al sujeto para que aprenda a trasladarse de forma autónoma.

Documentar el progreso, si procede.

Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal 1802

Definición: Ayudar a un paciente con las ropas y el maquillaje.

Actividades:

Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.

Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidados.

Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar.

Disponer las prendas del paciente en una zona accesible (al pie de la cama).

Proporcionar las prendas personales, si resulta oportuno.

Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario.

Facilitar el peinado del cabello del paciente, si es el caso.

Facilitar que el paciente se afeite él mismo, si procede.

Mantener la intimidad mientras el paciente se viste.

Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario.

Utilizar equipo de extensión para ponerse la ropa, si corresponde.

Ofrecerse a lavar la ropa, si es necesario,

Colocar la ropa sucia en la colada.

Ofrecerse a colgar la ropa o a colocarla en el armario.

Ofrecerse a aclarar prendas especiales, como nailon.

Proporcionar esmalte de uñas, si se solicita.

Proporcionar maquillaje, si se solicita.

Reafirmar los esfuerzos por vestirse a sí mismo.

Facilitar la ayuda de un barbero o esteticista, si es necesario.

I.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Ayuda en la exploración

7680

Definición: Proporcionar ayuda al paciente y al cuidador durante un procedimiento o examen.

Actividades:

Asegurarse de que se ha obtenido el consentimiento, si procede.

Explicar el motivo del procedimiento.

Proporcionar información sobre la preparación sensorial, si procede.

Utilizar un lenguaje adecuado al explicar los procedimientos a los niños.

Asegurar la disponibilidad de equipos y medicamentos de urgencia antes del procedimiento.

Reunir el equipo correspondiente.

Mantener fuera de la vista el equipo que infunda temor inquietante, si es posible.

Crear un ambiente de intimidad.

Dejar permanecer junto al paciente al padre/ser querido, si procede.

Colocar en la posición adecuada y tapar al paciente, si es el caso.

Sujetar al paciente, si es necesario.

Explicar la razón de la sujeción, cuando corresponda.

Preparar el sitio del procedimiento, si es preciso.

Mantener las precauciones universales.

Realizar una técnica aséptica estricta, si procede.

Explicar al paciente cada paso del procedimiento.

Vigilar el estado del paciente durante el procedimiento.

Proporcionar apoyo emocional al paciente, si está indicado.

Establecer medios de distracción durante el procedimiento, si es posible.

Ayudar al paciente a mantener la posición durante el procedimiento.

Reforzar la conducta esperada durante el examen de un niño.

Facilitar la utilización del equipo, si procede.

Tomar nota de la cantidad y aspecto de los líquidos extraídos, si es el caso.

Recoger, etiquetar y disponer las muestras para el transporte, si procede.

Proporcionar cuidados y vendajes en el sitio, si procede.

Asegurarse de que las exploraciones (exámenes radiográficos) se han completado.

Instruir al paciente sobre los cuidados posteriores al procedimiento.

Vigilar al paciente después del procedimiento, si se requiere.

2.ª edición 1996

Ayuda en la lactancia materna

1054

Definición: Preparación de la nueva madre para que dé el pecho al bebé.

Actividades:

Comentar con los padres una estimación del esfuerzo y de la duración que les gustaría dedicar a la lactancia materna.

Proporcionar a la madre la oportunidad de contacto con el bebé para que dé el pecho dentro de las 2 horas siguientes al nacimiento.

Ayudar a los padres a identificar las horas del despertar del bebé como oportunidades para practicar la alimentación de pecho.

Vigilar la capacidad del bebé para mamar.

Animar a la madre a que pida ayuda en los primeros intentos de cuidados, para que pueda conseguir dar el pecho de ocho a diez veces cada 24 horas.

Observar al bebé al pecho para determinar si la posición es correcta, si se oye la deglución y el patrón de mamar/deglutir.

Observar la capacidad del bebé para coger correctamente el pezón (habilidades de «agarre»).

Enseñar a la madre a observar cómo mama el bebé.

Facilitar la comodidad y la intimidad en los primeros intentos de dar el pecho.

Fomentar el chupeteo no nutritivo del pecho.

Animar a la madre a utilizar ambos pechos en cada toma.

Animar a la madre a que no limite el tiempo de mamar del bebé.

Enseñar a la madre la posición correcta que debe adoptar.

Enseñar la técnica correcta de interrumpir la succión del bebé.

Controlar la integridad de la piel de los pezones.

Enseñar los cuidados de los pezones, incluida la prevención de grietas en los mismos.

Comentar la utilización de bombas de succión si el bebé no es capaz de mamar al principio.

Controlar el aumento del llenado de los pechos en respuesta al mamar y/o succión con bomba.

Informar a la madre acerca de las opciones de bombeo disponibles, si ello fuera necesario para el mantenimiento de la lactancia.

Enseñar a controlar la congestión de los pechos con el vaciado oportuno ocasionado por el mamar o el bombeo.

Instruir sobre el almacenamiento y calentamiento de la leche materna.

Proporcionar fórmulas suplementarias sólo en caso necesario.

Instruir a la madre sobre la manera de hacer eructar al bebé.

Instruir a la madre acerca de las características normales de evacuación del bebé.

Observar el reflejo de desilusión.

Instruir a la madre sobre dietas bien equilibradas durante la lactancia.

Animar a la madre a que beba líquidos para saciar la sed.

Instruir a la madre acerca del crecimiento del bebé.

Fomentar el uso de sujetadores cómodos, de algodón y con buena capacidad de soporte para dar el pecho.

Enseñar a evitar el uso de protectores para mamar forrados de plástico.

Animar a la madre a que se ponga en contacto con el personal sanitario antes de tomar cualquier medicamento durante la lactancia.

Continúa

Actividades *(Cont.):*

Animar a la madre a que evite utilizar píldoras anticonceptivas mientras dure la lactancia materna.

Comentar métodos anticonceptivos alternativos.

Animar a la madre a que evite fumar mientras dure la lactancia materna.

Identificar un sistema de apoyo materno para el mantenimiento de la lactancia.

Fomentar los períodos de descanso frecuentes.

Fomentar una lactancia continuada al regresar al trabajo o guardería.

Suministrar material escrito para reforzar la enseñanza en casa.

Remitir a los padres a clases o a grupos de apoyo adecuados para la lactancia materna.

Remitir a la madre a un centro de consulta sobre lactancia, si procede.

2.ª edición 1996; 3.ª edición revisada 2000

Ayuda en la modificación de sí mismo

4470

Definición: Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes.

Actividades:

Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos.

Valorar las razones del paciente para desear cambiar.

Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica.

Ayudar al paciente a identificar las conductas objetivo que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada.

Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado.

Valorar el ambiente social y físico del paciente por el grado de apoyo de las conductas deseadas.

Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta.

Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta.

Explicar al paciente la importancia de la automonitorización en el intento de cambiar la conducta.

Ayudar al paciente a identificar la frecuencia con la que se producen las conductas específicas.

Ayudar al paciente a desarrollar una hoja portátil fácil de utilizar que ayude en el registro de conductas (puede ser un gráfico o una tabla).

Enseñar al paciente a registrar la incidencia de las conductas durante al menos 3 días, hasta 2 o 3 semanas.

Animar al paciente a identificar afirmaciones/recompensas adecuadas, que tengan sentido.

Animar al paciente a elegir una afirmación/recompensa que sea lo suficientemente significativa como para mantener la conducta.

Ayudar al paciente a desarrollar una lista de recompensas de valor extrínseco e intrínseco.

Animar al paciente a comenzar con recompensas extrínsecas y progresar hacia las recompensas intrínsecas.

Explicar al paciente que la lista de recompensas incluye la manera en la que el cuidador, la familia o los amigos pueden ayudar al paciente en el cambio de conducta.

Ayudar al paciente a formular un plan sistemático del cambio de conducta.

Animar al paciente a identificar las etapas que sean manejables en tamaño y que se puedan conseguir en un tiempo preestablecido.

Favorecer el dirigirse hacia la confianza primaria de la autoafirmación en lugar de la familia o el cuidador por la recompensa.

Instruir al paciente en la manera de pasar de un fortalecimiento continuo a un fortalecimiento intermitente.

Ayudar al paciente a evaluar el progreso mediante la comparación de registros de la conducta previa con la conducta actual.

Animar al paciente a desarrollar una medición visual de los cambios de conducta (un gráfico).

Favorecer la flexibilidad durante el plan de puesta a punto, promoviendo un dominio completo de un paso antes de avanzar al siguiente.

Animar al paciente a ajustar el plan de puesta a punto para fomentar el cambio de conducta, si fuera necesario (tamaño de los pasos o recompensa).

Ayudar al paciente a identificar las circunstancias o situaciones en las que se produce la conducta (señales/desencadenantes).

Ayudar al paciente a identificar incluso los éxitos más pequeños.

Explicar al paciente la función de las señales/desencadenantes en la aparición de la conducta.

Continúa

Actividades *(Cont.)*:

Ayudar al paciente a valorar los ambientes físico, social e interpersonal para la existencia de las señales/desencadenantes.

Animar al paciente a desarrollar una «hoja de análisis de señales» que ilustre los lazos que existen entre las señales y las conductas.

Instruir al paciente en el uso de la «expansión de señales»: aumento del número de señales que inducen una conducta deseada.

Instruir al paciente en el uso de la «restricción o limitación de señales»: disminución de la frecuencia de las señales que inducen una conducta indeseada.

Ayudar al paciente a identificar los métodos de control de las señales conductuales.

Ayudar al paciente a identificar las conductas existentes que son habituales o automáticas (cepillarse los dientes y atarse los zapatos).

Ayudar al paciente a identificar estímulos existentes emparejados y la conducta habitual (comer una comida y lavarse los dientes después).

Animar al paciente a emparejar una conducta deseada con un estímulo o señal existente (ejercicios después de trabajar cada día).

Animar al paciente a continuar emparejando la conducta deseada con los estímulos existentes hasta que se convierta en algo habitual o automático.

Explorar con el paciente el uso potencial de la meditación y la relajación progresiva para intentar cambiar la conducta.

Explorar con el paciente la posibilidad de utilizar juegos de rol para clarificar las conductas.

Ayuda para dejar de fumar **4490**

Definición: Ayudar a un paciente para que deje de fumar.

Actividades:

Registrar el estado actual y el historial de la actividad de fumar.

Determinar la facilidad del paciente para aprender sobre dejar de fumar.

Controlar la facilidad del paciente para intentar abandonar el tabaco.

Aconsejar al fumador de forma clara y consistente dejar de fumar.

Ayudar al paciente a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras,

Enseñar al paciente los síntomas físicos de la abstinencia de la nicotina (p. ej., cefalea, mareos, náuseas, irritabilidad e insomnio).

Asegurar al paciente que los síntomas físicos de la abstinencia de la nicotina son temporales.

Informar al paciente sobre productos sustitutivos de la nicotina (p. ej., parches, chicles, aerosoles nasales, inhaladores) para ayudar a reducir los síntomas físicos de la abstinencia.

Ayudar al paciente a identificar aspectos psicosociales (p. ej., sentimientos positivos y negativos asociados con el hábito de fumar) que influyen en la conducta de fumar.

Ayudar al paciente a desarrollar un plan para dejar de fumar que se dirija a los aspectos que influyen en la conducta de fumar.

Ayudar al paciente a reconocer situaciones que le incitan a fumar (p. ej., estar con personas que fuman, frecuentar lugares donde se permite fumar).

Ayudar al paciente a desarrollar métodos prácticos para resistir las ansias de fumar (p. ej., pasar tiempo con amigos no fumadores, frecuentar lugares donde no se permita fumar, ejercicios de relajación).

Ayudar a elegir el mejor método para dejar de fumar, cuando el paciente esté decidido a dejarlo.

Ayudar a los fumadores motivados a fijar una fecha para dejar de fumar.

Animar al paciente a mantener un estilo de vida sin tabaco (p. ej., hacer del día de abandono del tabaco un día de celebración; fomentar autorrecompensas a intervalos específicos de abandonar el hábito, como 1 semana, 1 mes, 6 meses; fomentar el ahorro de dinero que antes se gastaba en tabaco para comprar una recompensa especial).

Animar al paciente a unirse a un grupo de apoyo para dejar de fumar que se reúne semanalmente.

Remitir a programas de grupos o a terapias individuales, según resulte oportuno.

Apoyar al paciente con un método de autoayuda.

Ayudar al paciente a planificar las estrategias de enfrentamiento de problemas resultantes del hecho de dejar de fumar.

Aconsejar que se evite hacer régimen mientras se intenta dejar de fumar dado que ello puede arruinar la posibilidad de dejar de fumar.

Aconsejar la preparación de un plan para enfrentarse a los que fuman y para evitar estar a su alrededor.

Informar al paciente de que la boca seca, la tos, la garganta irritada y el nerviosismo son síntomas que pueden producirse después de dejar de fumar; los parches o los chicles pueden ayudar frente a las ansias de fumar.

Aconsejar al paciente que tenga una lista de «deslices», de lo que los causa y de lo que el paciente ha aprendido de ellos.

Aconsejar al paciente que evite el uso de tabaco sin humo, objetos en la boca y chicles porque pueden conducir a la adicción y/o problemas de salud, incluyendo el cáncer bucal, problemas de encías, pérdida de dientes y enfermedad cardíaca.

Controlar la terapia de reemplazo de la nicotina.

Ponerse en contacto con organizaciones de recursos nacionales y locales para obtener materiales de recursos.

Realizar el seguimiento del paciente durante 2 años después de dejar de fumar, si fuera posible, para dar ánimos.

Continúa

Actividades (Cont.):

Quedar en mantener contacto telefónico frecuente con el paciente (p. ej., para reconocer que la abstinencia es difícil, para reforzar la importancia de permanecer abstinentes, para felicitar los progresos).

Ayudar al paciente a enfrentarse con cualquier recaída (p. ej., asegurar al paciente que no es un «fracasado», asegurar que puede aprenderse mucho de esta regresión temporal, ayudar al paciente a identificar las razones de la recaída).

Apoyar al paciente que vuelve a fumar ayudándole a valorar lo que ha aprendido.

Animar al paciente que intenta dejar de fumar otra vez.

Favorecer las políticas que establecen y refuerzan un entorno sin humo.

Servir como modelo de no fumador.

1.ª edición 1992; 3.ª edición revisada 2000; 4.ª edición revisada 2004

Ayuda para disminuir el peso **1280**

Definición: Facilitar la pérdida de peso corporal y/o grasa corporal.

Actividades:

- Determinar el deseo y la motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal
- Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada.
- Establecer una meta de pérdida de peso semanal
- Colocar la meta semanal escrita en un sitio estratégico.
- Pesar al paciente semanalmente.
- Registrar el progreso para llegar a la meta final y colocarlo en un sitio estratégico.
- Recompensar al paciente cuando consiga los objetivos.
- Fomentar el uso de sistemas de recompensa internos cuando se alcanzan las metas.
- Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento del gasto de energía.
- Determinar los esquemas de alimentación actuales haciendo que el paciente lleve un diario de lo que come, cuándo y dónde.
- Ayudar al paciente a identificar la motivación en el comer y las señales externas e internas asociadas con el comer.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables.
- Colocar indicaciones escritas y de ánimo para conseguir conductas que favorezcan la salud, en vez de comer.
- Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad.
- Facilitar al paciente la participación en al menos una actividad de gasto energético tres veces a la semana.
- Proporcionar información acerca de la cantidad de energía gastada con las actividades físicas especificadas.
- Ayudar en la selección de actividades de acuerdo con la cantidad de gasto energético deseada.
- Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente.
- Desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta bien equilibrada, disminución de calorías y de grasas, si procede.
- Fomentar el uso de sustitutos del azúcar, si procede.
- Recomendar la adopción de dietas que conduzcan a la consecución de objetivos de largo alcance en la pérdida de peso.
- Fomentar la asistencia a grupos de apoyo de pérdida de peso.
- Remitir a algún programa de control de peso comunitario, si procede.
- Enseñar a leer las etiquetas al comprar alimentos, para controlar la cantidad de grasa y calorías que contienen.
- Enseñar a calcular el porcentaje de grasa de los productos alimenticios.
- Enseñar a seleccionar las comidas, en restaurantes y reuniones sociales, que sean coherentes con la ingesta nutritiva y calórica planificada.
- Tratar con el paciente y la familia la influencia del consumo de alcohol sobre la ingestión de alimentos,

Ayuda para el control del enfado

4640

Definición: Facilitación de la expresión del enfado de manera adecuada y no violenta.

Actividades:

Establecer una compenetración y relación de confianza básicas con el paciente.

Utilizar un acercamiento que sea sereno y que dé seguridad.

Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para la expresión del enfado, dado el nivel de funcionamiento cognitivo y físico del paciente.

Limitar el acceso a situaciones estresantes hasta que el paciente sea capaz de expresar el enfado de una manera adaptada a las circunstancias.

Animar al paciente a que busque ayuda de parte del personal de cuidados u otras personas responsables durante los períodos en que aumente la tensión.

Controlar el potencial de agresión inadecuada en el paciente e intervenir antes de que se manifieste.

Evitar daños físicos si el enfado se dirige a uno mismo o a otros (limitar y retirar armas potenciales).

Desaconsejar actividades intensas (p. ej., saco de arena para golpear, caminar de un lado a otro, ejercicio excesivo).

Enseñar métodos para modular la experiencia de la emoción intensa (p. ej., entrenar la asertividad, técnicas de relajación, escribir un diario, distracción).

Proporcionar seguridad al paciente sobre la intervención del personal de cuidados para evitar que el paciente pierda el control.

Animar a utilizar la colaboración para solucionar problemas.

Administrar medicamentos PRN, si procede.

Establecer controles externos (sujeción física o manual, descansos y reclusión) si es necesario, para calmar al paciente que manifiesta enfado de una manera que no se adapte a las circunstancias.

Proporcionar una respuesta sobre el comportamiento para ayudar al paciente a identificar el enfado.

Ayudar al paciente a identificar la causa del enfado.

Identificar la función que el enfado, la frustración y la ira cumplen para el paciente.

Identificar las consecuencias de la expresión inadecuada del enfado.

Ayudar al paciente en la planificación de estrategias que eviten la manifestación inadecuada del enfado.

Identificar con el paciente los beneficios de la manifestación de enfado de una forma no violenta, que se adapte a las circunstancias.

Establecer la expectativa de que el paciente puede controlar su comportamiento.

Instruir al paciente sobre las medidas que proporcionen calma (descansos y respiraciones profundas).

Ayudar a desarrollar métodos adecuados de expresión del enfado hacia los demás (afirmación y declaración de los sentimientos).

Proporcionar modelos que expresen el enfado de forma adecuada.

Apoyar al paciente en la puesta en práctica de estrategias de control del enfado y en la manifestación adecuada del mismo.

Fortalecer al paciente para una expresión adecuada del enfado.

\" edición 1992; 5.' edición revisada 2008

Ayuda para ganar peso **1240**

Definición: Facilitar el aumento de peso corporal.

Actividades:

- Ayudar en la realización del diagnóstico para determinar la causa de la falta de peso, si procede.
- Pesar al paciente a los intervalos determinados, si procede.
- Analizar las posibles causas del bajo peso corporal.
- Observar si hay náuseas y vómitos.
- Determinar la causa de las náuseas y/o vómitos y tratarla convenientemente.
- Administrar medicamentos para reducir las náuseas y el dolor antes de comer, si es necesario.
- Controlar periódicamente el consumo diario de calorías.
- Controlar periódicamente los niveles de albúmina, linfocitos y electrolitos en suero.
- Fomentar el aumento de ingesta de calorías.
- Enseñar a aumentar la ingesta de calorías.
- Proporcionar alimentos nutritivos de alto contenido calórico variados para poder seleccionar algunos.
- Considerar las preferencias alimentarias del paciente, teniendo en cuenta su gusto personal, cultura y religión.
- Proporcionar cuidados bucales antes de las comidas, si es necesario.
- Disponer períodos de descanso, si es necesario.
- Asegurarse de que el paciente esté sentado antes de comer o alimentarse.
- Ayudar o alimentar al paciente, si procede.
- Proporcionar alimentos adecuados al paciente: dieta general, de masticación fácil, fórmulas mezcladas o comerciales por medio de sonda nasogástrica o de gastrostomía, o nutrición parenteral total, según indicaciones médicas.
- Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida.
- Servir las comidas de forma agradable y atractiva.
- Analizar con el paciente y la familia los factores socioeconómicos que contribuyen a una nutrición inadecuada.
- Analizar con el paciente y la familia la percepción de los factores que interfieren con la capacidad o el deseo de comer.
- Remitir a instituciones comunitarias que puedan ayudar en la obtención de comida, si procede.
- Enseñar al paciente y a la familia a planificar las comidas, si procede.
- Reconocer que la pérdida de peso puede formar parte del progreso natural de una enfermedad terminal (p. ej., cáncer).
- Enseñar al paciente y a los miembros de la familia los resultados esperados respecto a la enfermedad y a la posibilidad de ganar peso.
- Determinar las preferencias del paciente respecto a las comidas, condimentos y temperatura preferidos.
- Proporcionar suplementos dietéticos, si procede.
- Crear un entorno social para el consumo de comida, si procede.
- Enseñar al paciente y a la familia a comprar alimentos de bajo coste y nutritivos, si procede.
- Recompensar al paciente por la ganancia de peso.
- Registrar el progreso de la ganancia de peso en una hoja y colocarla en un sitio estratégico.
- Fomentar la asistencia a grupos de apoyo, si procede.

Baño

í6io

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

Actividades:

Ayudar con la ducha de silla, bañera, ducha de pie o baño de asiento, si procede o se desea.

Lavar el cabello, si es necesario o se desea.

Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable.

Utilizar técnicas de baño divertidas con los niños (lavar muñecas o juguetes; simular que un barco es un submarino; agujerear la parte inferior de una taza de plástico, llenarla de agua y «regar» al niño).

Ayudar con el cuidado perianal, si es necesario.

Ayudar con las medidas de higiene (utilizar perfume o desodorante).

Administrar baños de pies, si es necesario.

Afeitar al paciente, si está indicado.

Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca.

Ofrecer lavado de manos después de ir al baño o antes de las comidas.

Aplicar polvos secantes en los pliegues profundos de la piel.

Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.

Controlar la capacidad funcional durante el baño.

1.ª edición 1992; 3.ª edición revisada 2000

Biblioterapia

4680

***Definición:* Utilización terapéutica de la literatura para potenciar la expresión de sentimientos y resolución activa de problemas, afrontamiento o perspicacia.**

Actividades:

identificar las necesidades emocionales, cognitivas, de desarrollo y situacionales del paciente.

Determinar la capacidad del paciente de leer de forma independiente.

Establecer los objetivos de la terapia (p. ej., cambio emocional; desarrollo de personalidad; aprender nuevos valores y actitudes).

Seleccionar los libros que reflejen la situación o sentimientos experimentados por el paciente.

Consultar con un bibliotecario experto en la búsqueda de libros.

Consultar fuentes para recomendar literatura para la terapia.

Realizar las selecciones adecuadas al nivel de lectura.

Seleccionar historias, poemas, ensayos, artículos, libros de autoayuda o novelas que reflejen la situación o sentimientos que está experimentando el paciente.

Leer en voz alta, si es necesario o factible.

Utilizar fotos e ilustraciones.

Fomentar la lectura y relectura.

Ayudar al paciente a identificarse con los personajes y el contenido emocional de la lectura.

Examinar y hablar sobre los sentimientos expresados por los personajes.

Ayudar al paciente a reconocer cómo la situación en la literatura puede ayudarle a hacer los cambios deseados.

Seguir las sesiones de lectura con sesiones de juegos o trabajos de modelación de roles, ya sea de forma individual o en grupos de terapia.

Evaluar la consecución de objetivos.

1.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Biorretroalimentación 5860

Definición: Ayudar al paciente a tener el control voluntario de las respuestas fisiológicas utilizando la retroalimentación de un equipo electrónico que momtoriza procesos fisiológicos.

Actividades:

Entrevistar al paciente para obtener su historia clínica.

Analizar la naturaleza del trastorno de salud específico que ha de tratarse.

Determinar las capacidades y deseos de utilizar el tratamiento bioconductual.

Discutir la justificación para utilizar la biorretroalimentación y el tipo de retroalimentación.

Determinar la aceptación de este tipo de tratamiento por parte del paciente.

Decidir sobre el dispositivo de monitorización específico a utilizar (p. ej., retroalimentación térmica; respuesta electrodérmica o respuesta cutánea galvánica; retroalimentación por electromiografía; retroalimentación del pulso digital; biorretroalimentación de la respiración; biorretroalimentación por electroencefalograma).

Elaborar un plan de tratamiento para el problema.

Explicar el procedimiento referente al equipo de monitorización específico utilizado.

Disponer la habitación de terapia de forma tal que el paciente no pueda tocar ningún objeto conductor.

Conectar al paciente a los dispositivos de instrumentación, si es necesario.

Accionar el dispositivo de biorretroalimentación según las instrucciones.

Establecer una guía base adecuada con la cual comparar el efecto del tratamiento.

Ayudar al paciente a que aprenda a modificar las respuestas corporales según las indicaciones del equipo.

Enseñar al paciente a comprobar la instrumentación antes de utilizarla para garantizar un funcionamiento correcto.

Dar respuesta a los miedos e inquietudes relacionados con los instrumentos.

Comentar la cronología, frecuencia, duración y configuración de las sesiones con el paciente/familia.

Identificar los criterios adecuados para el refuerzo de las respuestas del paciente.

Proporcionar seguridad sobre el progreso después de cada sesión.

Establecer las condiciones con el paciente para evaluar el resultado terapéutico adecuado.

1.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Cambio de posición

0840

Definición: Movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y/o psicológico.

Actividades:

Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.

Proporcionar un colchón firme.

Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, si procede.

Animar al paciente a participar en los cambios de posición, si procede.

Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.

Premedicar al paciente antes de cambiarlo de posición, si procede.

Colocar en la posición terapéutica especificada.

Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicada.

Colocar en posición de alineación corporal correcta.

Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, si procede.

Elevar la parte corporal afectada, si está indicado.

Colocar en posición para el alivio de la disnea (posición de semi-Fowler), cuando corresponda.

Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo de escroto), si procede.

Colocar en una posición que facilite la ventilación/perfusión, si resulta apropiado.

Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos con un margen de movimientos, si resulta apropiado.

Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.

Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.

Evitar la colocación del muñón de amputación en posición flexionada.

Minimizar el roce al cambiar de posición al paciente.

Colocar a la cama una tabla para los pies.

Girar mediante la técnica de hacer rodar troncos.

Colocar en una posición que favorezca el drenaje urinario, si procede.

Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida, si es el caso.

Colocar un respaldo, si procede.

Elevar el miembro afectado 20° o más, por encima del nivel del corazón, para mejorar el retorno venoso, si procede.

Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.

Observar que la configuración de los dispositivos de tracción sea la correcta.

Mantener la posición y la integridad de la tracción.

Elevar el cabecero de la cama, si resulta indicado.

Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.

Desarrollar un protocolo para el cambio de posición, si procede.

Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según el programa específico, si procede.

Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros (rodillo de mano y rodillo trocánter).

Colocar los objetos de uso frecuente al alcance.

Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance de la mano.

Colocar la luz de llamada al alcance.

1.ª edición 1992; 3.ª edición revisada 2000

Cambio de posición: intraoperatorio

0842

Definición: Movimiento del paciente o de una parte corporal para favorecer la exposición quirúrgica a la vez que se reduce el riesgo de molestias y complicaciones.

Actividades:

Determinar el margen de movimiento y estabilidad de las articulaciones del paciente.

Comprobar el estado neurológico y de la circulación periférica.

Comprobar la integridad de la piel.

Utilizar dispositivos de ayuda para la inmovilización.

Bloquear las ruedas de la camilla y de la mesa de cirugía.

Utilizar un número adecuado de miembros del personal para la transferencia del paciente.

Apoyar la cabeza y el cuello durante la transferencia.

Coordinar la transferencia y la colocación con el estadio de la anestesia o el nivel de conciencia.

Proteger las vías i.v, los catéteres y los circuitos de respiración.

Proteger los ojos, si procede.

Utilizar dispositivos de ayuda para apoyar la cabeza y las extremidades.

Inmovilizar o apoyar cualquier parte corporal, según proceda.

Mantener la alineación corporal correcta del paciente.

Colocar sobre colchón o almohadilla terapéuticos adecuados.

Colocar en la posición quirúrgica designada (supino, prono, torácico lateral o litotomía).

Elevar las extremidades, si está indicado.

Colocar material acolchado en las prominencias óseas.

Colocar material acolchado o evitar la presión sobre los nervios superficiales.

Colocar las correas de seguridad y sujeción de brazos, si es necesario.

Ajusar la mesa de operaciones, si procede.

Vigilar el posicionamiento y los dispositivos de tracción, si procede.

Vigilar la posición del paciente durante la operación.

Registrar la posición y los dispositivos utilizados.

Cambio de posición: neurológico

0844

Definición: Conseguir una alineación corporal óptima y adecuada para el paciente que experimenta o se encuentra en riesgo de padecer una lesión de columna vertebral o irritabilidad vertebral.

Actividades:

Inmovilizar o apoyar la parte corporal afectada, si procede.

Colocar en la posición terapéutica designada.

Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada.

Apoyar la parte corporal afectada.

Proporcionar apoyo adecuado para el cuello.

Proporcionar un colchón firme.

Colocar en una cama de flujo de aire, si fuera posible.

Mantener la alineación corporal correcta.

Colocar en una posición tal que el cuello y la cabeza estén alineados.

Evitar colocar al paciente sobre el sitio de extracción de colgajo óseo.

Girar utilizando para ello la técnica de hacer rodar troncos.

Aplicar la ortosis de collarín.

Instruir sobre los cuidados a tener en cuenta con la ortosis de collarín, si es el caso.

Comprobar la capacidad de autocuidados mientras se utiliza la ortosis de collarín/dispositivo ortopédico.

Colocar y mantener un entablillado o dispositivo ortopédico.

Monitorizar la integridad de la piel por debajo del dispositivo ortopédico/ortosis de collarín.

Instruir acerca de los cuidados del dispositivo ortopédico, si es necesario.

Colocar un rodillo de manos debajo de los dedos.

Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad.

Instruir acerca de los cuidados del sitio del dispositivo de tracción, si es necesario.

Vigilar el sitio de inserción de pinzas de tracción.

Realizar los cuidados del sitio de inserción de las pinzas del dispositivo de tracción/ortosis.

Comprobar la configuración del dispositivo de tracción.

Sujetar las pesas de tracción al mover al paciente.

Cambio de posición: silla de ruedas

0846

Definición: Colocación de un paciente en una silla de ruedas correctamente seleccionada para potenciar la comodidad, promover la integridad de la piel y permitir independencia.

Actividades:

Seleccionar la silla de ruedas apropiada al paciente: normal para adulto, semirreclinable, totalmente reclinable o de amputación.

Seleccionar un cojín hecho a medida según las necesidades del paciente.

Comprobar la posición del paciente en la silla de ruedas mientras el paciente se sienta en el cojín seleccionado y con el calzado adecuado.

Colocar la pelvis en el medio y lo más hacia atrás que sea posible en el asiento.

Comprobar que las crestas ilíacas están a nivel y alineadas de lado a lado.

Asegurarse de que quede un espacio de al menos 1,5 cm a cada lado de la silla.

Asegurarse de que la silla de ruedas permite un espacio de al menos de 5 a 7 cm desde la parte posterior de la rodilla hasta la parte frontal del cabestrillo del asiento.

Comprobar que el reposapiés está a una distancia de al menos 5 cm del suelo.

Mantener el ángulo de las caderas a 100°, las rodillas a 105° y los tobillos a 90°, con el talón reposando plano en el reposapiés.

Medir la distancia que va desde el cojín hasta justo por debajo del codo, sumar 2,5 cm y ajustar los apoyabrazos a esta altura.

Ajustar el respaldo de forma que proporcione la cantidad necesaria de apoyo, normalmente de 10 a 15° desde la vertical.

Inclinar el asiento 10° hacia la espalda.

Colocar las piernas en una posición tal que se encuentren a 20° de la vertical.

Observar si existe incapacidad por parte del paciente para mantener la postura correcta en la silla de ruedas.

Disponer las modificaciones o los aparatos en la silla de ruedas para corregir los problemas del paciente o la debilidad muscular.

Facilitar frecuentemente pequeños cambios del peso corporal.

Determinar el espacio de tiempo adecuado de permanencia en la silla por parte del paciente, en función de su estado de salud.

Enseñar al paciente a trasladarse desde la cama a la silla de ruedas, si es posible.

Proporcionar un trapecio para ayudar en la transferencia, si procede.

Enseñar al paciente a manejar la silla de ruedas, si procede.

Enseñar al paciente ejercicios para aumentar la fuerza de la parte superior del cuerpo, si está indicado.

Clarificación de valores

5480

Definición: Ayuda a una persona a clarificar sus valores con el objeto de facilitar la toma de decisiones efectivas.

Actividades:

Tener en cuenta los aspectos éticos y legales de la libre elección, dada la situación particular, antes de comenzar la intervención.

Crear una atmósfera de aceptación, sin juicios.

Animar a considerar las preocupaciones.

Animar a considerar los valores subyacentes a las elecciones y consecuencias de la elección.

Utilizar cuestiones adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación y lo que es personalmente importante.

Ayudar al paciente a priorizar los valores.

Utilizar una técnica escrita de clarificación de valores (situación y cuestiones escritas), si procede.

Plantear cuestiones reflexivas, clarificadoras, que den al paciente algo en que pensar.

Evitar el uso de interrogatorios de corroboración.

Animar al paciente a hacer una lista de lo que es y no es importante en la vida y del tiempo que ocupa en cada aspecto.

Animar al paciente a hacer una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y tipos de situaciones.

Desarrollar e implementar un plan con el paciente para probar las elecciones.

Evaluar la efectividad del plan con el paciente.

Proporcionar un refuerzo para las acciones en el plan que apoyen los valores del paciente.

Ayudar al paciente a definir alternativas y sus ventajas y desventajas.

Ayudar al paciente a evaluar si los valores están de acuerdo o en conflicto con los miembros de la familia/ seres queridos.

Apoyar al paciente en la comunicación de los propios valores a otros.

Evitar el uso de la intervención con personas que tengan serios problemas emocionales.

Colaboración con el médico

7710

***Definición:* Colaboración con los médicos para proporcionar cuidados de calidad al paciente.**

Actividades:

Establecer una relación de trabajo profesional con el personal médico.

Participar en la orientación del personal médico.

Ayudar a los médicos a aprender las rutinas de la unidad de cuidados del paciente.

Participar en programas educativos para el personal médico.

Alentar una comunicación abierta directa entre médicos y cuidadores.

Dirigir a los médicos y residentes en las rutinas no conocidas.

Advertir a los médicos sobre los cambios de los procedimientos programados.

Discutir las inquietudes de cuidados del paciente o las cuestiones relacionadas con la práctica directamente con los médicos implicados.

Ayudar al paciente a expresar sus inquietudes al médico.

Informar de los cambios en el estado del paciente, si procede.

Informar acerca de variaciones de la práctica médica dentro del sistema de garantía de calidad o de manejo de riesgos, si procede.

Participar en comisiones multidisciplinarias para tratar cuestiones clínicas.

Proporcionar información a los grupos médicos correspondientes para fomentar cambios o innovaciones de la práctica, si resulta oportuno.

Realizar un seguimiento de las solicitudes médicas de nuevos equipos o suministros.

Cursar los cambios de práctica por los canales administrativos adecuados una vez que los grupos médicos hayan sido informados de la necesidad de cambios.

Proporcionar reafirmación a los médicos acerca de cambios de la práctica, equipos y personal.

Incluir a los médicos en servicios internos para la obtención de nuevos equipos o realizar cambios de práctica.

Animar a los médicos a participar en programas educativos de colaboración.

Utilizar proyectos y comisiones multidisciplinarias como foros para educar a los médicos acerca de cuestiones relacionadas con cuidados.

Apoyar las actividades de investigación y de garantía de la calidad en colaboración.

Comprobación de sustancias controladas 7620

Definición: Fomento del uso adecuado y el mantenimiento de la seguridad de sustancias controladas.

Actividades:

Controlar en todo momento las llaves del lugar donde se guarde la sustancia controlada.

Seguir el protocolo del centro para dispensar y administrar las sustancias controladas.

Realizar recuento de todas las sustancias controladas con un cuidador titulado del turno opuesto.

Inspeccionar el embalaje de las sustancias controladas para ver si han sido manipuladas.

Informar sobre las divergencias inmediatamente, según política del centro.

Seguir el protocolo del centro para resolver las divergencias.

Guardar bajo llave las sustancias controladas después de terminar el recuento.

Registrar la exactitud del recuento en el formulario correspondiente.

Hacer recuento de las sustancias controladas recibidas de la farmacia.

Devolver las sustancias controladas de uso no rutinario a la farmacia.

Registrar el desecho de sustancias controladas.

Observar si hay pruebas de mala administración o desvío de sustancias controladas.

Informar sobre la sospecha de mala administración o desvío de sustancias controladas, según la política del centro.

Consulta

7910

***Definición:* Uso de los conocimientos técnicos para trabajar con aquellos individuos que solicitan ayuda en la resolución de problemas permitiendo que individuos, familias, grupos o instituciones alcancen los objetivos identificados.**

Actividades:

Identificar el propósito de la consulta.

Recoger datos e identificar el problema objeto del asesoramiento.

Identificar y aclarar las expectativas de todas las partes implicadas.

Proporcionar conocimientos técnicos a aquellos individuos que soliciten ayuda.

Implicar a los que solicitan la ayuda en todo el proceso de consulta.

Identificar la estructura responsable.

Determinar el modelo adecuado de consulta que debe utilizarse (p. ej., adquisición de un modelo experto, modelo de consulta del proceso).

Identificar expectativas respecto a los honorarios, según sea conveniente.

Desarrollar un contrato escrito para definir el acuerdo y evitar errores.

Estimular las capacidades de quien solicita ayuda para progresar hacia una mayor autodirección y responsabilidad.

Preparar un informe final de recomendaciones.

Reaccionar profesionalmente ante la aceptación o el rechazo de las ideas.

3." edición 200C

Consulta por teléfono 8180

Definición: Identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas en respuesta a dichas preocupaciones, por teléfono.

Actividades:

- Identificarse con nombre, credenciales y centro; hacer saber al oyente si se está grabando la llamada (mediante receptores de calidad), utilizando la voz adecuada para crear una relación terapéutica.
- Informar al paciente acerca del proceso de las llamadas y obtener su consentimiento.
- Tener en cuenta las barreras culturales y socioeconómicas en la respuesta del paciente.
- Obtener información acerca del propósito de la llamada (diagnósticos médicos, historial sanitario previo y régimen del tratamiento actual).
- Identificar las inquietudes sobre el estado de salud.
- Establecer el nivel de conocimiento del usuario y la fuente de este conocimiento.
- Determinar la capacidad del paciente para comprender las enseñanzas/instrucciones telefónicas (déficit de audición, confusión, barreras lingüísticas).
- Proporcionar medios para superar cualquier barrera identificada para aprender o utilizar sistemas de apoyo.
- Identificar el grado de apoyo de la familia y de implicación en los cuidados.
- Informarse de quejas/síntomas relacionados (de acuerdo con el protocolo estándar, en caso de disponer de él).
- Obtener datos relacionados con la eficacia del tratamiento actual, si existe, consultando y citando referencias acreditadas como fuente («La Cruz Roja aconseja...»).
- Determinar la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad de sistemas de apoyo.
- Determinar el riesgo de seguridad del paciente y otros.
- Determinar si las inquietudes requieren evaluación complementaria (utilizar el protocolo estándar).
- Dar instrucciones claras de cómo acceder al cuidado que se necesita, si las inquietudes son graves.
- Dar información acerca del régimen de tratamiento y de las responsabilidades resultantes de autocuidados, según sea necesario, de acuerdo con el ámbito de la práctica y las normas establecidas.
- Dar información acerca de las terapias y las medicaciones prescritas, si procede.
- Dar información acerca del fomento de la salud/educación sanitaria, si procede.
- Identificar los problemas reales/potenciales relacionados con la implementación del régimen de autocuidados.
- Recomendar cambios en el régimen, si procede (utilizando las normas establecidas, en caso de disponer de ellas).
- Consultar con el médico/proveedor de cuidados principal de los cambios en el régimen del tratamiento, según sea necesario.
- Dar información acerca de los recursos de la comunidad, programas educativos, grupos de apoyo y grupos de autoayuda, según esté indicado.
- Proporcionar servicios de forma solícita.
- Implicar a la familia/otros seres queridos en los cuidados y la planificación.
- Responder a las preguntas.
- Determinar la comprensión del paciente de la información que se le ha proporcionado.
- Mantener la confidencialidad, según esté indicado.
- Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información que se suministre al paciente de acuerdo con las normas especificadas.
- Seguir las normas para investigar o informar de la sospecha de situaciones de abuso a niños, ancianos o cónyuges.

Continúa

206 Consulta por teléfono (8180)

Actividades **(Cont.):**

Investigar y documentar la disposición y las acciones deseadas por el paciente.

Determinar las necesidades y establecer intervalos de tiempo para la valoración posterior intermitente, si procede.

Determinar cómo puede contactarse con el paciente o los miembros de la familia para devolver la llamada, si procede.

Documentar el permiso para devolver la llamada e identificar a las personas que pueden recibir la información de la llamada.

Comentar y resolver las llamadas problemáticas con ayuda colegial/de un supervisor.

2." edición 1996; 3." edición revisada 2000

Contacto

5460

Definición: Proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto táctil intencionado.

Actividades:

- Evaluar la propia comodidad personal utilizando el contacto con pacientes y familiares.
- Evaluar la preparación del paciente cuando se le ofrece el contacto.
- Evaluar el contexto del entorno antes de ofrecer el contacto.
- Determinar qué parte del cuerpo es mejor tocar y la duración del contacto que produce las respuestas más positivas en el receptor.
- Observar los tabúes culturales del contacto físico.
- Dar un abrazo de afirmación, si procede.
- Colocar el brazo alrededor de los hombros del paciente, si procede.
- Coger la mano del paciente para dar apoyo emocional.
- Aplicar una presión suave en la muñeca, mano u hombro del paciente gravemente enfermo.
- Golpear suavemente la espalda en sincronía con la respiración del paciente, si procede.
- Golpear lenta y rítmicamente la parte del cuerpo, si procede.
- Masajear alrededor de la zona dolorida, si procede.
- Averiguar las acciones comunes de los padres utilizadas para aliviar y calmar al niño.
- Coger al bebé firme y cómodamente.
- Animar a los padres a tocar al recién nacido o al niño enfermo.
- Rodear al bebé prematuro con mantas enrolladas (anidamiento).
- Envolver cómodamente al niño con una manta para mantenerle los brazos y las piernas junto al cuerpo.
- Colocar al bebé sobre el cuerpo de la madre inmediatamente después del nacimiento.
- Animar a la madre a que coja, toque y examine al bebé mientras se le corta el cordón umbilical.
- Animar a los padres a que cojan en brazos al bebé.
- Animar a los padres a que masajeen al bebé.
- Mostrar técnicas tranquilizadoras para los bebés.
- Proporcionar un chupete adecuado para la succión no nutritiva de los recién nacidos.
- Proporcionar ejercicios de estimulación oral antes de la alimentación por sonda en bebés prematuros.
- Evaluar el efecto cuando se utiliza el contacto.

1.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Contacto terapéutico

5465

Definición: De acuerdo con el campo universal de la salud, buscar la manera de trabajar como instrumento de influencia en la curación, y utilizar la sensibilidad natural de las manos para centrar y dirigir el proceso de la intervención.

Actividades:

Centrar la conciencia en el yo interior

Centrarse en la intención para facilitar la salud y la curación a todos los niveles de conciencia.

Colocar las manos a 5-8 cm del cuerpo del paciente.

Empezar la valoración moviendo las manos lentamente y de forma constante tan cerca del paciente como sea posible, desde la cabeza hasta los pies y de la parte delantera a la trasera.

Tomar nota del patrón del flujo de energía en conjunto, en especial en las áreas alteradas por congestión o desigualdad, que pueden percibirse a través de indicios muy sutiles en las manos, por ejemplo un cambio de temperatura, hormigueo u otras sensaciones sutiles de movimiento.

Centrar la atención en facilitar la simetría y la curación en las zonas alteradas.

Empezar moviendo las manos con movimientos muy suaves hacia abajo a través del campo de energía del paciente, considerándole un conjunto unitario y facilitando un flujo de energía abierto y equilibrado.

Continuar el tratamiento facilitando muy lentamente el flujo de energía de curación en las áreas alteradas.

Terminar cuando se considere que se ha cambiado de sitio la cantidad adecuada de energía (para un niño, de 1 a 2 minutos; para un adulto, de 5 a 7 minutos), manteniendo siempre presente la importancia de la suavidad.

Tomar nota de si el paciente ha experimentado una respuesta de relajación y cualquier resultado relacionado.

'I.' edición 1992; 3.' edición revisada 2000

Contención de los costes **7630**

Definición: Dirigir y facilitar el uso eficaz y útil de los recursos.

Actividades:

- Utilizar el personal, los suministros y el equipo de forma eficaz y útil.
- Documentar los recursos utilizados actualmente y con anterioridad.
- Determinar el entorno adecuado de asistencia sanitaria (p. ej., asistencia a domicilio, asistencia urgente, departamento de urgencias, clínica, asistencia aguda, asistencia a largo plazo) necesario para proporcionar los servicios.
- Asignar personal dentro del presupuesto de acuerdo con la gravedad del paciente.
- Comunicar y coordinar las necesidades asistenciales del paciente con otros departamentos, de manera que la asistencia se proporcione de manera oportuna.
- Evaluar la necesidad de asistencia sanitaria (p. ej., procedimientos, pruebas de laboratorio, asistencia especial).
- Consultar y negociar con otras disciplinas para evitar pruebas y procedimientos innecesarios/por duplicado.
- Dar de alta a los pacientes tan pronto como sea posible.
- Buscar precios competitivos de los suministros y del equipo.
- Determinar si los suministros deben usarse y tirarse o reutilizarse.
- Determinar si los suministros deben comprarse o alquilarse.
- Obtener los suministros y el equipo a precios competitivos.
- Utilizar documentación estandarizada (p. ej., vías críticas) para contener los costes y mantener la calidad, según sea conveniente.
- Colaborar con equipos interdisciplinarios para detener los costes y mantener la calidad, según sea conveniente.
- Utilizar/remitirse a programas de mejora de la calidad para controlar que se lleve a cabo una asistencia al paciente de calidad con un uso eficaz de los costes.
- Evaluar de forma continuada los servicios y los programas en función de la eficacia de los costes.
- Identificar mecanismos para reducir costes.
- Informar al paciente del coste y de las alternativas sobre cuándo y dónde adquirir servicios de asistencia sanitaria.
- Informar al paciente del coste, del tiempo y de las alternativas implicadas en una prueba o un procedimiento concretos.
- Animar al paciente/familiar a realizar preguntas acerca de los servicios y de los precios.
- Debatir la situación financiera del paciente.
- Examinar junto con el paciente opciones creativas que aseguren los recursos necesarios.

Control de agentes químicos

6430

***Definición:* Administración, control y deshabitación de agentes psicotrópicos utilizados para controlar la conducta extrema de un individuo.**

Actividades:

Implantar intervenciones alternativas para intentar eliminar la necesidad de sujeción.

Antes de utilizar sujeciones, proporcionar actividades de distracción (p. ej., televisión, visitas).

Identificar al paciente y a los familiares las conductas que precisan la intervención (p. ej., agitación, violencia).

Explicar al paciente y a los familiares el procedimiento, el objetivo y la duración de la intervención en términos comprensibles.

Seguir los cinco principios de administración de medicación.

Tomar nota del historial médico y del historial de alergias del paciente.

Observar la respuesta del paciente a la medicación.

Controlar el nivel de conciencia.

Monitorizar los signos vitales.

Proporcionar el nivel de supervisión/vigilancia adecuado para controlar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, según sea necesario.

Proporcionar confort psicológico al paciente, según sea necesario.

Controlar el color, la temperatura, la sensación y el estado de la piel.

Proporcionar movimientos y ejercicio, según el nivel de autocontrol, estado y capacidades del paciente.

Colocar al paciente para facilitar su confort y prevenir la aspiración y las lesiones cutáneas.

Ayudar a realizar cambios periódicos de la posición del cuerpo.

Contribuir a las necesidades relacionadas con la nutrición, la eliminación, la hidratación y la higiene personal.

Evaluar, a intervalos regulares, las necesidades del paciente para continuar con la restricción de fármacos.

Implicar al paciente, cuando sea adecuado, en la toma de decisiones para pasar de una forma más a menos restrictiva de la intervención.

Control de enfermedades transmisibles

8820

***Definición:* Trabajar con la comunidad para disminuir y controlar la incidencia y la prevalencia de enfermedades contagiosas en una población específica.**

Actividades:

Controlar poblaciones de riesgo de acuerdo con el régimen de prevención y tratamiento.

Controlar la adecuada continuación de la inmunización en poblaciones objetivo.

Proporcionar vacunas a las poblaciones objetivo según se disponga de ellas.

Controlar la incidencia de exposición a enfermedades transmisibles durante brotes conocidos.

Controlar las condiciones sanitarias.

Controlar los factores ambientales que influyen en la transmisión de enfermedades contagiosas.

Proporcionar información acerca de la adecuada preparación y almacenamiento de la comida, según sea necesario.

Proporcionar información acerca del control adecuado de vectores y de huéspedes reservorios de animales, según sea necesario.

Informar al público respecto a la enfermedad y a las actividades asociadas con su control, según sea necesario.

Promover el acceso a una educación sanitaria adecuada en relación a la prevención y al tratamiento de enfermedades transmisibles y a la prevención de su recurrencia.

Mejorar los sistemas de vigilancia de enfermedades transmisibles, según sea necesario.

Promover la legislación que asegura un control y un tratamiento adecuados de las enfermedades transmisibles.

Informar de las actividades a las instituciones adecuadas, según se exija.

3.ª edición 2000

Control de hemorragias

4160

Definición: Disminución o eliminación de una pérdida rápida y excesiva de sangre.

Actividades:

Aplicar vendaje compresivo, si está indicado.

Identificar la causa de la hemorragia.

Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.

Aplicar presión manual sobre el punto hemorrágico o la zona potencialmente hemorrágica.

Aplicar una bolsa de hielo en la zona afectada.

Tomar nota del nivel de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre, si está indicado.

Evaluar la respuesta psicológica del paciente a la hemorragia y su percepción de los sucesos.

Observar si hay hemorragia de las membranas mucosas, hematoma después de un trauma mínimo, exudado del sitio del pinchazo y presencia de petequias.

Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar si hay sangre franca u oculta en todas las secreciones).

Realizar hemotest de todas las secreciones y observar si hay sangre en emesis, esputos, heces, orina, drenaje nasogástrico y drenaje de heridas, si procede.

Comprobar el funcionamiento neurológico.

1.ª edición 1992

Control de infecciones

6540

Definición: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Actividades:

Distribuir la superficie correspondiente por paciente, según los consejos de los Centers for Disease Control (CDC).

Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.

Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.

Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.

Colocar en sitios de precaución de aislamiento designados, si procede.

Mantener técnicas de aislamiento, si procede.

Limitar el número de las visitas, si procede.

Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.

Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos.

Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.

Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos, si procede.

Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.

Poner en práctica precauciones universales.

Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal,

Llevar ropas de protección o bata durante la manipulación de material infeccioso.

Usar guantes estériles, si procede.

Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano, si procede.

Afeitar y preparar la zona, como se indica en la preparación para procedimientos invasivos y/o cirugía.

Mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción de líneas centrales a pie de cama.

Mantener un ambiente aséptico mientras se cambian los sistemas y botellas de nutrición parenteral total.

Mantener un sistema cerrado mientras se realiza la monitorización hemodinámica invasiva.

Cambiar los sitios de línea i.v. periférica y de línea central y los vendajes de acuerdo con los consejos actuales de los CDC.

Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas i.v.

Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.

Utilizar cateterización intermitente para reducir la incidencia de infección de la vejiga.

Enseñar al paciente a obtener muestras de orina a mitad de la micción al primer signo de síntomas de retorno, si procede.

Fomentar una respiración y tos profunda, si procede.

Fomentar una ingesta nutricional adecuada.

Fomentar la ingesta de líquidos, si procede.

Fomentar el reposo.

Administrar terapia de antibióticos, si procede.

Administrar un agente de inmunización, si procede.

Ordenar al paciente que tome antibióticos, según prescripción.

Continúa

214 Control de infecciones (6540)

Actividades *(Cont.):*

Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informarse de ellos al cuidador.

Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

Fomentar una preservación y una preparación seguras de los alimentos.

1.ª edición 1992; 3.ª edición revisada 2000

Control de infecciones: intraoperatorio

6545

Definición: Prevención de la infección nosocomial en el quirófano.

Actividades:

Mojar las superficies planas y las luces con polvo del quirófano.

Monitorizar y mantener la temperatura de la sala entre 20 y 24 °C.

Monitorizar y mantener la humedad relativa entre el 40 y el 60%.

Monitorizar y mantener el flujo de aire laminar.

Limitar y controlar las entradas y salidas de personas en el quirófano.

Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos, si procede.

Disponer precauciones universales.

Asegurarse de que el personal de cirugía viste el equipo apropiado.

Disponer sitios de precaución de aislamiento designados, si procede.

Observar técnicas de aislamiento, si procede.

Verificar la integridad del embalaje estéril.

Verificar los indicadores de esterilización.

Abrir los suministros y los instrumentos estériles utilizando técnicas asépticas.

Cepillado de manos y uñas, bata y guantes, según normas del centro.

Ayudar en la puesta de guantes y bata a los miembros del equipo.

Ayudar a cubrir al paciente asegurando la protección ocular y minimizando la presión de las partes corporales.

Separar los suministros estériles de los no estériles.

Observar la esterilidad de la intervención y el suministro correcto del material.

Mantener la integridad de los catéteres y las líneas intravasculares.

Inspeccionar la piel/tejidos alrededor del sitio quirúrgico.

Aplicar toallas de absorción para evitar la acumulación de la solución antimicrobiana.

Aplicar solución antimicrobiana en la zona de incisión, según normas del centro.

Extraer las toallas de absorción.

Obtener cultivos, si es necesario.

Detener la contaminación cuando se produce.

Administrar terapia de antibióticos, si procede.

Mantener la sala limpia y ordenada para limitar la contaminación.

Aplicar y fijar los vendajes quirúrgicos.

Retirar las ropas y suministros para limitar la contaminación.

Limpiar y esterilizar los instrumentos, si procede.

Coordinar la limpieza y preparación de la sala de operaciones para el siguiente paciente.

2.ª edición 1996

Control de la medicación

2395

***Definición:* Comparación de las medicaciones que el paciente toma en casa con el ingreso, traslado y/o alta para asegurar la exactitud y la seguridad del paciente.**

Actividades:

Utilizar una herramienta estandarizada para obtener toda la información de la medicación, incluidas la medicación prescrita, los medicamentos sin receta y los suplementos dietéticos y de plantas medicinales.

Obtener una historia farmacológica completa examinando los viales o la lista de medicaciones, comprobándola con el paciente y la familia y/o comunicándose con los médicos y la farmacia, si es necesario.

Documentar el nombre, dosis, frecuencia y vía de administración en la lista de medicaciones.

Determinar cuándo se tomó la medicación por última vez.

Comparar la lista de medicamentos con las indicaciones y la historia clínica para asegurar que la lista es exacta y completa.

Controlar las medicaciones en todos los puntos de transición, como ingreso, traslado y alta.

Controlar las medicaciones con los cambios del estado del paciente o con los cambios de medicación.

Comunicar las discrepancias a los médicos que han dispensado las recetas, si es necesario.

Enseñar al paciente y a la familia a mantener una lista de medicación actualizada y conciliarla con el médico en cada visita o ingreso hospitalario.

Enseñar al paciente y a la familia a obtener todas las medicaciones en una farmacia para disminuir el riesgo de error.

Enseñar al paciente y a la familia a tener un papel activo en el manejo de la medicación.

Control del humor

5330

Definición: Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico.

Actividades:

Evaluar el humor (signos, síntomas, historia personal inicialmente), sobre un patrón estándar regular, como progreso del tratamiento.

Administrar cuestionarios de autoinformación (Beck Depression Inventory, escalas del estado funcional), si procede.

Determinar si el paciente presenta riesgos para la seguridad de sí mismo y de los demás.

Considerar la posibilidad de hospitalización del paciente con alteraciones del humor que presenta riesgos para la seguridad, que es incapaz de satisfacer las necesidades de autocuidados y/o carece de apoyo social.

Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que le rodean del riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones, fugas, violencia).

Proporcionar o remitir al paciente para un tratamiento contra el abuso de sustancias, si el abuso de sustancias es un factor que contribuye a la alteración del humor.

Ajusar o interrumpir las medicaciones que pueden contribuir a las alteraciones del humor (por prescripción adecuada de enfermeras tituladas con experiencia).

Remitir al paciente para la evaluación y/o tratamiento de cualquier enfermedad subyacente que pueda contribuir a un humor alterado (alteraciones tiroideas, etc.).

Comprobar la capacidad de autocuidados (cuidados, higiene, ingesta de alimentos/líquidos, evacuación).

Ayudar con los autocuidados, si es necesario.

Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal e hidratación).

Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente.

Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de vigilia/sueño (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación y limitación de cafeína y medicamentos sedantes).

Ayudar a que el paciente asuma una mayor responsabilidad en los autocuidados a medida que pueda hacerlo.

Proporcionar oportunidades de actividad física (caminar, montar en bicicleta estática).

Vigilar la función cognoscitiva (capacidad de concentración, atención, memoria, habilidad para procesar información y toma de decisiones).

Utilizar un lenguaje sencillo, concreto y exacto durante el contacto con el paciente cognitivamente alterado.

Utilizar ayudas para la memoria y pistas visuales para ayudar al paciente cognitivamente alterado.

Limitar las oportunidades para tomar decisiones en los pacientes cognitivamente alterados.

Enseñar al paciente habilidades para tomar decisiones, según sea necesario.

Animar al paciente a que tome decisiones cada vez más complejas según sea capaz.

Animar al paciente a que tome un papel activo en el tratamiento y la rehabilitación, si procede.

Proporcionar o remitir a psicoterapia (conductismo cognitivo, interpersonal, de pareja, de familia, de grupo), cuando sea conveniente.

Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o dar oportunidad al paciente para hablar acerca de sus sentimientos.

Ayudar al paciente a controlar conscientemente el humor (escala de clasificación de 1 a 10 y llevar un diario).

Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes en el humor disfuncional.

Limitar el tiempo que se permite al paciente para expresar los sentimientos y/o asuntos negativos de errores pasados.

Continúa

Actividades (Cont.):

- Ayudar al paciente a expresar los sentimientos de una forma adecuada (golpeando un saco de boxeo, terapia artística y actividad física vigorosa).
- Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del humor disfuncional (desequilibrios químicos, estresantes circunstanciales y problemas físicos).
- Ayudar al paciente a identificar los aspectos de los factores precipitadores que puede o no puede cambiar.
- Ayudar en la identificación de recursos disponibles y virtudes o capacidades personales que puedan utilizarse en la modificación de los factores desencadenantes del humor disfuncional.
- Enseñar nuevas técnicas de resolución de problemas.
- Animar al paciente, según pueda tolerarlo, a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros.
- Proporcionar habilidades sociales y/o entrenamiento en asertividad, según sea necesario.
- Proporcionar retroalimentación al paciente de acuerdo con la conveniencia de sus conductas sociales.
- Utilizar un entorno límite y estrategias de control de conductas para ayudar al paciente maníaco a restringir la conducta intrusa y destructiva.
- Utilizar intervenciones restrictivas (restricción de zona, retiro, límites físicos, límites químicos) para controlar la conducta insegura o inadecuada que no responde a intervenciones de control de conducta menos restrictivas.
- Controlar y tratar las alucinaciones y/o delusiones que pueden acompañar a las alteraciones del humor.
- Prescribir, ajustar e interrumpir medicaciones utilizadas para tratar el humor alterado (por prescripción adecuada de enfermeras tituladas con experiencia).
- Administrar medicamentos estabilizadores del humor (antidepresivos, litio, anticonvulsivos, antipsicóticos, ansiolíticos, hormonas y vitaminas).
- Observar la posible aparición de efectos secundarios de la medicación y su efecto sobre el humor del paciente.
- Tratar y/o vigilar los efectos secundarios de la medicación o las reacciones adversas a fármacos utilizados para tratar las alteraciones del humor.
- Tomar muestras y controlar los niveles sanguíneos en suero de los medicamentos (antidepresivos tricíclicos, litio, anticonvulsivos), si procede.
- Vigilar y fomentar el cumplimiento de la medicación por parte del paciente.
- Ayudar al médico en la administración de tratamiento de terapia electroconvulsiva (TEC), cuando esté indicado.
- Vigilar el estado fisiológico y mental del paciente inmediatamente después de la TEC.
- Ayudar en la administración de la «fototerapia» para levantar el humor.
- Proporcionar instrucciones al paciente y a los seres queridos acerca del procedimiento del paciente que está recibiendo TEC o fototerapia.
- Observar el humor del paciente para ver su respuesta a la TEC o a la fototerapia.
- Informar sobre los medicamentos al paciente/seres queridos.
- Informar sobre la enfermedad al paciente/seres queridos, si el humor disfuncional tiene una base de enfermedad (depresión, manía y síndrome premenstrual).
- Proporcionar una guía acerca del desarrollo y mantenimiento de sistemas de apoyo (familia, amigos, recursos espirituales, grupos de apoyo y asesoramiento).
- Ayudar al paciente a anticiparse y a enfrentarse a los cambios de la vida (nuevo trabajo, permiso de ausencia del trabajo, grupo de nuevos amigos).
- Proporcionar un seguimiento al paciente en el domicilio a intervalos apropiados, según sea necesario.

Coordinación preoperatoria

2880

Definición: Facilitar las pruebas de diagnóstico y la preparación preingreso del paciente quirúrgico.

Actividades:

Revisar la cirugía programada.

Obtener la historia del paciente, si procede.

Realizar una valoración física completa, si procede.

Revisar las órdenes médicas.

Ordenar o coordinar las pruebas de diagnóstico, si procede.

Describir y explicar el tratamiento y las pruebas de diagnóstico preingreso.

Interpretar los resultados de las pruebas diagnósticas, si procede.

Obtener las muestras sanguíneas, si es el caso.

Obtener muestra de orina, si es necesario.

Notificar al médico los resultados de los diagnósticos anormales.

Informar al paciente y al cuidador de la fecha y hora de la cirugía, hora de llegada a la institución y procedimiento de ingreso.

Informar al paciente y al cuidador de la ubicación de la unidad de recepción, quirófano y la sala de espeía.

Determinar las expectativas del paciente acerca de la cirugía.

Confirmar la información suministrada por otros cuidadores, si procede.

Obtener el consentimiento para el tratamiento.

Dar tiempo al paciente y al cuidador para que hagan preguntas y manifiesten sus inquietudes.

Obtener el permiso económico de la entidad aseguradora, cuando lo requiera la situación.

Comentar los programas de alta postoperatoria.

Determinar la capacidad de los cuidadores.

Llamar por teléfono al paciente para verificar la cirugía programada.

2.ª edición 1996; 3.ª edición revisada 2000

Cuidados cardiacos

4040

Definición: Limitación de las complicaciones derivadas de un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno miocárdico en pacientes con síntomas de deterioro de la función cardíaca.

Actividades:

- Evaluar el dolor torácico (intensidad, localización, radiación, duración y factores precipitadores y de alivio).
- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulso periférico, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades).
- Registrar disritmias cardíacas.
- Tomar nota de los signos y síntomas significativos de disminución del gasto cardíaco.
- Observar signos vitales con frecuencia.
- Monitorizar el estado cardiovascular.
- Observar si hay disritmias cardíacas, incluyendo trastornos tanto de ritmo como de conducción.
- Controlar el estado respiratorio por si se producen síntomas de insuficiencia cardíaca.
- Controlar el abdomen para las indicaciones de una disminución en la perfusión.
- Controlar el equilibrio de líquidos (ingestión/eliminación y peso diario).
- Controlar si los valores de laboratorio son correctos (enzimas cardíacas, niveles de electrolitos).
- Controlar el funcionamiento del marcapasos, si correspondiera.
- Reconocer la presencia de alteraciones de la presión sanguínea.
- Reconocer los efectos psicológicos del estado subyacente.
- Evaluar la respuesta del paciente a la ectopia o a las disritmias.
- Disponer terapia antiarrítmica según la política del centro (medicamentos antiarrítmicos, cardioversion o desfibrilación), si procede.
- Vigilar la respuesta del paciente a los medicamentos antiarrítmicos.
- Instruir al paciente y a la familia sobre la limitación y la progresión de las actividades.
- Establecer ejercicios y períodos de descanso para evitar la fatiga.
- Observar la tolerancia del paciente a la actividad.
- Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.
- Promover la disminución del estrés.
- Establecer una relación de apoyo con el paciente y la familia.
- Instruir al paciente sobre la importancia del informe inmediato de cualquier molestia torácica.
- Ofrecer apoyo espiritual al paciente y/o a la familia (contactar con un sacerdote), si procede.

1.ª edición 1992; 3.ª edición revisada 2000

Continúa

Cuidados cardíacos: agudos

4044

Definición: Limitación de las complicaciones en un paciente que ha experimentado recientemente un episodio de desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno miocárdico derivado de deterioro de la función cardíaca.

Actividades:

Evaluar el dolor torácico (intensidad, localización, radiación, duración y factores precipitadores y de alivio).

Establecer medios inmediatos y continuos para llamar a la enfermera y que el paciente y la familia sepan que se les responderá inmediatamente.

Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíaca.

Auscultar los sonidos cardíacos.

Reconocer la frustración y el miedo causados por la incapacidad de comunicación y la exposición a maquinaria y ambientes extraños.

Auscultar los pulmones para ver si hay sonidos crepitantes o adventicios.

Controlar el estado neurológico.

Controlar ingestión/eliminación y peso diario, si correspondiera.

Seleccionar la mejor derivación de ECG para la monitorización continua, si correspondiera.

Obtener ECG de 12 derivaciones, si correspondiera.

Extraer muestras sanguíneas para controlar los niveles de CPK, LDH y AST, si procede.

Vigilar la función renal (niveles de BUN y Cr), si correspondiera.

Observar las pruebas de función hepática, si procediera.

Controlar los electrolitos que pueden aumentar el riesgo de disritmias (potasio y magnesio en suero), si procede.

Realizar radiografía de tórax, si procediera.

Vigilar las tendencias de la presión sanguínea y los parámetros hemodinámicos, si hubiera disponibilidad (presión venosa central y presión pulmonar de cuña capilar/arterial),

Proporcionar comidas pequeñas y frecuentes.

Limitar la ingesta de cafeína, sodio, colesterol, alimentos ricos en grasas y demás.

Comprobar la efectividad de la oxigenoterapia, si correspondiera.

Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno (niveles de PaO₂ y hemoglobina y gasto cardíaco), si procediera.

Mantener un ambiente inductor al descanso y a la curación.

Enseñar al paciente a que evite actividades que produzcan la maniobra de Valsalva (esfuerzo durante el movimiento intestinal).

Administrar fármacos que impidan episodios de la maniobra de Valsalva (ablandadores de heces, antieméticos), si procede.

Abstenerse de tomar la temperatura rectal.

Evitar la formación de trombos periféricos (cambio de posición cada 2 horas y administración de anticoagulantes en dosis bajas).

Administrar medicamentos que alivien/eviten el dolor y la isquemia, si están pautados.

Controlar la eficacia de la medicación.

I* edición 1992; 3.ª edición revisada 2000

Continúa

Cuidados cardíacos: rehabilitación

4046

***Definición:* Fomento de un máximo nivel de actividad funcional en un paciente que ha sufrido un episodio de deterioro de la función cardíaca derivado de un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno miocárdico.**

Actividades:

Comprobar la tolerancia del paciente a la actividad.

Mantener el programa de deambulación, según se tolere.

Presentar expectativas realistas al paciente y a la familia.

Instruir al paciente y a la familia sobre los fármacos adecuados, tanto prescritos como de libre adquisición.

Instruir al paciente y a la familia sobre la modificación de los factores de riesgo cardíacos (dejar de fumar, dieta y ejercicio), si procede.

Instruir al paciente sobre el cuidado propio del dolor torácico (tomar nitroglicerina sublingual cada 5 minutos tres veces; si el dolor no remite recurrir a cuidados médicos de urgencia).

Instruir al paciente y a la familia sobre el régimen de ejercicios, incluyendo el precalentamiento, la resistencia y la relajación, si procede.

Instruir al paciente y a la familia sobre las limitaciones para levantar/empujar peso, si procede.

Instruir al paciente y a la familia sobre todas las consideraciones especiales correspondientes a las actividades de la vida diaria (aislar las actividades y permitir períodos de reposo), si procede.

Instruir al paciente y a la familia sobre el cuidado de las heridas y las debidas precauciones (sitio de incisión del esternón o cateterización), si procede.

Instruir al paciente y a la familia acerca del seguimiento de los cuidados.

Coordinar las visitas del paciente a especialistas (dietista, servicios sociales y fisioterapia).

Instruir al paciente y a la familia acerca del acceso a los servicios de urgencia disponibles en la comunidad pertinente, cuando proceda.

1.ª edición 1992; 3.ª edición revisada 2000

Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico 4064

Definición: Apoyo temporal de la circulación por medio del uso de dispositivos mecánicos o bombas.

Actividades:

Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad).

Controlar las capacidades sensorial y cognitiva.

Vigilar el grado de incomodidad o dolor torácico.

Evaluar las presiones arteriales pulmonares, las presiones sistémicas, el gasto cardíaco y la resistencia vascular sistémica, si está indicado.

Ayudar en la inserción e implantación del dispositivo.

Observar si hay hemolisis, según lo indique la sangre en orina, las muestras de sangre hemolizadas, el aumento de la hemoglobina en suero diaria, las hemorragias abiertas y la hipercaliemia.

Comprobar que las cánulas no estén retorcidas o desconectadas.

Realizar tiempos de coagulación activada cada hora, si procede.

Administrar anticoagulantes o trombolíticos, según prescripción.

Comprobar el dispositivo regularmente para asegurar un funcionamiento correcto.

Disponer de un equipo de reserva en todo momento.

Administrar agentes inotrópicos positivos, si procede.

Controlar los perfiles de coagulación cada 6 horas, si procede.

Administrar productos sanguíneos, si procede.

Controlar la diuresis horaria.

Vigilar electrolitos, nitrógeno ureico en sangre y niveles de creatinina diariamente.

Controlar diariamente el peso.

Controlar las ingestas y eliminaciones.

Obtener diariamente una película radiológica torácica.

Practicar una técnica aséptica estricta en el cambio de vendajes.

Administrar antibióticos profilácticos.

Observar si hay fiebre y leucocitosis.

Recoger muestras para realizar cultivos de sangre, orina, esputos y de heridas cuando las temperaturas sean superiores a 38 °C, si procede.

Administrar soluciones orales fungicidas.

Administrar nutrición parenteral total, si es preciso.

Administrar medicamentos para el dolor, si es necesario.

Enseñar al paciente y a la familia el funcionamiento del dispositivo.

Proporcionar apoyo emocional al paciente y a la familia.

Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial

4062

Definición: Fomento de la circulación arterial.

Actividades:

Realizar una valoración global de la circulación periférica (p. ej., comprobar los pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura).

Determinar el índice ABI, si procede.

Evaluar los edemas y los pulsos periféricos.

Examinar si en la piel hay úlceras arteriales o solución de continuidad del tejido.

Observar el grado de incomodidad o de dolor durante el ejercicio, por la noche o al descansar.

Colocar la extremidad en posición dependiente, según sea conveniente.

Administrar medicación antiplaquetaria o anticoagulante, según sea conveniente.

Cambiar al paciente de posición como mínimo cada 2 horas, según sea conveniente.

Animar al paciente a realizar ejercicio conforme a su tolerancia.

Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., borreguito debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas, estribo/soporte en los pies de la cama; zapatos a medida).

Proporcionar calor (p. ej., ropa de cama adicional, aumento de la temperatura de la habitación), según sea conveniente.

Enseñar al paciente los factores que afectan a la circulación (p. ej., fumar, utilizar ropas ceñidas, exposición a temperaturas frías y cruzar las piernas y los pies).

Enseñar al paciente a cuidarse los pies adecuadamente.

Evitar la aplicación directa de calor en la extremidad.

Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.

Controlar el estado de los líquidos, incluyendo la ingesta y la eliminación.

Curar las heridas, según sea conveniente.

3.ª edición 2000; 4.ª edición revisada 2004

Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial

4062

Definición: Fomento de la circulación arterial.

Actividades:

Realizar una valoración global de la circulación periférica (p. ej., comprobar los pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura).

Determinar el índice ABI, si procede.

Evaluar los edemas y los pulsos periféricos.

Examinar si en la piel hay úlceras arteriales o solución de continuidad del tejido.

Observar el grado de incomodidad o de dolor durante el ejercicio, por la noche o al descansar.

Colocar la extremidad en posición dependiente, según sea conveniente.

Administrar medicación antiplaquetaria o anticoagulante, según sea conveniente.

Cambiar al paciente de posición como mínimo cada 2 horas, según sea conveniente.

Animar al paciente a realizar ejercicio conforme a su tolerancia.

Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., borreguito debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas, estribo/soporte en los pies de la cama; zapatos a medida).

Proporcionar calor (p. ej., ropa de cama adicional, aumento de la temperatura de la habitación), según sea conveniente.

Enseñar al paciente los factores que afectan a la circulación (p. ej., fumar, utilizar ropas ceñidas, exposición a temperaturas frías y cruzar las piernas y los pies).

Enseñar al paciente a cuidarse los pies adecuadamente.

Evitar la aplicación directa de calor en la extremidad.

Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.

Controlar el estado de los líquidos, incluyendo la ingesta y la eliminación.

Curar las heridas, según sea conveniente.

3.ª edición 2000; 4.ª edición revisada 2004

Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa

4066

Definición: Fomento de la circulación venosa.

Actividades:

Realizar una valoración global de la circulación periférica (p. ej., comprobar los pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura).

Evaluar los edemas y los pulsos periféricos.

Examinar los miembros inferiores en busca de solución de continuidad del tejido.

Realizar los cuidados de la herida (desbridamiento, terapia antimicrobiana), si es necesario.

Aplicar apósitos adecuados al tamaño y al tipo de la herida, según sea conveniente.

Observar el grado de incomodidad o dolor.

Enseñar al paciente la importancia de la terapia de compresión.

Aplicar modalidades de terapia de compresión (vendajes de larga/corta extensión), según sea conveniente.

Elevar la pierna afectada 20° o más por encima del nivel del corazón, según sea conveniente.

Cambiar al paciente de posición como mínimo cada 2 horas, según necesidad.

Animar al paciente a realizar ejercicios de series de movimientos pasivos o activos, en especial de las extremidades inferiores, mientras esté en cama.

Administrar medicación antiplaquetaria o anticoagulante, según sea conveniente.

Proteger la extremidad de lesiones (p. ej., borreguito debajo de los pies y de la parte inferior de las piernas, estribo/soporte en los pies de la cama; zapatos a medida).

Enseñar al paciente a cuidarse los pies adecuadamente.

Mantener una hidratación adecuada para disminuir la viscosidad de la sangre.

Controlar el estado de los líquidos, incluyendo la ingesta y la eliminación.

3.ª edición 2000; 4.ª edición revisada 2004

Cuidados de canguro (del niño prematuro)

6840

Definición: Fomentar la intimidad entre madre/padre y el bebé prematuro fisiológicamente estable mediante la preparación del padre y disponiendo un ambiente de contacto piel a piel.

Actividades:

Discutir la reacción de la madre ante el nacimiento prematuro del bebé.

Determinar la imagen que tiene la madre o el padre del bebé prematuro.

Determinar y monitorizar el nivel de confianza de la madre o el padre en los cuidados del bebé.

Animar a la madre a que comience con los cuidados del bebé.

Explicar los cuidados de canguro del niño prematuro y sus beneficios a la madre.

Determinar si el estado fisiológico del bebé cumple con las guías de participación en los cuidados de canguro.

Preparar un ambiente tranquilo, privado y libre de corrientes.

Proporcionar a la madre un sillón reclinable o una mecedora.

Conseguir que la madre lleve ropas cómodas abiertas por delante.

Instruir a la madre o al padre acerca del traslado del bebé desde la incubadora, cama calentadora o cuna y el manejo del equipo y tubos, si procede.

Colocar al bebé con pañales en posición recta prona sobre el pecho de la madre o el padre.

Pasar la ropa de la madre alrededor del bebé o colocar mantas sobre el mismo para mantener la posición y temperatura del bebé.

Animar a la madre a que se centre en el bebé en vez de en los ajustes y equipos de tecnología avanzada.

Animar a la madre a que acaricie suavemente al bebé en la posición recta prona, si procede.

Animar a la madre a que acune suavemente al bebé en la posición recta prona, si procede.

Fomentar la estimulación auditiva del bebé, si procede.

Reforzar el contacto visual con el bebé, si procede.

Apoyar a la madre en la alimentación y en los cuidados del bebé.

Animar a la madre o al padre a que coja al bebé con las dos manos extendidas.

Animar a la madre a que identifique las claves de conducta del bebé.

Señalar a la madre o al padre los cambios de estado del bebé.

Aconsejar a la madre/padre a disminuir la actividad cuando el bebé muestre signos de estimulación excesiva, molestia o rechazo.

Aconsejar a la madre/padre que deje dormir al bebé durante los cuidados de canguro.

Fomentar la alimentación de pecho durante los cuidados de canguro del niño prematuro, si procede.

Animar a la madre o al padre a que realice los cuidados de canguro de 20 minutos a 3 horas cada vez de forma efectiva, si procede.

Animar a las madres después del parto a que cambien de posición y se levanten cada 90 minutos para evitar enfermedades tromboembólicas.

Monitorizar la reacción emocional de la madre o el padre en relación con los cuidados de canguro.

Monitorizar el estado fisiológico del bebé (color, temperatura, frecuencia cardíaca y apnea) y suspender los cuidados de canguro si el bebé resulta fisiológicamente comprometido o agitado.

Cuidados de enfermería al ingreso **7310**

Definición- Facilitar el ingreso del paciente en un centro sanitario.

Actividades:

Presentarse a sí mismo y su función en los cuidados.

Orientar al paciente/familia/seres queridos sobre las expectativas de los cuidados.

Disponer una intimidad adecuada para el paciente/familia/seres queridos.

Orientar al paciente/familia/seres queridos en el ambiente más próximo.

Orientar al paciente/familia/seres queridos en las instalaciones del centro.

Obtener la historia al ingresar, incluyendo información sobre enfermedades médicas anteriores, medicaciones y alergias.

Realizar la valoración física en el momento del ingreso, si procede.

Realizar la valoración económica en el momento del ingreso, si procede.

Realizar la valoración psicosocial en el momento del ingreso, si procede.

Realizar la valoración religiosa en el momento del ingreso, si procede.

Realizar la valoración de riesgo al ingresar (p. ej., riesgo de caídas, detección de TB, valoración cutánea).

Proporcionar al paciente el «Documento de Derechos del Paciente».

Obtener información de instrucciones de cuidados avanzados (es decir, Living Will and Durable Power of Attorney for Healthcare).

Facilitar la información pertinente por escrito.

Mantener la confidencialidad de los datos del paciente.

Identificar al paciente con riesgo de reingreso.

Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos de cuidados de enfermería, resultados e intervenciones.

Comenzar la planificación del alta.

Poner en práctica precauciones de seguridad, si es el caso.

Etiquetar el gráfico del paciente, la puerta de la habitación y/o la cabecera de la cama, si procede.

Notificar al médico el ingreso y estado del paciente.

Obtener las órdenes del médico sobre los cuidados que hay que efectuar al paciente.

1.ª edición 1992; 4.ª edición revisada 2004

Cuidados de la circuncisión

3000

Definición: Apoyo antes y después del procedimiento en los pacientes sometidos a una circuncisión.

Actividades:

Verificar que el formulario de consentimiento quirúrgico está correctamente firmado.

Verificar la identificación correcta del paciente.

Administrar analgesia preprocedimiento aproximadamente 1 hora antes del mismo (p. ej., paracetamol).

Durante el procedimiento, colocar al paciente en una posición cómoda.

Utilizar un asiento de circuncisión acolchado en lactantes.

Durante el procedimiento, utilizar un calentador de irradiación para mantener la temperatura corporal.

Proteger los ojos del niño de la luz directa.

Durante el procedimiento y hasta la primera ingesta de comida, utilizar un chupete empapado con sacarosa, con el permiso de los padres/tutores.

Durante la circuncisión, envolver la parte superior del cuerpo del niño.

Durante el procedimiento, poner música suave apropiada.

Monitorizar los signos vitales.

Administrar un anestésico local tópico (p. ej., EMLA), si está prescrito.

Ayudar al médico a bloquear el nervio dorsal peneano, si procede.

Aplicar vaselina líquida y/o apósito, si procede.

Controlar si hay hemorragia cada 30 minutos como mínimo durante las 2 horas posteriores al procedimiento.

Proporcionar analgesia posprocedimiento cada 4-6 horas durante 24 horas (p. ej., paracetamol).

Enseñar al paciente/padres los signos y síntomas que deben informarse al médico (p. ej., aumento de la temperatura, hemorragia, tumefacción, incapacidad de orinar).

Disponer de adaptaciones culturales.

Cuidados de la incontinencia intestinal

0410

Definición: Estimulación de la continencia intestinal y mantenimiento de la integridad de la piel perianal.

Actividades:

Determinar la causa física o fisiológica de la incontinencia fecal.

Determinar el inicio y tipo de la incontinencia intestinal, la frecuencia de los episodios y cualquier cambio relacionado de la función intestinal o de la consistencia de las deposiciones.

Explicar la etiología del problema y la base de las acciones.

Determinar los objetivos del programa de manejo intestinal con el paciente/familia.

Examinar los procedimientos y resultados esperados con el paciente.

Instruir al paciente/familia a que lleve un registro de defecación, si es preciso.

Lavar la zona perianal con jabón y agua y secarla bien después de cada deposición.

Utilizar preparados detergentes no iónicos, tales como Peri-Wash, para la limpieza, si es el caso.

Utilizar polvos y cremas en la zona perianal con precaución.

Mantener la cama y la ropa de cama limpias.

Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal, si procede.

Vigilar por si se produjera una evacuación intestinal adecuada.

Controlar la dieta y las necesidades de líquidos.

Evitar alimentos que causen diarrea.

Estar alerta por si hubiera efectos secundarios a la administración de medicamentos.

Utilizar una bolsa rectal, si está indicado.

Vaciar la bolsa rectal, si es necesario.

Proporcionar pañales de incontinencia, si es necesario.

Proporcionar pantalones de protección, si procede.

1.ª edición 1992

Cuidados de la incontinencia urinaria

0610

Definición: Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.

Actividades:

Identificar las causas de los múltiples factores que producen incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación, función cognoscitiva, problemas urinarios anteriores, residuo después de la eliminación y medicamentos).

Proporcionar intimidad para la evacuación.

Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.

Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.

Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente.

Ayudar a desarrollar/mantener un sentimiento de esperanza.

Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo.

Ayudar a seleccionar la prenda/compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo mientras se determina un tratamiento más definitivo.

Proporcionar prendas protectoras, si es necesario.

Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.

Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia.

Limitar los líquidos durante 2 o 3 horas antes de irse a la cama, si procede.

Programar la administración de diuréticos para que tenga menos impacto en el estilo de vida.

Enseñar al paciente/familia a registrar la producción y el esquema urinario, si procede.

Enseñar al paciente a beber un mínimo de 1,5l de líquido al día.

Enseñar maneras de evitar el estreñimiento o la impactación de heces.

Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (refrescos de cola, café, té y chocolate).

Obtener muestras de orina para prueba de cultivo y sensibilidad, si es necesario.

Controlar periódicamente la efectividad de los tratamientos quirúrgico, médico, farmacológico y autoprescrito.

Controlar periódicamente los hábitos intestinales.

Remitir al especialista en continencia urinaria, si procede.

1.ª edición 1992; 2.ª edición revisada 1996

Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis

0612

Definición: Estimulación de la continencia urinaria en niños.

Actividades:

Ayudar a la realización del diagnóstico (examen físico, cistograma, cistoscopia y análisis de laboratorio) para descartar causas físicas.

Entrevistar a los padres para obtener datos acerca del historial de entrenamiento para ir al aseo, esquemas de eliminación, infecciones del tracto urinario y sensibilidad a ciertos alimentos.

Determinar la frecuencia, duración y circunstancias de la enuresis.

Discutir los métodos eficaces e ineficaces del tratamiento anterior.

Observar periódicamente el nivel de frustración y estrés de la familia y del niño.

Realizar un examen físico.

Comentar las técnicas que se han de utilizar para disminuir la enuresis (luz nocturna, restricción de ingestión de líquidos, programa de uso nocturno del baño y de sistema de alarmas).

Animar al niño a manifestar los sentimientos.

Enfatizar las virtudes del niño.

Animar a los padres a que muestren amor y aceptación en casa para contrarrestar la ridiculización por parte de sus iguales.

Analizar la dinámica psicosocial de la enuresis con los padres (esquemas familiares, ruptura familiar, cuestiones de autoestima y características de autolimitación).

Administrar medicamentos si procede para el control a corto plazo.

2.ª edición 1996

Cuidados de la ostomía

0480

***Definición:* Asegurar la eliminación a través de un estoma y los cuidados del tejido circundante.**

Actividades:

Instruir al paciente/cuidador en la utilización del equipo de la ostomía/cuidados .

Disponer la demostración de uso del equipo al paciente/cuidador.

Ayudar al paciente a obtener el equipo necesario.

Aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente, si es necesario.

Observar la curación de la incisión/estoma.

Vigilar posibles complicaciones postoperatorias, como la obstrucción intestinal, el íleo paralítico, fisura de la anastomosis o la separación de la mucosa cutánea.

Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía.

Cambiar/vaciar la bolsa de ostomía, si procede.

Irrigar la ostomía, si procede.

Ayudar al paciente a practicar los autocuidados.

Animar al paciente/cuidador a expresar los sentimientos e inquietudes acerca del cambio de imagen corporal.

Examinar los cuidados de la ostomía del paciente.

Explicar al paciente lo que representarán los cuidados de la ostomía en su rutina diaria.

Ayudar al paciente a planificar en el tiempo la rutina de los cuidados.

Instruir al paciente para vigilar la presencia de posibles complicaciones (rotura mecánica, rotura química, exantema, fugas, deshidratación, infección).

Instruir al paciente acerca de los mecanismos para disminuir el dolor.

Controlar las pautas de eliminación.

Ayudar al paciente a identificar los factores que afectan a la pauta de eliminación.

Instruir al paciente/cuidador acerca de la dieta adecuada y los cambios esperados en la función de eliminación.

Proporcionar apoyo y asistencia mientras el paciente desarrolla la técnica para el cuidado del estoma/tejido circundante.

Enseñar al paciente a masticar concienzudamente, a evitar alimentos que antes le hubiesen causado trastornos digestivos, a añadir un alimento nuevo cada vez y a beber líquidos en abundancia.

Enseñar los ejercicios de Kegel si el paciente tiene un reservorio ileoanal.

Enseñar al paciente a intubar y drenar la bolsa Indiana siempre que la note llena (cada 4-6 horas).

Comentar sus preocupaciones acerca del funcionamiento sexual, si procede.

Fomentar las visitas al paciente por parte de personas de grupos de apoyo con el mismo estado.

Expresar confianza respecto a que el paciente puede continuar haciendo vida normal con la ostomía.

Fomentar la participación en grupos de apoyo de ostomía después del alta hospitalaria.

Cuidados de la piel: tratamiento tópico

3584

Definición: Aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la pérdida de la solución de continuidad.

Actividades:

Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera,

Realizar la limpieza con jabón antibacteriano, si resulta oportuno.

Vestir al paciente con ropas no restrictivas.

Espolvorear la piel con polvos medicinales, si procede.

Retirar el esparadrapo y los restos.

Proporcionar soporte a las zonas edematosas (almohada debajo de los brazos y soporte para escroto), si procede.

Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal, si es necesario.

Administrar fricciones en la espalda o el cuello, si procede.

Cambiar catéter, si procede.

Aplicar los pañales sin comprimir, si procede.

Colocar sobreempapadores, si es el caso.

Dar masaje alrededor de la zona afectada.

Aplicar un dispositivo de ostomía que encaje adecuadamente, cuando se precise.

Cubrir las manos con mitones, cuando resulte oportuno.

Proporcionar higiene de aseo, si es necesario.

Abstenerse de administrar aplicaciones de calor local.

Abstenerse de utilizar jabones alcalinos en la piel.

Mojar en baño coloidal, si procede.

Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.

Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con el programa específico.

Utilizar dispositivos en la cama (borreguito) que protejan la piel del paciente.

Aplicar protectores para los talones, si es el caso.

Aplicar polvos secantes en los pliegues de piel profundos.

Poner en marcha los servicios de consulta de cuidados de terapia de enterostomía, si se requiere.

Aplicar un apósito oclusivo limpio (Tegaderm o Duoderm), si es necesario.

Aplicar antibióticos tópicos a la zona afectada, si procede.

Aplicar agente antiinflamatorio tópico a la zona afectada, si está indicado.

Aplicar emolientes a la zona afectada.

Aplicar un antifúngico tópico en la zona afectada, si es preciso.

Aplicar un desbridante tópico en la zona afectada, cuando se requiera.

Pintar o pulverizar las verrugas de la piel con nitrógeno líquido, si procede.

Inspeccionar diariamente la piel en personas con riesgo de pérdida de integridad de la misma.

Registrar el grado de afectación de la piel.

Añadir humedad al ambiente con un humidificador, si es necesario.

1.ª edición 1992; 2.ª edición revisada 1996; 3.ª edición revisada 2000

Continúa

Cuidados de la piel: zona del injerto

3583

Definición: Prevención de complicaciones en la herida y fomento de la curación de la zona del injerto.

Actividades:

Verificar que se ha obtenido el historial completo y un examen físico antes de la cirugía del injerto cutáneo.

Aplicar apósitos de algodón o gasa para mantener la tensión adecuada en la zona del injerto, según protocolo de la institución.

Proporcionar el control adecuado del dolor (p. ej., medicación, musicoterapia, distracción, masaje).

Elevar la zona del injerto hasta que la circulación se active (aproximadamente 1 semana), después permitir «otras posiciones» durante períodos de tiempo cada vez más prolongados, según protocolo de la institución.

Utilizar aspiración con aguja para evacuar fluidos debajo del injerto y mantener en contacto directo la zona receptora y en el injerto durante el período de revascularización postoperatoria.

Evitar que las ampollas de líquido en el borde del injerto «se enrollen» durante el período de revascularización postoperatoria.

Evitar fricción en la zona del injerto.

Limitar la actividad del paciente en cama hasta que el injerto se adhiera.

Enseñar al paciente a mantener tan inmovilizada como sea posible la parte afectada durante la curación.

Examinar diariamente los apósitos, según protocolo de la institución.

Controlar el color, la temperatura, el llenado capilar y la turgencia del injerto, si la zona no está cubierta con un apósito.

Controlar si hay signos de infección (p. ej., fiebre, dolor) y otras complicaciones postoperatorias.

Incorporar las medidas necesarias para prevenir el desarrollo de neumonía, embolia pulmonar y úlceras por presión durante el período de inmovilización.

Proporcionar apoyo emocional, comprensión y consideración al paciente y a los miembros de la familia cuando el injerto no funcione.

Dar apoyo al paciente para expresar de manera adecuada la ira, la hostilidad y la frustración si el injerto no funciona.

Enseñar al paciente métodos para proteger la zona de injerto de agresiones mecánicas y térmicas (p. ej., exposición al sol, uso de almohadillas calientes).

Enseñar al paciente a utilizar medias de compresión, almohadillas o fajas para proteger la zona del injerto.

Enseñar al paciente a aplicarse regularmente lubricación artificial en la zona del injerto, si es necesario.

Enseñar al paciente que puede ser necesario proteger la zona del injerto durante años después del injerto.

Enseñar al paciente que fumar disminuye el aporte sanguíneo de la cara exterior del injerto y aumenta las posibilidades de que no funcione y, por tanto, ayudar a dejar de fumar.

Cuidados de la piel: zona donante

3582

Definición: Prevención de complicaciones en la herida y fomento de la curación de la zona donante.

Actividades:

Verificar que se ha obtenido el historial completo y un examen físico antes de la cirugía del injerto cutáneo.

Proporcionar el control adecuado del dolor (p. ej. medicación, musicoterapia, distracción, masaje).

Incorporar técnicas de cura húmeda para autoinjertos cutáneos.

Después de la cirugía, tapar la zona donante para autoinjertos cutáneos con un apósito alginato, transparente, semioclusivo, según protocolo de la institución.

Examinar diariamente el apósito, según protocolo de la institución.

Controlar si hay signos de infección (p. ej., fiebre, dolor) y otras complicaciones postoperatorias.

Mantener limpia y libre de presión la zona donante.

Enseñar al individuo a mantener la zona donante suave y flexible con crema (p. ej., lanolina, aceite de oliva).

Enseñar al individuo a evitar la exposición de la zona donante a temperaturas extremas, traumatismos externos y luz solar.

Cuidados de la retención urinaria

0620

Definición: Ayudar a aliviar la distensión de la vejiga.

Actividades:

Realizar una evaluación urinaria exhaustiva centrándose en la incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación urinaria, función, cognoscitiva y problemas urinarios anteriores).

Controlar periódicamente el uso de agentes no prescritos con propiedades anticolinérgicas o alfa-agonistas.

Controlar periódicamente los efectos de los fármacos prescritos, como bloqueadores del canal del calcio y anticolinérgicos.

Proporcionar intimidad para la eliminación.

Utilizar el poder de la sugestión haciendo correr agua o tirando de la cadena del aseo.

Estimular el reflejo de la vejiga aplicando frío en el abdomen, frotando la parte interior del muslo o haciendo correr agua.

Proporcionar tiempo suficiente para el vaciado de la vejiga (10 minutos).

Utilizar alcohol de arbusto siempre verde en la cuña u orinal

Disponer maniobra de Crede (presión manual sobre la vejiga para ayudar a eliminar la orina), si es necesario.

Utilizar técnica de eliminación doble.

Insertar catéter urinario, si procede.

Enseñar al paciente/familia a registrar la producción urinaria, si procede.

Enseñar modos de evitar el estreñimiento o la impactación de heces.

Controlar periódicamente la ingesta y la eliminación.

Vigilar periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante la palpación y percusión.

Ayudar en el aseo a intervalos regulares, si procede.

Extracción de la orina residual por sonda vesical.

Implementar cateterización intermitente, si procede.

Remitir al especialista en continencia urinaria, si procede.

1.ª edición 1992; 2.ª edición revisada 1996

Cuidados de la sonda gastrointestinal

1874

Definición: Actuación ante un paciente con una sonda gastrointestinal.

Actividades:

Observar la correcta colocación de la sonda, siguiendo el protocolo del centro.

Verificar la colocación mediante una radiografía, siguiendo el protocolo del centro.

Conectar la sonda para que aspire, si procede.

Fijar la sonda a la parte corporal correspondiente teniendo en cuenta la comodidad e integridad de la piel del paciente.

Irrigar la sonda, si procede.

Observar si hay sensaciones de plenitud, náuseas y vómitos.

Auscultar periódicamente los sonidos intestinales.

Observar si se produce diarrea.

Vigilar periódicamente el estado de líquidos y electrolitos.

Observar periódicamente la cantidad, el color y la consistencia del contenido nasogástrico.

Reemplazar la cantidad de producción gastrointestinal con la solución i.v. adecuada, según indicación.

Proporcionar cuidados de nariz y boca de tres a cuatro veces al día o cuando sea necesario.

Proporcionar caramelos duros o chicle para humedecer la boca, si procede.

Iniciar y vigilar periódicamente el aporte de alimentación por la sonda enteral, si procede, siguiendo el protocolo del centro.

Enseñar al paciente y a la familia los cuidados de la sonda, si procede.

Proporcionar cuidados de la piel alrededor de la zona de inserción de la sonda.

Extraer la sonda según se indique.

1.ª edición 1992; 3.ª edición revisada 2000

Cuidados de la zona de cesárea **6750**

Definición: Preparación y apoyo a la paciente durante el parto por cesárea.

Actividades:

Determinar la percepción de la paciente de la cesárea y prepararla para la misma, si es el caso.

Explicar las razones de la cesárea no planeada, si procede.

Animar a la paciente a que exprese sus sentimientos acerca de la cesárea no planificada.

Ofrecer información acerca del procedimiento y de las sensaciones que se experimentarán.

Realizar los preparativos para el parto por cesárea.

Preparar el abdomen para la intervención.

Animar al padre a que observe el parto, si resulta oportuno.

Dar apoyo a la paciente durante la cesárea.

Proporcionar información sobre el procedimiento mientras tiene lugar el mismo.

Proporcionar información sobre el bebé.

Dar la oportunidad de ver o coger al bebé después del nacimiento, si no está contraindicado.

Trasladar a la paciente a la sala de recuperación, si se indicara.

Inspeccionar el estado de la incisión quirúrgica, cuando proceda.

Ayudar en la realización de ejercicios de piernas hasta que se desvanezcan los efectos de la anestesia.

Animar a la paciente a que siga con los ejercicios de piernas hasta que empiece a caminar.

Administrar analgésicos para facilitar el descanso, la relajación, la lactancia y los cuidados del bebé, según el caso.

Administrar terapia de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) a la madre que da el pecho para minimizar el uso de medicamentos, si resulta oportuno.

Hablar sobre los sentimientos de la paciente y seres queridos acerca del parto por cesárea.

Cuidados de las heridas

3660

Definición: Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.

Actividades:

Despegar los apósitos y el esparadrapo.

Afeitar el vello que rodea la zona afectada, si es necesario.

Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.

Medir el lecho de la herida, si procede.

Extraer el material incrustado (astilla, cristal, grava, metal), según sea necesario.

Limpiar con solución salina normal o un limpiador no tóxico, si procede.

Colocar la zona afectada en un baño de remolino, si procede.

Cuidar el sitio de incisión, según sea necesario.

Administrar cuidados de la úlcera dérmica, si es necesario.

Aplicar un ungüento adecuado a la piel/lesión, si procede.

Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida.

Reforzar el apósito, si es necesario.

Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida.

Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.

Inspeccionar la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje.

Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.

Colocar de manera que se evite presionar la herida, si procede.

Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas, si procede.

Fomentar la ingesta de líquidos, si procede.

Remitir al médico de la ostomía de la herida, si procede.

Remitir al dietista, si procede.

Aplicar TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea) para favorecer la curación de la herida, si procede.

Colocar mecanismos de alivio de presión (p. ej., colchones con pérdida de aire baja, de espuma o gel; almohadillas para el codo o el talón; cojín para la silla), si procede.

Ayudar al paciente y a la familia a obtener material.

Enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura.

Enseñar al paciente o a miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.

Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.

Documentar la localización, el tamaño y la apariencia de la herida.

I." edición 1992; 3.ª edición revisada 2000; 4.ª edición revisada 2004

Cuidados de las heridas: drenaje cerrado

3662

Definición: Mantenimiento de un sistema de drenaje de presión en una herida.

Actividades:

Vaciar el sistema de drenaje de heridas cerrado, de acuerdo con el procedimiento.

Registrar el volumen y las características del drenaje a intervalos adecuados.

Obtener muestras, si es necesario.

Limpiar el dispositivo de recogida, si es necesario.

Comprobar la permeabilidad de la unidad.

Evitar acodar los tubos.

Inspeccionar las suturas, manteniendo el dispositivo de recogida en su sitio.

Numerar los dispositivos de recogida, si hubiera más de uno.

Fijar el aparato de drenaje cerrado a las ropas del paciente o de la cama, si procede,

Eliminar los vendajes sucios, los suministros y el drenaje de manera adecuada.

I." edición 1992

Cuidados de las heridas: quemaduras **3661**

Definición: Prevención de complicaciones de las heridas debidas a quemaduras y estimulación de la curación de las mismas.

Actividades:

Enfriar la herida con agua templada (20 °C) o solución salina en el momento de la lesión, si es posible.

Lavar las heridas químicas continuamente durante 30 minutos o más para garantizar la eliminación del producto causal.

Determinar el área de entrada y salida de quemaduras eléctricas para evaluar qué órganos pueden estar afectados.

Obtener un electrocardiograma (ECG) en todas las quemaduras eléctricas.

Elevar la temperatura en el paciente con quemaduras por frío.

Mantener permeables las vías aéreas para asegurar la ventilación.

Controlar el nivel de conciencia en pacientes con quemaduras graves.

Evaluar la boca y las fosas nasales del paciente para identificar cualquier posible lesión por inhalación.

Evaluar la herida, examinando su profundidad, extensión, localización, dolor, agente causal, exudación, granulación o tejido necrótico, epitelización y signos de infección.

Administrar toxoide tetánico, si procede.

Utilizar medidas de aislamiento físico para prevenir la infección (p. ej., mascarilla, bata, guantes estériles, gorro y cubrezapatos).

Informar al paciente del procedimiento que se va a seguir para vendar la herida.

Proporcionar medidas de confort antes de cambiar los apósitos.

Preparar un campo estéril y mantener una asepsia máxima durante todo el proceso.

Retirar el vendaje/apósito exterior cortándolo y mojándolo con solución salina o agua.

Realizar el desbridamiento de la herida, si procede.

Aplicar agentes tópicos a la herida, si procede.

Colocar un apósito oclusivo sin comprimir.

Colocar en una postura correcta para preservar la funcionalidad de extremidades y articulaciones para evitar la retracción.

Proporcionar un control adecuado del dolor con medidas farmacológicas y no farmacológicas.

Proporcionar cuidados cutáneos en los lugares de donante e injerto.

Asegurar la ingesta adecuada de nutrientes y líquidos.

Administrar gammaglobulina para evitar cambios de fluidos, si procede.

Ayudar al paciente a determinar el grado real de cambios físicos y funcionales.

Ofrecer al paciente opciones de reparación estética.

Recomendar métodos para proteger la parte afectada.

Ayudar al paciente a aceptar los cambios físicos y adaptarse a su estilo de vida (p. ej., relaciones sexuales, familiares, laborales y sociales).

Proporcionar aceptación y soporte emocional durante los cuidados.

Cuidados de las lentillas de contacto **1620**

Definición: Prevención de lesión ocular y daños a las lentillas por uso de lentillas de contacto.

Actividades:

Lavarse las manos exhaustivamente antes de tocar las lentillas.

Limpiar las lentillas con la solución estéril recomendada.

Utilizar soluciones recomendadas para humedecer las lentillas.

Guardar las lentillas en el dispositivo de almacenamiento.

Quitar las lentillas a la hora de ir a la cama o a intervalos adecuados para el paciente que no puede realizarlo por sí mismo.

Enseñar al paciente a inspeccionar si hay daños en las lentillas.

Aconsejar al paciente que evite maquillaje irritante para los ojos.

Evitar el uso de productos químicos (jabones, lociones, cremas y aerosoles) cerca de las lentillas, ya que pueden dañarlas.

Remitir al oculista, si procede.

1.ª edición 1992

Cuidados de las úlceras por presión

3520

Definición: Facilitar la curación de úlceras por presión.

Actividades:

Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.

Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y la apariencia de la piel circundante.

Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación.

Aplicar calor húmedo a la úlcera para mejorar la perfusión sanguínea y el aporte de oxígeno a la zona.

Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua.

Desbridar la úlcera, si es necesario.

Limpiar la úlcera con la solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro.

Utilizar una aguja del calibre 19 y una jeringa de 35 ml para limpiar las úlceras profundas.

Anotar las características del drenaje.

Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda.

Remojar con solución salina, según corresponda.

Aplicar ungüentos, si procede.

Aplicar vendajes, si está indicado.

Administrar medicaciones orales, si procede.

Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida.

Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada.

Utilizar camas y colchones especiales, si procede.

Utilizar mecanismos en la cama (badana) para proteger al individuo.

Asegurar una ingesta dietética adecuada.

Controlar el estado nutricional.

Verificar la ingesta adecuada de calorías y proteínas de alta calidad.

Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de rotura de la piel, si procede.

Enseñar al individuo o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.

Facilitar servicios de consulta de los cuidados de la terapia de la enterostomía, según sea necesario.

1.ª edición 1992; 3.ª edición revisada 2000; 4.ª edición revisada 2004

Cuidados de las uñas **1680**

Definición: Fomentar el aspecto de las uñas y prevenir la aparición de lesiones en la piel relacionadas con un cuidado inadecuado de las uñas.

Actividades:

Controlar o ayudar en la limpieza de las uñas, de acuerdo con la capacidad de autocuidados del individuo.

Controlar o ayudar a cortar las uñas, de acuerdo con la capacidad de autocuidados del individuo.

Empapar las uñas con agua caliente, limpiar debajo de las uñas con un palo de naranjo, y empujar las cutículas con un palo para cutículas.

Humedecer la zona alrededor de las uñas para evitar sequedad.

Observar si se produce algún cambio en las uñas.

Quitar el esmalte de uñas antes de llevar al individuo al quirófano, si procede.

Ayudar al individuo a aplicarse el esmalte, si resulta oportuno.

1.ª edición 1992; 4.ª edición revisada 2004

Cuidados de los oídos

1640

Definición: Prevenir o minimizar las amenazas al oído o la audición.

Actividades:

- Colocar al bebé de forma que la oreja quede plana con respecto a la cabeza.
- Observar si hay drenaje de los oídos, si es el caso.
- Irrigar el oído, si está indicado.
- Evitar introducir objetos con punta en el oído.
- Administrar gotas para los oídos, si procede.
- Enseñar a los padres a limpiar los oídos del bebé.
- Enseñar a los padres a vigilar al niño con congestión nasal por si hubiera infecciones en los oídos.
- Explicar la relación entre el equilibrio y el oído interno, si procede.
- Observar si hay episodios de mareos asociados con problemas de oídos, si procede.
- Enseñar a los padres a observar si hay infecciones de oídos en el bebé.
- Instruir a los padres sobre la importancia de completar cualquier tratamiento con antibióticos.
- Enseñar a los padres a coger al bebé de forma vertical al dar el biberón para evitar reflujos en las trompas de Eustaquio.
- Comprobar si el cerumen en el canal del oído de su hijo causa dolor o pérdida de audición.
- Instilar aceite mineral en el oído para ablandar el cerumen impactado antes de la irrigación.
- Irrigar el canal del oído con Water-Pik (o dispositivo similar) mediante un dispositivo adecuado con agua tibia (26 a 32 °C), si está indicado.
- Mostrar las técnicas correctas de irrigación de oídos a los padres/cuidador, cuando proceda.
- Comprobar la frecuencia de aparición de infecciones de oídos.
- Instruir a los padres acerca de los drenajes como tratamiento médico, si procede.
- Aconsejar a los padres que eviten sumergir los oídos del bebé en agua cuando los drenajes estén puestos.
- Enseñar a los padres a administrar gotas en los oídos, si procede.
- Instruir a los padres acerca de la importancia de las pruebas auditivas de rutina.
- Enseñar a los niños a que no se introduzcan objetos extraños en los oídos.
- Enseñar a controlar y regular la exposición a ruidos de volumen alto.
- Aconsejar al paciente que use protección de oídos en la exposición a ruidos de alta intensidad.
- Instruir al adolescente acerca del peligro potencial de la exposición a la música con volumen alto, especialmente con auriculares.
- Enseñar al paciente con agujeros en las orejas (*piercing*) a evitar la infección en el sitio de inserción.
- Fomentar el uso de tapones de oídos para nadar, si el paciente es susceptible a las infecciones de oído.

Cuidados de los ojos

1650

***Definición:* Prevenir o minimizar las posibles agresiones a los ojos o a la integridad visual.**

Actividades:

Observar si hay enrojecimiento, exudación o ulceración.

Informar al paciente de que no se toque los ojos.

Observar el reflejo corneal.

Retirar las lentillas de contacto, si procede.

Aplicar protección ocular, si procede.

Tapar los ojos con parches, si es necesario.

Alternar el parche ocular para la diplopía.

Aplicar gotas lubricantes, si procede.

Aplicar ungüento lubricante, si corresponde.

Bajar el párpado y fijar con esparadrapo, cuando esté indicado.

Aplicar cámara de humedad, si procede.

1.ª edición 1992; 3.ª edición revisada 2000

Cuidados de los pies

1660

Definición: Limpieza e inspección de los pies con el objeto de conseguir relajación, limpieza y salud en la piel.

Actividades:

Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edema en los pies.

Inspeccionar los zapatos del paciente para ver si calzan correctamente.

Poner los pies en remojo, si es necesario.

Secar cuidadosamente los espacios interdigitales.

Aplicar loción.

Limpiar las uñas.

Aplicar polvos absorbentes, si está indicado.

Comentar con el paciente la rutina habitual de cuidado de los pies.

Instruir al paciente/familia en la importancia del cuidado de los pies.

Ofrecer una actitud positiva respecto de las actividades de cuidados de los pies por sí mismo.

Observar el paso del paciente y la distribución de peso sobre los pies.

Controlar la limpieza y estado general de los zapatos y calcetines.

Enseñar al paciente a que inspeccione el interior de los zapatos por si hay zonas ásperas.

Comprobar el nivel de hidratación de los pies.

Observar si hay insuficiencia arterial en la parte inferior de las piernas.

Observar si hay edema en piernas y pies.

Enseñar al paciente a vigilar la temperatura de los pies con el dorso de la mano.

Instruir al paciente acerca de la importancia de la inspección, especialmente cuando disminuya la sensibilidad.

Cortar las uñas de los pies de grosor normal cuando están blandas, con un cortauñas y utilizando la curva del dedo como guía.

Remitir al podólogo para el corte de las uñas gruesas, si procede.

Examinar si en las uñas hay espesor o descoloramiento.

Enseñar al paciente a preparar y arreglarse las uñas.

1.ª edición 1992; 4.ª edición revisada 2004

Cuidados de tracción/inmovilización

0940

***Definición:* Actuación ante un paciente que tiene un dispositivo de tracción y/o inmovilización para inmovilizar y estabilizar una parte del cuerpo.**

Actividades:

Colocarlo en una correcta alineación corporal.

Mantener la posición correcta en la cama para fomentar la tracción.

Asegurarse de que se han colocado las pesas adecuadas.

Asegurarse de que las cuerdas de tracción y las poleas cuelgan libremente.

Asegurarse de que la polea de las cuerdas y de las pesas permanece a lo largo del eje del hueso fracturado.

Sujetar las pesas de tracción mientras se mueve al paciente.

Mantener la tracción en todo momento.

Investigar la capacidad de autocuidados durante la tracción.

Vigilar el dispositivo de fijación externo.

Controlar los sitios de inserción de los broches.

Vigilar la piel y las prominencias óseas para ver si hay signos de úlceras por decúbito.

Vigilar la circulación, movimientos y sensibilidad de la extremidad afectada.

Observar si se producen complicaciones por la inmovilidad.

Realizar los cuidados del sitio de inserción de los broches.

Administrar cuidados adecuados a la piel en los puntos de fricción.

Proporcionar un trapecio para el movimiento en la cama, si procede.

Instruir acerca del cuidado del dispositivo de sujeción, si es necesario.

Instruir acerca del cuidado del dispositivo de fijación externo, si es necesario.

Instruir acerca de los cuidados de la zona en que se aplica la tracción, según sea necesario.

Enseñar la importancia de una correcta alimentación para la cicatrización ósea.

1.ª edición 1992; 2.ª edición revisada 1996

Cuidados de una prótesis

1780

***Definición:* Cuidado de un dispositivo extraíble usado por un paciente y prevención de complicaciones asociadas con su utilización.**

Actividades:

Supervisar el uso inicial y los cuidados del dispositivo.

Inspeccionar el tejido circundante por si hubiera signos y síntomas de complicaciones.

Determinar el potencial de alteraciones en la imagen corporal.

Determinar las modificaciones de la vestimenta requerida.

Limpiar el aparato artificial, si procede.

Enseñar al paciente y a la familia a cuidar y colocar el dispositivo.

Guardar y proteger el dispositivo de una manera segura cuando no se use.

Extraer todos los dispositivos antes de la cirugía, si procede.

1.ª edición 1992

Cuidados del cabello

1670

Definición: Promoción del aseo, limpieza y aspecto del pelo.

Actividades:

Lavar el cabello, si es necesario y según se desee.

Secar el cabello con secador.

Cepillar/peinar el cabello a diario o con mayor frecuencia, si es necesario.

Utilizar un peine de púas o dientes anchos, si es necesario.

Inspeccionar el cabello todos los días.

Controlar diariamente el cuero cabelludo.

Aplicar aceite mineral al cuero cabelludo, si es necesario.

Hacer un masaje de cabello y cuero cabelludo.

Trenzar o disponer de otra manera el cabello según el deseo del paciente.

Arreglar con el barbero o peluquero para cortar el cabello al paciente, si es necesario.

Utilizar productos para el cuidado del cabello de preferencia del paciente, según disponibilidad.

1.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Cuidados del catéter central insertado periféricamente

4220

Definición: Inserción y mantenimiento de un catéter central insertado periféricamente, ya esté situado en la línea media o central.

Actividades:

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

Obtener un cultivo de piel y un cultivo de sangre (muestra de la línea y del otro brazo), si se observa drenaje purulento.

Realizar cultivo de la punta del catéter, si procede.

Mantener las precauciones universales.

1." edición 1992; **4."** edición revisada 2004

Cuidados del catéter de drenaje de ventriculostomía!lumbar

1878

Definición: Actuación ante un paciente con un sistema de drenaje de líquido cefalorraquídeo externo.

Actividades:

Vigilar la evolución del drenaje.

Controlar periódicamente la cantidad/frecuencia del drenaje de líquido cefalorraquídeo (LCR).

Monitorizar las características del drenaje de LCR: color, claridad y consistencia.

Registrar el drenaje de LCR.

Cambiar o vaciar la bolsa de drenaje, si es necesario.

Administrar antibióticos.

Observar si hay infección en el sitio de inserción.

Reforzar el vendaje del sitio de inserción, si es necesario.

Sujetar al paciente, si es necesario.

Explicar y reforzar las restricciones de la movilidad del paciente.

Controlar periódicamente el LCR para ver si hay rinorrea/otorrea.

1.ª edición 1992

Cuidados del catéter umbilical **1875**

Definición: Actuación ante un recién nacido con un catéter umbilical.

Actividades:

Ayudar a la inserción del catéter umbilical o insertarlo en recién nacidos (peso al nacer < 1.500 g o en shock).

Comprobar la posición del catéter mediante examen radiográfico.

Perfundir medicación y nutrición, según órdenes o de acuerdo con el protocolo.

Obtener presiones venosa y arterial, si procede.

Aplicar medicación antiséptica al muñón umbilical, según el protocolo.

Irrigar el catéter con solución heparinizada, si procede.

Cambiar la llave de tres pasos diariamente y si es necesario.

Fijar las conexiones con esparadrapo, si es necesario, para mantener la línea intacta.

Limpiar la superficie exterior con alcohol, si es necesario.

Estabilizar el catéter con esparadrapo.

Sujetar los tobillos y las muñecas.

Registrar la respuesta del bebé a la sujeción, según protocolo.

Proporcionar libertad de movimiento a los miembros sujetos.

Limpiar el muñón umbilical con alcohol, si es necesario.

Colocar al bebé de espaldas.

Registrar el aspecto de la zona umbilical y de los cuidados aplicados.

Observar si hay signos que requieran la retirada del catéter (falta de pulso en la pierna, dedos de los pies oscurecidos, hipertensión, enrojecimiento alrededor del ombligo y coágulos visibles en el catéter).

Extraer el catéter según las órdenes médicas o de acuerdo con el protocolo, retirándolo lentamente durante 5 minutos.

Aplicar presión al ombligo o grapar los vasos con una pinza hemostática.

Dejar el ombligo al descubierto.

Observar si hay hemorragia.

Cuidados del catéter urinario

1876

***Definición:* Actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario.**

Actividades:

Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.

Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.

Irrigar el sistema de catéter urinario mediante técnica estéril, si procede.

Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.

Cambiar el catéter urinario a intervalos regulares.

Cambiar el sistema del drenaje urinario a intervalos regulares.

Limpiar el catéter urinario por fuera en el meato.

Anotar las características del líquido drenado.

Fijar el catéter suprapúbico o de retención, según órdenes.

Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario.

Vaciar el dispositivo de drenaje urinario en los intervalos especificados.

Desconectar la bolsa de pierna por la noche y conectar a la bolsa de drenaje de pie de cama.

Comprobar las correas de la bolsa de pierna a intervalos regulares para ver si hay constricciones.

Mantener un cuidado de piel meticuloso en pacientes con bolsa de pierna.

Limpiar el equipo del drenaje urinario siguiendo el protocolo del centro.

Obtener muestra de orina por el orificio del sistema de drenaje urinario cerrado.

Observar si hay distensión de la vejiga.

Extraer el catéter lo antes posible.

1.ª edición 1992; 3.ª edición revisada 2000

Cuidados del desarrollo

8250

Definición: Estructurar el entorno y proporcionar cuidados en respuesta a las conductas y al estado del bebé pretérmino.

Actividades:

Crear una relación terapéutica y de apoyo con los padres.

Proporcionar un espacio para los padres en la unidad y al lado del bebé.

Proporcionar información exacta y objetiva a los padres respecto al estado, tratamiento y necesidades del bebé.

Informar a los padres de los problemas de desarrollo en los bebés pretérmino.

Ayudar a los padres a conocer a su bebé en un entorno cómodo y tranquilo.

Enseñar a los padres a reconocer las conductas y los estados del bebé.

Mostrar a los padres las capacidades del bebé al administrarle la escala de Valoración de la Conducta del Bebé Pretérmino (Assessment of Preterm Infant Behavior, APIB) u otras herramientas de observación neuroconductual.

Mostrar cómo obtener la atención visual o auditiva del bebé.

Ayudar a los padres a planificar los cuidados según las conductas y los estados del bebé.

Señalar actividades autorreguladoras del bebé (p. ej., poner la mano en la boca, chupar, utilizar estímulos visuales o auditivos).

Facilitar «descansos» cuando el bebé muestre señales de estrés (p. ej., extensión de los dedos, poco color, deterioro del estado de salud, fluctuación del ritmo cardíaco y respiratorio).

Enseñar a los padres a consolar al bebé utilizando técnicas de relajación conductual (p. ej., poner la mano sobre el bebé, cambiarlo de posición, envolverlo).

Realizar un programa de desarrollo individualizado para cada bebé y actualizarlo con regularidad.

Evitar la sobrestimulación excitando un sentido cada vez (p. ej., evitar hablarle mientras se le toca, mirarle mientras se le alimenta).

Ayudar a los padres a tener expectativas realistas sobre la conducta y el desarrollo del bebé.

Proporcionar límites que mantengan la flexión de las extremidades permitiendo sitio para la extensión (p. ej., ponerle en el nido, cambiar pañales, ponerlo en una hamaca, vestirle).

Facilitar soportes para mantenerle en la posición adecuada y evitar malformaciones (p. ej., almohadas lumbares, nidos, lanillas, protectores para la cabeza).

Cambiar de posición al bebé con frecuencia.

Proporcionar una orientación de los brazos hacia la línea media del cuerpo para facilitarle actividades mano-boca.

Proporcionar un colchón de agua y borreguito, según sea conveniente.

Utilizar el pañal más pequeño para evitar una abducción de cadera.

Controlar los estímulos (luz, ruido, contacto, procedimientos) del entorno del bebé y reducirlos según sea conveniente.

Disminuir la luz ambiental.

Proteger los ojos del bebé cuando se utilicen las lámparas de fototerapia.

Modificar la iluminación ambiental para facilitar el ritmo diurno.

Disminuir el ruido ambiental (p. ej., bajar el tono y responder con rapidez para controlar las alarmas y los teléfonos, conversar lejos de la cama).

Colocar la incubadora alejada de la fuente de ruido (fregaderos, puertas, teléfonos, actividades ruidosas, radio, tráfico).

Organizar el cuidado y la alimentación del bebé en función del ciclo sueño/despertar.

Preparar el equipo utilizado (para los cuidados) lejos de la cama.

Continúa

Actividades (Cont.):

Agrupar los cuidados para favorecer el intervalo más largo posible de sueño y la conservación de energía.

Proporcionar una silla cómoda en una zona tranquila para alimentarle.

Utilizar movimientos lentos y suaves cuando se toque, alimente o atienda al bebé.

Alimentar al bebé sin mirarle o hablarle, si ello le sobrestimula.

Colocar al bebé y apoyarlo mientras dure la alimentación, manteniendo una posición flexionada hacia la línea media (p. ej., apoyo con los hombros y el tronco, asegurarle los pies, sujetarlo con la mano, envolverlo).

Alimentarlo en posición erguida para favorecer la extensión de la lengua y la deglución.

Favorecer la participación del padre en la alimentación.

Apoyar la lactancia materna si la madre así lo desea.

Utilizar un chupete para la succión no nutritiva si la alimentación se realiza mediante un gastrocebadador o entre tomas, según sea conveniente.

Proporcionar un entorno tranquilo después de la alimentación para evitar hipo, regurgitación, aspiración.

Facilitar la transición y calmarlo durante los procedimientos dolorosos y estresantes pero necesarios.

Establecer rutinas consecuentes y predecibles para favorecer los ciclos sueño/despertar.

Proporcionar estimulación utilizando grabaciones de música instrumental, móviles, masajes, balanceo y contacto, según sea conveniente.

Cuidados del drenaje

1870

Definición: Actuación ante un paciente con un dispositivo de drenaje externo en el cuerpo.

Actividades:

Mantener la permeabilidad del drenaje, si procede.

Mantener el recipiente de drenaje al nivel adecuado.

Proporcionar un tubo lo suficientemente largo como para permitir libertad de movimiento, si procede.

Fijar el tubo, si procede, para evitar presión y la extracción accidental.

Vigilar periódicamente la permeabilidad del catéter, anotando cualquier dificultad de drenaje.

Observar periódicamente la cantidad, el color y la consistencia del drenaje del tubo.

Vaciar el dispositivo de recogida, si procede.

Asegurar la correcta colocación del tubo.

Asegurar el funcionamiento del tubo y del equipo correspondiente.

Conectar la aspiración, si procede.

Irrigar el tubo, si procede.

Cambiar el tubo con frecuencia, según indicación del protocolo del centro.

Inspeccionar la zona alrededor del sitio de inserción del tubo para ver si hay enrojecimiento y rotura de la piel, si procede.

Administrar cuidados de la piel en el sitio de inserción del tubo, si procede.

Ayudar al paciente a fijar el tubo y/o los dispositivos de drenaje al caminar, sentarse y estar de pie, si procede.

Fomentar períodos de aumento de la actividad, si procede.

Controlar periódicamente la respuesta del paciente y la familia a la presencia de dispositivos de drenaje externos.

Fijar el tubo para facilitar la deambulación.

Enseñar al paciente y a la familia el propósito del drenaje y los cuidados que deben prestarse al mismo, si procede.

Proporcionar apoyo emocional para enfrentarse al uso a largo plazo de los tubos y/o los dispositivos de drenaje externos, si procede.

Cuidados del drenaje torácico

1872

***Definición:* Actuación ante un paciente con un dispositivo de drenaje torácico.**

Actividades:

Observar si hay signos y síntomas de neumotorax.

Asegurarse de que todas las conexiones de los tubos están firmemente fijadas con cinta.

Mantener el recipiente del drenaje por debajo del nivel del pecho.

Proporcionar un tubo lo suficientemente largo como para permitir libertad de movimiento, si procede.

Fijar el tubo firmemente.

Observar la posición del tubo mediante informes radiográficos.

Observar periódicamente la corriente/salida del tubo torácico y las fugas de aire.

Observar si hay burbujas en la cámara de aspiración del sistema de drenaje del tubo torácico y corrientes en la cámara hermética.

Monitorizar la permeabilidad del tubo torácico desmontando e inspeccionando pérdidas del tubo.

Observar si hay crepitación alrededor de la zona de inserción del tubo torácico.

Observar si hay signos de acumulación de líquido intrapleuraleal.

Observar y registrar el volumen, tono, color y la consistencia del drenaje del pulmón.

Observar si hay signos de infección.

Ayudar al paciente a toser, respirar profundamente y girarlo cada 2 horas.

Limpiar la zona alrededor del sitio de inserción del tubo.

Cambiar el vendaje alrededor del tubo torácico cada 48 a 72 horas, si es necesario.

Utilizar gasa de jalea de petróleo para cambiar el vendaje.

Asegurarse de que la botella/pleurovac del tubo torácico se mantiene en una posición vertical.

Cambiar la botella/pleurovac cuando sea necesario.

Cuidados del embarazo de alto riesgo

6800

Definición: Identificación y manejo de un embarazo de alto riesgo para fomentar los resultados óptimos en la madre y el bebé.

Actividades:

Determinar la presencia de factores médicos relacionados con malos resultados del embarazo (diabetes, hipertensión, lupus erimatoso, herpes, hepatitis, VIH y epilepsia).

Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo (prematurez, posmadurez, preeclampsia, embarazo múltiple, retraso del crecimiento uterino, desprendimiento de placenta, placenta previa, sensibilización Rh, rotura prematura de membranas e historial familiar de trastornos genéticos).

Reconocer los factores demográficos y sociales relacionados con malos resultados del embarazo (edad de la madre, raza, pobreza, cuidados prenatales tardíos o inexistentes, abuso físico y abuso de sustancias nocivas).

Determinar el conocimiento de la paciente de los factores de riesgo identificados.

Fomentar la expresión de sentimientos y miedos acerca de cambios en el estilo de vida, bienestar fetal, cambios económicos, funcionamiento familiar y seguridad personal.

Proporcionar materiales educativos que traten sobre los factores de riesgo y los exámenes y procedimientos habituales de vigilancia.

Instruir a la paciente en técnicas de autocuidados para aumentar las posibilidades de un resultado saludable (hidratación, dieta, modificación de actividades, importancia de chequeos prenatales regulares, normalización de los valores de glucosa en sangre y precauciones sexuales, incluyendo la abstinencia).

Instruir sobre métodos alternativos de gratificación e intimidad sexual.

Remitir, si procede, a programas específicos (dejar de fumar, tratamiento de abuso de sustancias nocivas, educación sobre diabetes, educación para prevención de partos antes de término, refugio para personas que sufren abusos, clínica para enfermedades de transmisión sexual).

Instruir a la paciente sobre el uso de fármacos prescritos (insulina, tocolíticos, antihipertensivos, antibióticos, anticoagulantes y anticonvulsivos).

Instruir a la paciente sobre técnicas de automonitorización, si procede (signos vitales, prueba de glucosa en sangre, monitorización de actividad uterina y aporte de medicación subcutánea continua).

Escribir guías sobre signos y síntomas que requieran atención médica inmediata (hemorragia vaginal roja brillante, cambios en el líquido amniótico, disminución del movimiento fetal, cuatro o más contracciones por hora antes de las 37 semanas de gestación, jaquecas, trastornos visuales, dolor epigástrico y rápida ganancia de peso con edema facial).

Discutir los riesgos fetales asociados con partos antes de término en las diversas edades de gestación,

Remitir a la unidad de cuidados intensivos del recién nacido si se anticipa el parto antes de término (embarazo múltiple).

Enseñar a contar los movimientos fetales.

Realizar pruebas para evaluar el estado fetal y la función de la placenta, como falta de estrés, reto de oxitocina, perfiles biofísicos y pruebas de ultrasonido.

Obtener cultivos del cérvix, si procede.

Ayudar en los procedimientos de diagnóstico fetal (amniocentesis, muestras de vello coriónico, muestras de sangre umbilical percutánea y estudios de flujo de sangre de Doppler).

Ayudar con los procedimientos de terapia fetal (transfusiones fetales, cirugía fetal, reducción selectiva y procedimiento de término).

Interpretar las explicaciones médicas de los resultados de las pruebas y procedimientos.

Administrar globulina inmune Rh,(D) (Rho-GAM o Gamulin), si procede, para evitar la sensibilización de Rh después de procedimientos invasivos.

Continúa

268 Cuidados del embarazo de alto riesgo (6800)

Actividades (Cont.):

Establecer un plan de seguimiento clínico.

Proporcionar guía de anticipación de las posibles intervenciones durante el proceso del parto (Monitorización fetal electrónica: durante el parto, Supresión de las contracciones de parto, Inducción al parto, Administración de medicación, Cuidados de la zona de cesárea).

Fomentar la pronta asistencia a clases prenatales o proporcionar materiales de educación sobre el parto para las pacientes que guarden cama.

Proporcionar guía anticipada de experiencias comunes que sufren las madres de alto riesgo durante el período posparto (agotamiento, depresión, estrés crónico, decepción con la crianza del bebé, pérdida de ingresos, distanciamiento de la pareja y disfunción sexual).

Remitir a grupos de apoyo de madres de alto riesgo, si es necesario.

Remitir a centros de cuidados en casa (servicios de cuidados perinatales especializados, manejo de casos perinatales y cuidados de salud pública).

Monitorizar el estado físico y psicosocial muy atentamente durante el embarazo.

Informar sobre desviaciones que se aparten de lo normal en el estado materno y/o fetal inmediatamente al médico o matrona.

Documentar la educación de la paciente, resultados de laboratorio, resultados de pruebas fetales y respuestas de la paciente.

2.ª edición 1996

Cuidados del embolismo: periférico

4104

***Definición:* Limitación de complicaciones en un paciente que experimenta o está en situación de riesgo de sufrir oclusión de la circulación periférica.**

Actividades:

Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobación del pulso periférico, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades).

Observar si hay dolor en la zona afectada.

Comprobar si hay presencia de signos de Homan (dolor cuando se flexiona dorsalmente el pie).

Observar si hay signos de disminución de la circulación venosa, incluyendo aumento de la circunferencia de las extremidades, inflamación y sensibilidad dolorosas, empeoramiento del dolor en la posición de declive, vena dura a la palpación, calambres graves, enrojecimiento y calor, entumecimiento y hormigueos, y fiebre.

Administrar medicación anticoagulante, si procede.

Controlar el tiempo de protrombina (PT) del paciente y el tiempo de tromboplastina parcial (PTT) para mantenerlos de una a dos veces de lo normal, si procede.

Disponer de sulfato de protamina y/o vitamina K en caso de emergencia.

Observar si se producen signos de hemorragia; por ejemplo, buscar sangre en heces y drenaje nasogástrico.

Administrar antiácidos y analgésicos, si procede.

Mantener al paciente en cama y cambiarlo de posición cada 2 horas.

Elevar las sábanas de la cama utilizando un arco de cama o marca de protección sobre la extremidad afectada, si procede.

Vigilar el estado neurológico.

Realizar ejercicios de movimientos articulados pasivos o activos en las extremidades afectadas.

Disponer medidas de alivio/comodidad respecto al dolor.

Recomendar al paciente que no se masajee la zona afectada.

Observar si se producen efectos secundarios por la medicación anticoagulante, si corresponde.

1.ª edición 1992

Cuidados del embolismo: pulmonar

4106

***Definición:* Limitación de complicaciones en un paciente que experimenta o está en situación de riesgo de sufrir oclusión de la circulación pulmonar.**

Actividades:

Evaluar el dolor torácico (intensidad, localización, radiación, duración y factores de intensificación o alivio).

Auscultar sonidos pulmonares para ver si hay crepitaciones u otros sonidos adventicios.

Observar el esquema respiratorio por si aparecen síntomas de dificultad respiratoria (disnea, taquipnea y falta de aire).

Vigilar factores determinantes de aporte de oxígeno tisular (PaO_2 , SaO_2 y niveles de hemoglobina y gasto cardíaco), según disponibilidad.

Observar si hay síntomas de oxigenación tisular inadecuada (palidez, cianosis y llenado capilar lento).

Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria (niveles de PaO_2 bajos, $PaCO_2$ elevados y fatiga muscular respiratoria).

Favorecer una buena ventilación (incentivar espirometría y tos y respiración profunda cada 2 horas).

Vigilar valores de laboratorio para ver si hay cambios de oxigenación o desequilibrio ácido-base, si procede.

Instruir al paciente y/o a la familia respecto de los procedimientos de diagnóstico (exploración de la ventilación-perfusión [V/Q]), si procede.

Animar al paciente a que se relaje.

Obtener niveles de gases en sangre arterial, si corresponde.

Administrar anticoagulantes, si procede.

Observar si se producen efectos secundarios por los medicamentos anticoagulantes, si corresponde.

Evitar el sobreenclavamiento del catéter de arteria pulmonar para evitar la rotura de la arteria pulmonar, si corresponde.

Controlar el trazado de la arteria pulmonar por si se produce enclavamiento espontáneo del catéter, si corresponde.

Volver a colocar espontáneamente el catéter de arteria pulmonar enclavado, si corresponde.

Cuidados del lactante

6820

Definición: Fomento de cuidados adecuados al nivel de desarrollo y centrados en la familia para el lactante de menos de 1 año de edad.

Actividades:

Monitorizar el peso y la altura del lactante.

Monitorizar la ingesta y eliminación, si procede.

Cambiar los pañales, si procede.

Dar al lactante alimentos que sean adecuados al nivel de desarrollo.

Disponer oportunidades de alimentación no nutritiva, si procede.

Mantener las barras laterales de la cuna levantadas cuando no se esté cuidando al bebé.

Monitorizar la seguridad del ambiente del lactante.

Proporcionar al lactante juguetes seguros, adecuados al nivel de desarrollo.

Proporcionar información a los padres acerca del desarrollo y la crianza de niños.

Disponer actividades adecuadas al nivel de desarrollo para estimular el desarrollo cognoscitivo.

Proporcionar estimulación que agrade a todos los sentidos.

Estructurar juegos y cuidados teniendo en cuenta los patrones de estilo/temperamento de conducta del lactante.

Hablar con el lactante mientras se administran los cuidados.

Mecer al lactante para fomentar la seguridad o el sueño.

Animar a los padres a que realicen los cuidados diarios del lactante, si procede.

Aconsejar a los padres a que realicen los cuidados especiales del lactante, si procede.

Reforzar la habilidad de los padres al realizar los cuidados especiales del lactante.

Informar a los padres acerca de los progresos del lactante.

Explicar a los padres las razones del tratamiento y procedimientos.

Sujetar al lactante durante los procedimientos.

Consolar al lactante después de un procedimiento doloroso.

Explicar a los padres que la regresión es normal en momentos de estrés, como enfermedad u hospitalización.

Consolar al lactante cuando experimente ansiedad por separación.

Fomentar las visitas familiares.

Mantener la rutina diaria del lactante durante la hospitalización.

Disponer un ambiente tranquilo, sin interrupciones, durante los períodos de sueño y por la noche, si procede.

1.ª edición 1992

Cuidados del paciente amputado

3420

Definición: Promover la curación física y psicológica anterior y posterior a la amputación de un miembro corporal.

Actividades:

Animar al paciente a participar en la decisión de amputar, si es posible, dado que la participación es un factor importante para la adaptación postoperatoria y la rehabilitación.

Asegurarse de que el paciente comprende y acepta la necesidad de cirugía de amputación antes de la cirugía, si es posible.

Dar información y apoyo antes y después de la cirugía.

Colocar un colchón para aliviar la presión en la cama antes de la cirugía, si es adecuado, para ayudar a prevenir el desarrollo de úlceras por presión.

Colocar el muñón en la posición corporal adecuada.

Colocar el muñón por debajo de la rodilla en una posición de extensión.

Evitar colocar el muñón en una posición dependiente para disminuir el edema y la estasis vascular.

Evitar alterar el vendaje del muñón inmediatamente después de la cirugía mientras no haya fugas o signo de infección.

Envolver el muñón, según proceda.

Favorecer un muñón suave de forma cónica por medio de vendaje para un correcto encaje de prótesis.

Controlar el edema presente en el muñón.

Observar si hay dolor de miembro fantasma (quemazón, calambres, palpitaciones, presión u hormigueo donde estaba la pierna).

Explicar que el dolor fantasma puede comenzar varias semanas después de realizada la cirugía y que puede activarse por la presión en otras zonas.

Administrar varios tipos de control del dolor (farmacológico y no farmacológico) según sea necesario para proporcionar comodidad, antes y después de la cirugía (p. ej., fonoforesis, masaje).

Observar si hay muestras de inquietud psicológica respecto al cambio de imagen corporal, tales como depresión o ansiedad.

Enseñar al paciente a informar sobre signos y síntomas de circulación alterada (p. ej., hormigueo, pulso periférico ausente, temperatura cutánea baja).

Vigilar la curación de la herida en el sitio de incisión.

Colocar la zona afectada en baño de agua en movimiento, cuando corresponda.

Observar la piel por si hay señales de lesiones.

Enseñar al paciente cómo realizar correctamente los ejercicios de amplitud de movimiento y por qué son importantes después de la cirugía.

Ayudar al paciente con los ejercicios de margen de movimientos, si fuera necesario.

Enseñar al paciente ejercicios de resistencia y extensión.

Ayudar a realizar ejercicios de resistencia y extensión, si es necesario.

Enseñar al paciente a que evite sentarse durante largos períodos.

Disponer un trapecio para el movimiento en cama, si está indicado.

Instruir sobre los procedimientos de transferencias.

Valorar los ajustes del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado.

Aceptar la necesidad inicial de ocultación de los cambios.

Realizar una persuasión suave para proceder a ver la parte alterada del cuerpo.

Ayudar al paciente durante el proceso de aflicción asociado con la pérdida de una parte del cuerpo.

Facilitar la identificación de los cambios necesarios en el estilo de vida.

Establecer objetivos comunes para el autocuidado progresivo.

Animar al paciente a practicar autocuidados del muñón.

Dar las enseñanzas adecuadas para los autocuidados después del alta.

Facilitar oportunidades de interacción entre personas con amputaciones similares.

Proporcionar la información adecuada sobre mecanismos protésicos y técnicas de movilización.

Comentar la necesidad de mecanismos de ayuda de amplio movimiento (p. ej., modificaciones del hogar y del coche), si procede.

Comentar los posibles objetivos a largo plazo de la rehabilitación con el paciente, que puede incluir andar sin un mecanismo de apoyo (p. ej., un bastón o un andador) o incluso correr, si procede.

1.ª edición 1992; 4.ª edición revisada 2004

Cuidados del paciente encamado

0740

Definición; Fomento de la comodidad, la seguridad y la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.

Actividades:

- Explicar las razones del reposo en cama.
- Colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado.
- Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.
- Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas.
- Colocar en la cama una base de apoyo para los pies.
- Utilizar dispositivos en la cama (p. ej., borreguito) que protejan al paciente.
- Aplicar dispositivos que eviten los pies equinos.
- Subir las barandillas, si procede.
- Colocar el interruptor de posicionamiento de la cama al alcance de la mano.
- Colocar la luz de llamada al alcance de la mano.
- Colocar la mesilla de noche al alcance del paciente.
- Fijar un trapecio a la cama, si procede.
- Cambiarlo de posición, según lo indique el estado de la piel.
- Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con un programa específico.
- Vigilar el estado de la piel.
- Enseñar ejercicios de cama, si procede.
- Facilitar pequeños cambios del peso corporal.
- Realizar ejercicios de margen de movimiento pasivos y/o activos.
- Ayudar con las medidas de higiene (p. ej., uso de desodorante o perfume).
- Ayudar con las actividades de la vida diaria.
- Aplicar medidas profilácticas antiembólicas.
- Observar si se produce estreñimiento.
- Controlar la función urinaria.
- Monitorizar el estado pulmonar.

Cuidados del paciente escayolado: mantenimiento

0762

Definición: Cuidados de un paciente escayolado después del secado.

Actividades:

Monitorizar los signos de infección (olor fétido del yeso, eritema, fiebre).

Monitorizar los signos de deterioro de la circulación o de la función neurológica (p. ej., dolor, palidez, ausencia de pulsos, parestesias, parálisis y presión) causados por el yeso en la extremidad afectada.

Monitorizar la circulación y la función neurológica de los tejidos por encima y por debajo del yeso.

Tratar inmediatamente los síntomas de circulación comprometida y el dolor (p. ej., sustituir el yeso, realizar la amplitud de movimiento [ROM] en la extremidad, actuar de forma inmediata para aliviar la presión del yeso).

Inspeccionar la escayola por si hubiera signos de drenaje de las heridas situadas por debajo del yeso.

Marcar la circunferencia de cualquier drenado como medida para futuras valoraciones.

Proteger el yeso si está cerca de la ingle.

Instruir al paciente para que no se rasque la piel situada por debajo de la escayola con ningún objeto.

Ofrecer alternativas para el rascado (p. ej., aire frío de un secador de pelo).

Evitar humedecer el yeso (p. ej., utilizar protección adecuada para el baño o el aseo, medias o guantes protectores).

Colocar el yeso sobre almohadas para disminuir la tensión sobre otras partes del cuerpo con el talón escayolado fuera de la almohada.

Aplicar hielo durante las primeras 24 a 36 horas para reducir la hinchazón o la inflamación.

Elevar la extremidad escayolada por encima del nivel del corazón para reducir la hinchazón o la inflamación.

Comprobar si hay grietas o roturas de la escayola.

Aplicar un soporte de brazo como apoyo, si corresponde.

Acolchar los bordes ásperos y las conexiones de tracción del yeso, si procede.

Enseñar al paciente y a la familia a cuidar el yeso.

Documentar las instrucciones de cuidados del yeso entregadas al paciente y a la familia.

Observar la capacidad del paciente de cuidar el yeso.

1.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Cuidados del paciente escayolado: yeso húmedo

0764

Definición: Cuidados de una escayola reciente durante el período de secado.

Actividades:

Monitorizar los signos de deterioro de la circulación o de la función neurológica (p. ej., dolor, palidez, ausencia de pulsos, parestesias, parálisis y presión) causado por el yeso en la extremidad afectada.

Monitorizar la circulación y la función neurológica de los tejidos por encima y por debajo del yeso.

Tratar inmediatamente los síntomas de circulación comprometida y el dolor, para evitar una lesión permanente del estado neurovascular (p. ej., sustituir el yeso, notificar los síntomas no resueltos que necesitan una actuación inmediata para aliviar la presión del yeso).

Apoyar el yeso sobre almohadas durante el período de secado.

Manipular la extremidad escayolada sólo con las palmas hasta que el yeso esté seco para evitar indentaciones de los dedos que puede producir úlceras por presión.

Informar al paciente que sentirá calor en el yeso mientras se seca.

Proteger el yeso si está cerca de la ingle.

Mantener los ángulos del yeso durante el período de secado.

Inspeccionar el yeso por si hubiera signos de drenaje de las lesiones situadas debajo del mismo.

Marcar la circunferencia de cualquier drenaje como indicación para futuras valoraciones.

Explicar la necesidad de limitar la actividad mientras el yeso se seca.

Identificar cualquier cambio de sensibilidad o aumento del dolor en el sitio de la fractura.

Aplicar hielo durante las primeras 24 a 36 horas para reducir la hinchazón o la inflamación, si está indicado.

Elevar la extremidad escayolada por encima del nivel del corazón para reducir la hinchazón o la inflamación, si está indicado.

Enseñar al paciente y a la familia a cuidar el yeso.

Documentar las instrucciones sobre el cuidado del yeso dadas al paciente y a la familia.

1.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Cuidados del recién nacido

6880

Definición: Actuación con el recién nacido durante el paso a la vida extrauterina y el subsiguiente período de estabilización.

Actividades:

- Limpiar las vías aéreas de mucosidad inmediatamente después del nacimiento.
- Pesar y medir al recién nacido.
- Determinar la edad gestacional.
- Comparar el peso del recién nacido con la edad gestacional estimada.
- Observar la temperatura corporal del recién nacido.
- Mantener la temperatura corporal del recién nacido caliente.
- Secar al bebé inmediatamente después del nacimiento para evitar pérdidas de calor.
- Envolver al bebé en una manta inmediatamente después del nacimiento para mantener la temperatura corporal, si no se va a poner en calentador.
- Poner un gorrito de punto para evitar la pérdida de calor.
- Colocar al recién nacido en incubadora o calentador si es necesario.
- Elevar el cabecero de la cuna o incubadora para favorecer la función respiratoria.
- Colocar al bebé en el pecho de la madre inmediatamente después del nacimiento, si procede.
- Observar/evaluar el reflejo de succión durante la alimentación.
- Dar un primer baño al bebé después de que la temperatura se haya estabilizado.
- Coger o tocar regularmente al bebé que está en la incubadora, si procede.
- Realizar el cuidado ocular profiláctico.
- Medir el perímetro cefálico.
- Determinar el grupo y tipo sanguíneo de la madre y del bebé.
- Mecer al niño para favorecer el sueño y dar sensación de seguridad.
- Poner una manta enrollada en la espalda del bebé para colocarlo de lado.
- Colocar al bebé en decúbito lateral o supino después de la alimentación.
- Poner al bebé con la cabeza elevada para que eructe.
- Reforzar o proporcionar información acerca de las necesidades nutricionales del recién nacido.
- Determinar el estado del cordón antes de la transfusión a través de la vena umbilical.
- Limpiar el cordón umbilical con un preparado prescrito.
- Mantener el cordón umbilical seco y al aire poniendo el pañal por debajo del cordón.
- Limpiar y aplicar vaselina para cubrir la circuncisión.
- Poner los pañales flojos después de la circuncisión.
- Eliminar inmediatamente los impedimentos cuando el procedimiento es necesario.
- Proteger al recién nacido frente a las fuentes de infección del ambiente hospitalario.
- Comprobar el buen estado del bebé antes de administrar los cuidados.
- Disponer un ambiente tranquilo, sedante.
- Responder a la necesidad de cuidados del recién nacido para desarrollar su confianza.
- Mantener contacto visual y hablar al bebé mientras se le administran los cuidados.

1.ª edición 1992; 3.ª edición revisada 2000

Continúa

Cuidados del sitio de incisión

3440

Definición: Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, cüps o grapas.

Actividades:

Explicar el procedimiento al paciente mediante mía preparación sensorial.

Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.

Tomar nota de las características de cualquier drenaje.

Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.

Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.

Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia.

Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.

Utilizar hisopos de algodón estériles para una limpieza eficaz de las suturas, heridas profundas y estrechas o heridas con cavidad.

Limpiar la zona que rodea cualquier sitio de drenaje o el final del tubo de drenaje.

Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje.

Aplicar bandas o tiras de cierre, si procede.

Aplicar antiséptico, según prescripción.

Retirar las suturas, grapas o clips, si está indicado.

Cambiar el vendaje a los intervalos adecuados.

Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.

Facilitar la visión de la incisión por parte del paciente.

Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.

Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de la incisión.

Enseñar al paciente y/o a la familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección.

1.ª edición 1992; 3.ª edición revisada 2000

Cuidados en la agonía

5260

Definición: Prestar comodidad física y paz psicológica en la fase final de la vida.

Actividades:

Disminuir la demanda de funcionamiento cognitivo cuando el paciente está enfermo o fatigado.

Observar si el paciente padece ansiedad.

Observar los cambios de humor.

Comunicar la voluntad de discutir aspectos de la muerte.

Animar al paciente y a la familia a compartir los sentimientos sobre la muerte.

Apoyar al paciente y a la familia en los estadios de pena.

Observar si hay dolor,

Minimizar la incomodidad, cuando sea posible.

Administrar la medicación por vías alternativas cuando se desarrollen problemas con la deglución.

Posponer la alimentación cuando el paciente se encuentre fatigado.

Ofrecer líquidos y comidas blandas frecuentemente.

Ofrecer comidas culturalmente adecuadas.

Vigilar el deterioro de la capacidad física y/o mental.

Establecer frecuentes períodos de descanso.

Ayudar con los cuidados básicos, si es necesario.

Quedarse físicamente cerca del paciente atemorizado.

Respetar la necesidad de privacidad.

Modificar el ambiente, en función de las necesidades y los deseos del paciente.

Identificar las prioridades de cuidados del paciente.

Facilitar la obtención de apoyo espiritual al paciente y a la familia.

Respetar las solicitudes de cuidados específicos del paciente y de la familia.

Apoyar los esfuerzos de la familia para permanecer a pie de cama.

Incluir a la familia en las decisiones y actividades de cuidados, según se desee.

Facilitar la discusión de arreglos para el funeral.

Cuidados en la emergencia**6200**

Definición: Puesta en práctica de las medidas de salvamento en aquellas situaciones que resulten amenazadoras para la vida.

Actividades:

Actuar rápida y metódicamente, proporcionando cuidados en las condiciones más urgentes.

Activar el sistema de urgencia médica.

Instruir al personal correspondiente a que solicite ayuda, si fuera necesario.

Mantener la vía aérea abierta.

Realizar resucitación cardiopulmonar, si procede.

Realizar maniobra de Heimlich, si es el caso.

Trasladar al paciente a un sitio seguro, si es posible.

Comprobar las etiquetas médicas de alerta.

Aplicar presión manual sobre el sitio de hemorragia, cuando corresponda.

Aplicar vendaje de presión, si es preciso.

Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.

Comprobar si hay signos y síntomas de neumotorax o tórax granado.

Elevar la parte lesionada, si procede.

Aplicar prenda antishock, cuando proceda.

Vigilar los signos vitales.

Determinar el historial del accidente a partir del paciente y demás personas presentes en la zona del suceso.

Determinar si ha habido sobredosis de drogas u otras sustancias.

Determinar si ha habido implicación de sustancias tóxicas o venenosas.

Enviar las drogas sospechosas de estar involucradas con el paciente al sitio de tratamiento, si procede.

Vigilar el nivel de conciencia.

Inmovilizar las fracturas, heridas grandes y cualquier parte lesionada.

Controlar el estado neurológico por si hubiera posibles lesiones en la cabeza o columna.

Aplicar un collar cervical, si procede.

Mantener la alineación del cuerpo si se sospechan lesiones medulares.

Proporcionar seguridad y apoyo emocional al paciente.

Poner en marcha el transporte médico, si procede.

Realizar el transporte utilizando una tabla para la espalda, si es el caso.

Cuidados en la incontinencia intestinal: encopresis 0412

Definición: Fomento de la continencia intestinal en niños.

Actividades:

Reunir información sobre el historial de educación acerca del uso del baño, duración de la encopresis, e intentos realizados para eliminar el problema.

Determinar la causa del problema (estreñimiento e impactación fecal), si procede.

Solicitar análisis de causas físicas (endoscopia, procedimientos radiográficos y análisis de heces).

Preparar al niño y a la familia para el análisis de diagnóstico.

Realizar una exploración rectal, si resulta oportuno.

Enseñar a la familia la fisiología de la defecación normal y la educación sobre uso del baño.

Recomendar cambios en la dieta o terapia de conducta, si procede.

Llevar a cabo una valoración psicosocial de la familia, que incluya las respuestas de los cuidadores y la autoestima del niño.

Utilizar terapia de juegos para ayudar al niño a trabajar a través de los sentimientos.

Investigar los esquemas de comunicación familiar, sus puntos fuertes y la capacidad de control.

Animar a los padres a dar seguridad eliminando la ansiedad asociada con el uso del baño.

Animar a los padres a demostrar amor y aceptación en casa para contrarrestar el ridículo del niño frente a los niños.

Discutir la dinámica psicosocial de la encopresis con los padres (esquemas familiares, separación familiar, cuestiones de autoestima y características de autolimitación).

Discutir formas de recompensa a la conducta en el baño.

Remitir a terapias familiares, si procede.

Cuidados intermitentes

7260

***Definición:* Provisión de cuidados de corta duración para proporcionar descanso a un cuidador familiar.**

Actividades:

Establecer una relación terapéutica con el paciente/familia.

Controlar la capacidad de resistencia del cuidador.

Informar al paciente/familia acerca de los fondos estatales disponibles para los cuidados intermitentes.

Coordinar el voluntariado para los servicios en casa, si procede.

Disponer los arreglos para el cuidador sustituto.

Seguir la rutina habitual de cuidados.

Proporcionar cuidados, como ejercicios, deambulación e higiene, si se requiere.

Conseguir los números de teléfonos de urgencias.

Determinar la forma de contacto con el cuidador habitual.

Proporcionar cuidados de urgencia, si es necesario.

Mantener un ambiente hogareño normal.

Realizar un informe al cuidador habitual al regreso.

1.ª edición 1992

Cuidados intraparto

6830

Definición: Monitorización y manejo de los estadios uno y dos del parto.

Actividades:

- Determinar si la paciente está con dolores.
- Determinar si las membranas se han roto.
- Ingresar en el área de partos.
- Determinar la preparación y objetivos de la paciente para el parto.
- Animar la participación de la familia en el proceso del parto de forma coherente con las metas de la paciente.
- Preparar a la paciente para el parto según protocolo, solicitud del practicante y las preferencias de la paciente.
- Cubrir a la paciente para asegurar la intimidad durante el examen.
- Realizar la maniobra de Leopold para determinar la posición fetal.
- Realizar examen vaginal, si procede.
- Monitorizar los signos vitales maternos entre las contracciones, según protocolo o si es necesario.
- Auscultar el corazón del feto cada 30 a 60 minutos durante los primeros dolores, cada 15 a 30 minutos durante los dolores activos, y cada 5 a 10 minutos en el segundo estadio, dependiendo del estado de riesgos.
- Auscultar la frecuencia cardíaca del feto entre las contracciones para establecer los datos de guía.
- Monitorizar la frecuencia cardíaca del feto durante y después de las contracciones para detectar desaceleraciones o aceleraciones.
- Aplicar monitor electrónico fetal, según protocolo o si procede, para obtener información adicional.
- Informar de los cambios anormales de frecuencia cardíaca fetal al responsable del parto.
- Palpar las contracciones para determinar la frecuencia, duración, intensidad y tono de reposo.
- Fomentar la deambulación durante los primeros dolores.
- Monitorizar el nivel de dolor durante los dolores de parto.
- Explorar las posiciones que mejoran la comodidad materna y mantener la perfusión de la placenta
- Enseñar técnicas de respiración, relajación y visualización.
- Proporcionar métodos alternativos de alivio del dolor coherentes con las metas de la paciente (masajes simples, *effleurage* [masaje en la dirección de la corriente venosa], aromaterapia, hipnosis y estimulación nerviosa eléctrica transcutánea [TENS]).
- Proporcionar cubitos de hielo, toallitas húmedas o caramelos duros.
- Animar a la paciente a que vacíe la vejiga cada 2 horas.
- Ayudar al cuidador de parto o a la familia a proporcionar consuelo y apoyo durante los dolores.
- Administrar analgésicos para acomodar y relajar durante los dolores.
- Observar los efectos de la medicación en la madre y en el feto.
- Notificar a las pacientes acerca de las opciones de anestesia que requieran presencia de anestesiólogo.
- Ayudar con la analgesia/anestesia local, si procede.
- Realizar o ayudar en la amniotomía, si procede.
- Auscultar la frecuencia cardíaca del feto antes y después de la amniotomía.
- Volver a evaluar la posición del feto y del cordón después de la amniotomía.
- Documentar las características del líquido, frecuencia cardíaca fetal y patrón de contracciones después de la rotura espontánea o inducida de las membranas.

Limpiar el perineo y cambiar las compresas absorbentes regularmente.

Monitorizar el progreso de los dolores, incluyendo pérdida vaginal, dilatación cervical, posición y descenso fetal.

Mantener a la paciente y al cuidador de parto informados de los progresos.

Explicar el objeto de las intervenciones de parto requeridas.

Obtener el consentimiento válido antes de realizar los procedimientos invasivos.

Observar la capacidad de resolución de la familia durante el parto.

Realizar examen vaginal para determinar la dilatación cervical completa, posición fetal y etapa.

Enseñar técnicas de empuje para la segunda etapa del parto, en función de la preparación y preferencias de parto de la madre.

Dirigir el segundo estadio del parto.

Monitorizar los progresos de empuje, descenso fetal, frecuencia cardíaca fetal y signos vitales maternos, según protocolo.

Fomentar los esfuerzos de bajada espontáneos durante el segundo estadio.

Evaluar los esfuerzos de empuje y la duración del segundo estadio.

Recomendar cambios de empuje para mejorar el descenso fetal.

Masajear el perineo para estirar y relajar el tejido.

Aplicar compresas calientes, si procede.

Ayudar al cuidador a continuar con las actividades de apoyo.

Preparar los suministros de parto.

Documentar los sucesos del parto.

Notificar al responsable del parto en el momento adecuado que asista en la atención del parto.

I.ª edición 1992; 2.ª edición revisada 1996

Cuidados intraparto: parto de alto riesgo

6834

Definición: Ayudar en el parto vaginal de fetos múltiples o mal posicionados.

Actividades:

Informar a la paciente, a la persona de apoyo de procedimientos adicionales y al personal de que deben tener un comportamiento de anticipación durante el proceso del parto.

Comunicar los cambios del estado materno y fetal al responsable del parto, si procede.

Preparar el equipo adecuado, incluyendo el monitor electrónico fetal, ultrasonido, máquina de anestesia, suministros de resucitación del recién nacido, fórceps y calentadores adicionales para bebé.

Comunicar los ayudantes adicionales para atender el parto (p. ej., neonatólogo, enfermeras de cuidados intensivos neonatales y anestesista).

Ayudar a vestir y poner guantes al equipo obstétrico.

Continuar con la intervención Monitorización fetal electrónica: durante el parto.

Dirigir el empuje del segundo estadio.

Alertar al practicante principal de cualquier anomalía en los signos vitales de la madre o el trazado cardíaco fetal.

Animar a la persona de apoyo que ayude con medidas de consuelo.

Disponer precauciones universales.

Realizar limpieza perineal.

Realizar o ayudar con la rotación manual de la cabeza del feto desde la posición occipital posterior a la posición anterior, si procede.

Registrar la hora del parto del primer gemelo o de las nalgas a nivel del ombligo.

Ayudar con la amniotomía de las membranas amnióticas adicionales, si es necesario.

Continuar monitorizando la frecuencia cardíaca del segundo o tercer feto.

Realizar ultrasonido para localizar la posición fetal, si procede.

Seguir la cabeza del feto con la mano para fomentar la flexión durante el parto de nalgas, según indicaciones del practicante principal.

Sujetar el cuerpo del bebé mientras el practicante saca la cabeza, que viene después.

Ayudar en la aplicación de los fórceps o extractor aspirador, si es necesario.

Ayudar con la administración de anestésicos maternos, si es necesario (intubación).

Registrar la hora del nacimiento,

Ayudar con la resucitación del recién nacido, si es necesario.

Documentar los procedimientos (anestesia, fórceps, extracción por aspiración, presión suprapúbica, maniobra de McRobert y resucitación del recién nacido) utilizados para facilitar el nacimiento.

Explicar las características del recién nacido relacionadas con nacimientos de alto riesgo (p. ej., marcas de contusiones y fórceps).

Observar atentamente si se producen hemorragias después del parto.

Ayudar a la madre a recuperarse de la anestesia, si procede.

Fomentar la interacción de los padres con el recién nacido inmediatamente después del parto.

Cuidados intraparto: parto de alto riesgo

6834

Definición: Ayudar en el parto vaginal de fetos múltiples o mal posicionados.

Actividades:

Informar a la paciente, a la persona de apoyo de procedimientos adicionales y al personal de que deben tener un comportamiento de anticipación durante el proceso del parto.

Comunicar los cambios del estado materno y fetal al responsable del parto, si procede.

Preparar el equipo adecuado, incluyendo el monitor electrónico fetal, ultrasonido, máquina de anestesia, suministros de resucitación del recién nacido, fórceps y calentadores adicionales para bebé.

Comunicar los ayudantes adicionales para atender el parto (p. ej., neonatólogo, enfermeras de cuidados intensivos neonatales y anestesista).

Ayudar a vestir y poner guantes al equipo obstétrico.

Continuar con la intervención Monitorización fetal electrónica: durante el parto.

Dirigir el empuje del segundo estadio.

Alertar al practicante principal de cualquier anormalidad en los signos vitales de la madre o el trazado cardíaco fetal.

Animar a la persona de apoyo que ayude con medidas de consuelo.

Disponer precauciones universales.

Realizar limpieza perineal.

Realizar o ayudar con la rotación manual de la cabeza del feto desde la posición occipital posterior a la posición anterior, si procede.

Registrar la hora del parto del primer gemelo o de las nalgas a nivel del ombligo.

Ayudar con la amniotomía de las membranas amnióticas adicionales, si es necesario.

Continuar monitorizando la frecuencia cardíaca del segundo o tercer feto.

Realizar ultrasonido para localizar la posición fetal, si procede.

Seguir la cabeza del feto con la mano para fomentar la flexión durante el parto de nalgas, según indicaciones del practicante principal.

Sujetar el cuerpo del bebé mientras el practicante saca la cabeza, que viene después.

Ayudar en la aplicación de los fórceps o extractor aspirador, si es necesario.

Ayudar con la administración de anestésicos maternos, si es necesario (intubación).

Registrar la hora del nacimiento.

Ayudar con la resucitación del recién nacido, si es necesario.

Documentar los procedimientos (anestesia, fórceps, extracción por aspiración, presión suprapúbica, maniobra de McRobert y resucitación del recién nacido) utilizados para facilitar el nacimiento.

Explicar las características del recién nacido relacionadas con nacimientos de alto riesgo (p. ej., marcas de contusiones y fórceps).

Observar atentamente si se producen hemorragias después del parto.

Ayudar a la madre a recuperarse de la anestesia, si procede.

Fomentar la interacción de los padres con el recién nacido inmediatamente después del parto.

Cuidados perineales

1750

Definición: Mantener la integridad de la piel perineal y alivio de las molestias perineales.

Actividades:

Ayudar con la higiene.

Mantener el perineo seco.

Proporcionar un cojín para la silla, como un cojín tipo «donut», si procede.

Inspeccionar el estado de incisión o desgarro (episiotomía).

Aplicar frío en la zona, si procede.

Aplicar lámpara de calor, cuando esté indicado.

Instruir al paciente acerca de la razón y utilización de los baños de asiento.

Aconsejar y facilitar baños de asiento.

Limpiar el perineo exhaustivamente a intervalos regulares.

Mantener al paciente en posición cómoda.

Aplicar compresas para absorber el drenaje, según se precise.

Anotar las características del drenaje.

Proporcionar apoyo escrotal, si procede.

Proporcionar fármacos para el dolor, cuando esté indicado.

1.ª edición 1992

Cuidados por cese del embarazo

6950

Definición: Control de las necesidades físicas y psicológicas de la mujer que ha sufrido un aborto espontáneo o inducido.

Actividades:

Preparar física y psicológicamente a la paciente para el procedimiento de aborto.

Explicar las sensaciones que podría experimentar la paciente.

Instruir acerca de los signos de los que hay que informar (aumento de hemorragias, aumento de los dolores abdominales y eliminación de coágulos o tejidos).

Proporcionar los analgésicos o antieméticos prescritos.

Administrar medicación para interrumpir el embarazo, si procede (supositorios de prostaglandina; prostaglandina intraamniótica, solución salina o potasio, u oxitocina intravenosa).

Animar al ser querido a que apoye a la paciente antes, durante y después del aborto, si se desea.

Observar si se producen hemorragias o retortijones.

Canalizar una vía intravenosa, si procede.

Observar si hay signos de aborto espontáneo (cese de los retortijones, aumento de la presión pélvica y pérdida de líquido amniótico).

Realizar examen vaginal, si procede.

Ayudar con el parto, si procede, dependiendo del tiempo de gestación del feto.

Pesar la pérdida sanguínea, si procede.

Vigilar signos vitales.

Observar si hay signos de shock.

Guardar todos los tejidos eliminados.

Administrar oxitócicos después del parto, si procede.

Informar sobre los procedimientos (raspado de succión, dilatación y raspado, y evacuación uterina).

Administrar globulina inmune Rho(D) para el estado Rh negativo.

Enseñar a la paciente los autocuidados postaborto y el control de los efectos secundarios.

Proporcionar una guía anticipada acerca de la reacción de aflicción por la muerte fetal.

Cumplimentar el registro de partos e informar de la muerte, si procede.

Obtener muestras para estudios genéticos o la autopsia, si es el caso.

1.ª edición 1992; 2.ª edición revisada 1996

Cuidados posparto

6930

Definición: Control y seguimiento de la paciente que ha dado a luz recientemente.

Actividades:

Controlar signos vitales.

Vigilar los loquios para determinar el carácter, cantidad, olor y presencia de coágulos.

Observar si hay signos de infección.

Conseguir que la paciente vacíe la vejiga antes de la exploración posparto.

Comprobar y registrar la altura y firmeza del fundus cada 15 min/1 h; luego cada 30 min/1 h; después cada 1 h/4 h y finalmente cada 4 h/24 h.

Masajear suavemente el fundus hasta que esté firme, si es necesario.

Intentar exprimir los coágulos hasta que el fundus esté firme.

Poner al bebé contra el pecho para estimular la producción de oxitocina.

Vigilar el estado de episiotomía para ver si hay enrojecimiento, edema, equimosis, supuración y aproximación.

Fomentar los baños de asiento para favorecer la curación y el alivio perineal.

Colocar una bolsa de hielo en el perineo después del parto para minimizar la inflamación.

Reforzar las técnicas de higiene perineal adecuadas para evitar infecciones.

Fomentar el consumo de líquidos y fibra para evitar el estreñimiento.

Fomentar una deambulación precoz para promover la movilidad intestinal y evitar tromboflebitis.

Administrar analgésicos PRN para promover el alivio y el sueño según protocolo de la institución.

Programar las actividades de cuidados alrededor del período diario de descanso.

Instruir a la paciente en los ejercicios posparto.

Animar a la paciente a que comience los ejercicios posparto lentamente y vaya aumentando según su tolerancia.

Instruir a la paciente acerca de la disminución de las actividades de la vida diaria.

Animar a la madre a que comente la experiencia de los dolores y del parto.

Ayudar a la paciente a ajustarse a la pérdida del niño de su fantasía y a aceptar al niño que ha dado a luz, si es el caso.

Discutir los sentimientos que haya podido tener la madre acerca de su hijo, si procede.

Mostrar confianza en la capacidad de la madre para cuidar al recién nacido.

Por la noche llevar al recién nacido a la *nursery* para facilitar el descanso de la madre, si así lo desea.

Informar a la madre acerca de los síntomas de depresión posparto que puedan producirse después del alta.

Observar si hay síntomas de depresión posparto.

Determinar cómo se siente la paciente acerca de los cambios corporales después del parto.

Animar a la paciente a reanudar sus actividades normales, según tolerancia.

Instruir a la paciente acerca del programa de control del peso.

Complementar la enseñanza sobre el alta con folletos y hojas informativas.

Proporcionar una guía de forma anticipada respecto de la sexualidad y la planificación familiar

Llevar a cabo la enseñanza sobre el alta.

Programar la exploración del recién nacido y la exploración posparto antes del alta.

Programar las visitas de seguimiento en casa, si Corresponde.

1.ª edición 1992

Continúa

Cuidados post mórtem

1770

Definición: Proporcionar cuidados físicos al cuerpo de un paciente fallecido y apoyo para que la familia pueda ver el cuerpo.

Actividades:

Retirar todos los tubos, si es el caso.

Limpiar el cuerpo, si es necesario.

Colocar un pañal de incontinencia bien sujeto debajo de las nalgas y entre las piernas.

Levantar el cabecero de la cama ligeramente para evitar la acumulación de líquidos en la cabeza o la cara.

Colocar dentaduras postizas en la boca, si fuera posible.

Cerrar los ojos.

Mantener una alineación corporal correcta.

Realizar la notificación a los diversos departamentos y al personal, de acuerdo con las normas.

Etiquetar las pertenencias personales y colocarlas en el lugar adecuado.

Avisar a un sacerdote, según la solicitud de la familia.

Facilitar y apoyar que la familia vea el cuerpo.

Disponer intimidad y apoyar a los miembros de la familia.

Responder a las preguntas acerca de la donación de órganos.

Etiquetar el cuerpo, de acuerdo con las normas, después de que la familia haya salido.

Trasladar el cuerpo al depósito de cadáveres.

Notificar a la funeraria, si procede.

I.ª edición 1992

Cuidados postanestesia

2870

Definición: Control y seguimiento del paciente que ha sido sometido recientemente a anestesia general o local.

Actividades:

Revisar las alergias del paciente, incluyendo la alergia al látex.

Administrar oxígeno, si procede.

Comprobar la oxigenación.

Proceder a la ventilación, si es necesario.

Controlar la calidad y número de respiraciones.

Animar al paciente a que tosa y respire profundamente.

Obtener un informe de la enfermera del quirófano y del anestesista.

Vigilar y registrar los signos vitales y realizar valoración del dolor cada 15 minutos o más a menudo, si procede.

Controlar la temperatura.

Administrar medidas de calor (mantas calientes, mantas de convección), si es necesario.

Vigilar la diuresis.

Proporcionar medidas no farmacológicas y farmacológicas de alivio del dolor, si es necesario.

Administrar antieméticos, si resulta necesario.

Administrar antagonistas de los narcóticos, si procede, de acuerdo con el protocolo del centro.

Ponerse en contacto con el médico, cuando proceda.

Comprobar el nivel de anestesia intratecal.

Controlar el retorno de la función sensorial y motora.

Vigilar el estado neurológico.

Observar el nivel de conciencia.

Proporcionar mantas calientes, si procede.

Interpretar las pruebas de diagnóstico, si procede.

Comprobar el registro hospitalario del paciente para determinar los signos vitales guía, si procede.

Comparar el estado actual con el estado anterior para detectar mejorías o deterioros en el estado del paciente.

Proporcionar estimulación verbal o táctil, si procede.

Administrar medicación i.v. para controlar los escalofríos, según protocolo de la institución.

Comprobar la zona de intervención, si procede.

Sujetar al paciente, si lo requiere el caso.

Ajusfar la cama, según corresponda.

Disponer intimidad, según corresponda.

Proporcionar apoyo emocional al paciente y a la familia, si procede.

Determinar si el paciente cumple con los criterios del alta.

Pasar la información sobre el paciente a la unidad de cuidados postoperatorios.

Transferir al paciente al siguiente nivel de cuidados.

Cuidados prenatales

6960

***Definición:* Control y seguimiento de la paciente durante el embarazo para evitar complicaciones y promover un resultado saludable tanto para la madre como para el bebé.**

Actividades:

Instruir a la paciente acerca de la importancia de los cuidados prenatales durante todo el embarazo.

Animar al padre o ser querido a que participe en los cuidados prenatales.

Animar a los padres a que asistan a clases prenatales.

Instruir a la paciente acerca de la nutrición necesaria durante el embarazo.

Vigilar el estado nutricional.

Vigilar las ganancias de peso durante el embarazo.

Remitir a la paciente a programas de alimentación complementaria (mujeres, preescolares y niños), si procede.

Instruir a la paciente en los ejercicios y reposo adecuados durante el embarazo.

Instruir a la paciente acerca de la ganancia de peso deseada, en función del peso anterior al embarazo.

Comprobar el ajuste psicosocial de la paciente y la familia durante el embarazo.

Vigilar la presión sanguínea.

Controlar los niveles de glucosa y proteína en orina.

Vigilar el nivel de hemoglobina.

Observar tobillos, manos y cara para ver si hay edema.

Explorar los reflejos de tendones profundos.

Instruir a la paciente sobre los signos de peligros que impliquen una notificación inmediata.

Medir la altura del fundus y compararlo con la edad gestacional.

Determinar los sentimientos de la paciente acerca del embarazo no deseado.

Determinar si el embarazo no deseado ha sido aprobado por la familia.

Ayudar en la toma de decisiones para seguir adelante o renunciar al niño.

Asesorar a la paciente acerca de los cambios en la sexualidad durante el embarazo.

Determinar el sistema de apoyo social.

Ayudar a la paciente a desarrollar y utilizar el sistema de apoyo social.

Asesorar a la paciente sobre los modos de adaptar el ambiente de trabajo para que cumpla con las necesidades físicas del embarazo.

Ofrecer una guía anticipada a la paciente acerca de los cambios fisiológicos y psicológicos que acompañan al embarazo.

Ayudar a la paciente en la aceptación de los cambios asociados con el embarazo.

Discutir los cambios de imagen corporal con la paciente.

Instruir a la paciente en el crecimiento y desarrollo fetales.

Comprobar la frecuencia cardíaca fetal.

Enseñar a la paciente a monitorizar la actividad fetal.

Enseñar a la paciente las estrategias de autoayuda para aliviar las molestias comunes del embarazo.

Instruir a la paciente sobre los efectos dañinos que produce el tabaco en el feto.

Remitir a la paciente a un programa para dejar de fumar, si corresponde.

Instruir a la paciente acerca de los efectos dañinos que tienen en el feto el alcohol y las drogas, incluyendo los fármacos de venta libre.

Remitir a la paciente a un programa de tratamiento de dependencia de drogas, si es el caso.

Instruir a la paciente sobre los teratógenos ambientales que deberá evitar durante el embarazo.

Determinar la imagen que tiene la madre del niño aún por nacer.

Guiar a la paciente en la percepción de la imagen del niño aún por nacer, si procede.

Dar a los padres la oportunidad de oír los tonos cardíacos fetales lo antes posible.

Dar a los padres la oportunidad de ver la imagen por ecografía del feto.

Determinar antes del nacimiento si los padres ya disponen de nombres para los dos géneros.

Remitir a la paciente a las clases de preparación para el alumbramiento.

Remitir a la paciente a clases de cuidados de bebés/maternidad, si procede.

Dar esperanza

5310

***Definición:* Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.**

Actividades:

Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.

Informar al paciente acerca de si la situación actual constituye un estadio temporal.

Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo la enfermedad del paciente sólo como una faceta de la persona.

Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del paciente.

Enseñar a reconocer la realidad estudiando la situación y haciendo planes para casos de emergencia.

Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza.

Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual.

Evitar disfrazar la verdad.

Facilitar la admisión por parte del paciente de una pérdida personal en su imagen corporal.

Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias pasadas del paciente/familia.

Destacar el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al paciente.

Emplear una guía de revisión y/o reminiscencias de la vida, si procede.

Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.

Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas.

Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos.

Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad del paciente).

Proporcionar al paciente/familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo.

Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.

Declaración/testimonio

7930

Definición: Provisión de declaración bajo juramento para procedimientos legales basados en el conocimiento del caso.

Actividades:

Poner en contacto a su superior y a la persona que ha realizado mala práctica, si procede, cuando se haya recibido aviso de «testimonio escrito» o citación para declarar.

Contratar un abogado para que le represente individualmente, si es necesario.

Comentar el caso sólo con el(los) abogado(s) que le represente(n) en la declaración.

Evitar comentar el caso con compañeros, médicos y otras personas implicadas sin presencia del abogado.

Pedir al abogado que explique el proceso de declaración.

Prepararse revisando los registros clínicos y leyendo o releando cualquier documento que se presente durante la declaración.

Evitar llevar notas, documentos o informes durante la declaración a menos que su abogado así se lo pida.

Prepararse para asumir los errores que ocurrieron.

Escuchar atentamente y comprender la pregunta antes de responder.

Escuche las preguntas realizadas y responda directamente y con sinceridad.

Si la pregunta no es clara, pedir que se la aclaren.

Evitar hacer conjeturas o buscar trampas.

Contestar una pregunta sólo si la persona que la realiza ha acabado; mientras se realiza la pregunta no emitir interjecciones.

Responder las preguntas basándose únicamente en el conocimiento personal y profesional; no hacer conjeturas o especulaciones.

Si no se recuerda un hecho, responder «No me acuerdo».

Responder sólo las preguntas formuladas y no proporcionar voluntariamente información no solicitada.

Si es posible responder con «sí» o «no».

Dar explicaciones sólo si su abogado así lo solicita.

Testificar sólo sobre documentos que haya leído.

Evitar responder cualquier pregunta a la que su abogado se oponga.

Corregir al abogado contrario, especialmente si los hechos declarados son falsos.

Ser respetuoso, cortés y educado y no discutir con el abogado contrario.

Hablar con calma, claridad y confianza, sin mostrarse pomposo o suficiente.

Deletrear palabras poco habituales después de pronunciarlas con claridad, si así se lo solicitan.

Pedir poder hablar en privado con su abogado si es necesario.

Evitar ofrecerse a presentar documentos; deje que su abogado tome la iniciativa.

Comunicarse con la parte contraria o con el abogado contrario sólo si su abogado está presente.

Hablar alto y claro para que todos puedan oírle.

Si está cansado, solicite un pequeño descanso.

Evitar coger cualquier documento confidencial como prueba documental.

Declarar la verdad al paciente

5470

***Definición:* Uso de toda la verdad, verdad parcial o retardar el decirla para fomentar la autodeterminación y el bienestar del paciente.**

Actividades:

Clarificar los propios valores de la situación particular.

Clarificar los valores del paciente, la familia, el equipo de cuidados y la institución acerca de la situación particular.

Clarificar la base de conocimientos y habilidades de comunicación propios acerca de la situación.

Determinar el deseo del paciente de sinceridad en la situación.

Consultar con la familia del paciente antes de decirle la verdad de la forma culturalmente adecuada.

Señalar las discrepancias entre las creencias expresadas y las conductas del paciente.

Colaborar con otros cuidadores en la elección de opciones (toda la verdad, verdad parcial o retardar decirla) y su necesaria participación en las opciones.

Determinar los riesgos para el paciente y uno mismo asociados con cada opción.

Elegir una opción en función de las consideraciones éticas de la situación e inclinándose de manera más favorable hacia el uso de la verdad o la verdad parcial.

Establecer una relación de confianza.

Decir la verdad con sensibilidad, calidez y franqueza.

Tomarse el tiempo para considerar las consecuencias de la verdad.

Remitir a otro cuidador si la persona tiene mejor relación, más conocimientos y habilidades para decir la verdad o más tiempo y capacidad para tratar con las consecuencias de decir la verdad.

Preparar al paciente para contarle la verdad animándole a invitar a la familia/seres queridos a estar presentes.

Permanecer con el paciente al que se le haya dicho la verdad y estar preparado para clarificar, dar apoyo y recibir *feedback*.

Estar físicamente presente para comunicar aprecio y apoyo, si se ha tomado la decisión de retener la información.

Elegir retardar el decir la verdad cuando haya falta de información, falta de conocimientos y falta de relación.

Atender a las señales verbales y no verbales durante el proceso de comunicación.

Observar las respuestas del paciente a las interacciones, incluyendo alteraciones del dolor, intranquilidad, ansiedad, cambio de humor, implicación en los cuidados, capacidad para sintetizar nueva información, capacidad para manifestar sentimientos e informe de satisfacción con los cuidados, si procede.

Registrar las respuestas del paciente en los diversos estadios de la intervención.

1.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Delegación

7650

Definición: Transferir la responsabilidad de la realización de cuidados del paciente, manteniendo la responsabilidad del resultado.

Actividades:

Determinar los cuidados al paciente que deben ser terminados.

Identificar el potencial de daños.

Evaluar la complejidad de los cuidados que han de delegarse.

Determinar las habilidades innovadoras y de solución de los problemas requeridos.

Considerar la previsibilidad del resultado.

Valorar la competencia y preparación del cuidador.

Explicar las tareas al cuidador.

Determinar el nivel de supervisión necesario para la intervención o actividad específica delegada (p. ej., presencia física o disponibilidad inmediata).

Establecer controles, de tal forma que el personal de enfermería pueda revisar las intervenciones o actividades de los cuidadores e intervenir si es necesario.

Seguimiento de los cuidadores sobre una base regular para valorar su progreso en la conclusión de las tareas específicas.

Evaluar el resultado de la intervención o actividad delegada y la actuación del cuidador.

Observar el grado de satisfacción del paciente y la familia con los cuidados.

Derivación

8100

***Definición:* Disponer los arreglos para el suministro de servicios por parte de otros cuidadores o institución.**

Actividades:

Realizar una evaluación continuada para determinar la necesidad de la remisión.

Establecer la preferencia del paciente/familia/ser querido del centro al que ha de remitirse.

Determinar la recomendación de los cuidadores para la remisión, según corresponda.

Establecer los cuidados necesarios.

Determinar si se dispone de cuidados de apoyo adecuado en el hogar/comunidad.

Determinar si los servicios de rehabilitación están disponibles para ser utilizados en el hogar.

Evaluar las virtudes y debilidades de la familia/seres queridos en la responsabilidad de los cuidados.

Evaluar la accesibilidad de las necesidades ambientales en el hogar/comunidad para el paciente.

Determinar el equipo apropiado necesario para después del alta, si es necesario.

Determinar los recursos económicos del paciente para pagar a otro proveedor.

Disponer los servicios de cuidados pertinentes en casa, si es necesario.

Fomentar una visita de evaluación por parte del centro de recepción u otro cuidador, si resulta adecuado.

Ponerse en contacto con el centro/cuidador correspondiente.

Cumplimentar el informe de derivación correspondiente.

Disponer el modo de transporte.

Comentar el plan de cuidados del paciente con el siguiente proveedor de cuidados.

1.ª edición 1992

Desarrollo de situación crítica

7640

Definición: Elaboración y utilización de una secuencia sincronizada de las actividades de cuidados del paciente para mejorar los resultados esperados del paciente de una manera rentable.

Actividades:

Realizar una revisión de los gráficos para determinar los esquemas actuales de cuidados para una población de pacientes.

Revisar las normas actuales de la práctica relacionadas con la población de pacientes.

Colaborar con otros profesionales sanitarios en el desarrollo del curso de crisis.

Identificar resultados intermedios y finales adecuados con las fracciones de tiempo.

Identificar intervenciones adecuadas con las fracciones de tiempo.

Compartir el curso de crisis con el paciente y la familia, si procede.

Evaluar a intervalos definidos el progreso del paciente para llegar a los resultados identificados.

Estimar las variantes e informar por los canales apropiados.

Registrar el progreso del paciente para llegar a los resultados identificados, según la política del centro.

Registrar la razón de las variaciones de las intervenciones planificadas y de los resultados esperados.

Poner en práctica las medidas correctivas a las variantes, si procede.

Revisar el curso de acciones en casos de crisis, si procede.

Desarrollo de un programa

8700

Definición: Planificación, ejecución y evaluación de un conjunto coordinado de actividades diseñado para aumentar el bienestar o para prevenir, reducir o eliminar uno o más problemas de salud de un grupo o comunidad.

Actividades:

Ayudar al grupo o comunidad a identificar las necesidades o los problemas de salud significativos.

Priorizar las necesidades o los problemas identificados.

Reunir a un grupo, incluyendo a los miembros adecuados de la comunidad, para examinar la necesidad o el problema prioritario.

Instruir a los miembros del grupo de planificación de acuerdo con el proceso de planificación, según sea conveniente.

Identificar las propuestas alternativas para dirigir la(s) necesidad(es) o el(los) problema(s).

Evaluar las propuestas alternativas detallando el coste, los recursos necesarios, la viabilidad y las actividades necesarias.

Elegir la propuesta más adecuada.

Desarrollar los objetivos para dirigir la(s) necesidades) o el(los) problema(s).

Describir métodos, actividades y un esquema de plazos para su ejecución.

Identificar los recursos y las reservas para la realización del programa.

Planificar la evaluación del programa.

Conseguir la aceptación del programa por parte del grupo clave, de los proveedores y de grupos relacionados.

Contratar personal para llevar a cabo y dirigir el programa.

Conseguir el equipo y los suministros.

Convencer de las bondades del programa a los participantes a quienes va destinado y a individuos o grupos de apoyo.

Facilitar la adopción del programa por parte del grupo o comunidad.

Observar el progreso de la ejecución del programa.

Evaluar la relevancia, la eficacia y la relación coste-eficacia del programa.

Modificar y mejorar el programa.

Desarrollo del personal

7850

***Definición:* Desarrollo, mantenimiento y control de las capacidades del personal.**

Actividades:

- Identificar las necesidades de aprendizaje del personal (cambios en la política y en los procedimientos, nueva contratación para la organización, traslado dentro de la organización, nuevos requisitos laborales, entrenamiento cruzado, ascensos del equipo, nuevas tendencias, entrenamiento de habilidades).
- Identificar las características del aprendiz (alfabetización, idioma, antecedentes educativos, experiencia previa, edad, motivación, actitud).
- Identificar problema(s) de ejecución (déficit de conocimientos, de habilidades, de motivación), según sea necesario.
- Identificar objetivo(s) de la instrucción (informar de los cambios al personal, proporcionar conocimientos y habilidades, mejorar las habilidades y las capacidades).
- Identificar estándar(es) de la consecución del aprendizaje (psicomotor, interpersonal, pensamiento crítico).
- Determinar objetivos de aprendizaje.
- Identificar los contenidos de la instrucción.
- Identificar las reservas de la instrucción (tiempo, coste, disponibilidad del equipo).
- Identificar los recursos que apoyan a la instrucción (asesoramiento experto, materiales de aprendizaje, tiempo, recursos financieros).
- Identificar el(los) individuo(s) apropiados para la instrucción.
- Organizar y desarrollar los contenidos de la instrucción.
- Diseñar las actividades de enseñanza y de aprendizaje.
- Diseñar métodos de pre y posvaloración/evaluación.
- Proporcionar un programa de instrucción (paquetes de aprendizaje autodirigido, presentación en el aula, en pequeños grupos, entrenamiento en el trabajo).
- Evaluar la eficacia de la instrucción.
- Proporcionar retroalimentación de los resultados de la instrucción del desarrollo del personal a los individuos adecuados.
- Controlar la competencia de las habilidades del personal.
- Dirigir revisiones periódicas de las competencias.
- Determinar la frecuencia necesaria de instrucción del desarrollo del personal para mantener la competencia.
- Proporcionar ayuda económica y tiempo para atender los programas educativos según requiera el trabajo.
- Fomentar la participación en revisiones.
- Fomentar la lectura de periódicos profesionales.
- Fomentar la participación en organizaciones profesionales.

Desintubación endotraqueal 3270

Definición: Retirada intencionada del tubo endotraqueal de la vía aérea nasofaríngea u orofaríngea.

Actividades:

Colocar al paciente de forma que se aproveche al máximo el uso de los músculos de la ventilación, normalmente con el cabecero de la cama elevado 75°.

Instruir al paciente acerca del procedimiento.

Hiperoxigenar al paciente y aspirar la vía aérea endotraqueal.

Aspirar la vía aérea bucal.

Desinflar el dispositivo de sujeción endotraqueal y retirar el tubo endotraqueal.

Animar al paciente a que tosa y expectore.

Administrar oxígeno, según prescripción.

Estimular la tos y respiración profunda.

Aspirar la vía aérea, si es preciso.

Observar si hay disfrés respiratorio.

Observar si hay signos de oclusión.

Vigilar los signos vitales.

Favorecer el descanso de la voz durante 4 a 8 horas, si procede.

Comprobar la capacidad de deglución y conversación.

Destete de la ventilación mecánica

3310

Definición: Ayuda al paciente para que respire sin asistencia del ventilador mecánico.

Actividades:

Determinar la preparación del paciente para el destete (hemodinámicamente estable, resolución del trastorno que requirió la ventilación, estado actual óptimo para el destete).

Controlar los predictores de la capacidad de tolerar el destete según el protocolo del centro (p. ej., grado de derivación, capacidad vital, Vd/Vr, ventilación voluntaria máxima [WM], fuerza inspiratoria, FEV₁, presión inspiratoria negativa).

Someter a observación para asegurarse de que el paciente está libre de infecciones importantes antes del destete.

Observar si el estado de líquidos y electrolitos es el óptimo.

Colaborar con otros cuidadores para optimizar el estado nutricional del paciente, asegurándose de que el 50% de la fuente calórica no proteica de la dieta es grasa en vez de hidratos de carbono.

Colocar al paciente de la mejor forma posible para utilizar los músculos respiratorios y optimizar el descenso diafragmático.

Aspirar la vía aérea, si es necesario.

Administrar fisioterapia torácica, si procede.

Consultar con otros cuidadores en la selección de un método de destete.

Iniciar el destete con períodos de prueba (de 30 a 120 minutos de respiración espontánea asistida por respirador).

Alternar períodos de ensayos de destete con períodos de reposo y sueño suficientes.

En pacientes con músculos respiratorios fatigados, no retrasar el retorno a la ventilación mecánica.

Establecer un programa para coordinar otras actividades de cuidados del paciente con los ensayos de destete.

Fomentar el uso de la energía del paciente de la mejor manera iniciando ensayos de destete después de que el paciente esté bien descansado.

Observar si hay signos de fatiga muscular respiratoria (elevación brusca del nivel de PaCO₂, ventilación rápida y superficial y movimiento paradójico de la pared abdominal), hipoxemia e hipoxia tisular mientras se procede al destete.

Administrar los medicamentos prescritos que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.

Establecer metas discretas y accesibles con el paciente para el destete.

Utilizar técnicas de relajación, si procede.

Dirigir al paciente durante los ensayos de destetes difíciles.

Ayudar al paciente a distinguir las respiraciones espontáneas de las respiraciones inducidas mecánicamente.

Minimizar la labor excesiva de respiración que no sea terapéutica eliminando el espacio muerto adicional, añadiendo apoyo a la presión, administrando broncodilatadores y manteniendo la permeabilidad de vías aéreas, según proceda.

Evitar la sedación farmacológica durante los ensayos de destete, si procede.

Disponer algunos medios de control del paciente durante el destete.

Permanecer con el paciente y proporcionar apoyo durante los intentos iniciales de destete.

Explicar al paciente cuáles son los cambios de ajuste de ventilador que aumentan el trabajo respiratorio, cuando resulte oportuno.

Proporcionar al paciente una seguridad positiva e informes frecuentes sobre los progresos conseguidos.

Considerar el uso de métodos alternativos de destete, según lo determine la respuesta del paciente al método actual.

Explicar al paciente y a la familia lo que puede suceder durante los diversos estadios del destete.

Realizar los preparativos para el alta mediante la implicación multidisciplinar del paciente y la familia.

1.ª edición 1992; 2.ª edición revisada 1996; 5.ª edición revisada 2008

Disminución de la ansiedad

5820

***Definición:* Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.**

Actividades:

Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.

Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.

Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.

Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

Animar a los pacientes a permanecer con el niño, si es el caso.

Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.

Administrar masajes en la espalda/cuello, si procede.

Fomentar la realización de actividades no competitivas, si resulta adecuado.

Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista.

Escuchar con atención.

Reforzar el comportamiento, si procede.

Crear un ambiente que facilite la confianza.

Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.

Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.

Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades del paciente.

Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.

Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.

Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.

Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

Disminución de la flatulencia

0470

***Definición:* Evitar la formación de flato y facilitar la salida de gases excesivos.**

Actividades:

Enseñar al paciente cómo se produce el flato y los métodos de alivio del mismo.

Enseñar al paciente a evitar situaciones que ocasionan una deglución de aire en exceso, como masticar chicle, tomar bebidas carbonatadas, comer rápido, sorber con paja, masticar con la boca abierta o hablar con la boca llena.

Enseñar al paciente a evitar aquellos alimentos que causen flatulencia, como alubias, repollo, rábanos, cebollas, coliflor y pepinos.

Comentar el uso de productos lácteos.

Observar si hay sensación de hinchazón, distensión abdominal, dolores por retortijones y salida excesiva de gases por la boca o el ano.

Comprobar ruidos intestinales.

Vigilar signos vitales.

Establecer la realización de ejercicios adecuados (deambulación).

Insertar una sonda nasogástrica lubricada o sonda rectal en el recto, si procede; proceder a su fijación, e insertar el extremo distal del tubo en un recipiente.

Administrar laxantes, supositorios o enema, si procede.

Observar si se producen efectos secundarios por la administración de medicamentos.

Limitar la ingesta oral, si el sistema gastrointestinal inferior está inactivo.

Colocar en posición lateral izquierda con las rodillas flexionadas, si no está contraindicado.

Proporcionar medicaciones antiflatulencia.

1.ª edición 1992; 2.ª edición revisada 1996

Disminución de la hemorragia

4020

Definición'. Limitación del volumen de pérdida de sangre durante un episodio de hemorragia.

Actividades:

Identificar la causa de la pérdida de sangre.

Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias.

Aplicar presión directa o vendaje de presión, si procede.

Determinar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.

Determinar el tamaño y las características del hematoma, si existe.

Anotar los niveles de hemoglobina/hematócrito antes y después de la pérdida de sangre, si está indicado.

Determinar la tendencia de la presión sanguínea y parámetros hemodinámicos, si se dispusiera de ellos (presión venosa central y presión pulmonar capilar/arterial de cuña).

Vigilar el estado de líquidos, incluyendo entradas y salidas, si procede.

Controlar los estudios de coagulación incluyendo el tiempo de protrombina (TP), tiempo de tromboplastina parcial (PTT), fibrinógeno, degradación de fibrina/productos de separación, y recuento de plaquetas, según el caso.

Evaluar los factores determinantes del aporte de oxígeno tisular (PaO_2 , SO_2 y niveles de hemoglobina y gasto cardíaco), si se dispusiera de ellos.

Establecer la disponibilidad de productos sanguíneos para transfusión, si fuera necesario.

Llevar a la práctica las precauciones adecuadas en la manipulación de productos sanguíneos o de secreciones sanguíneas.

Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas (avisar al cuidador) si se produjeran más hemorragias.

Instruir al paciente sobre las restricciones de actividades, si procede.

Instruir al paciente y a la familia sobre la gravedad de la pérdida de sangre y sobre las acciones adecuadas que han de tomarse.

Mantener la vía i.v. permeable.

Administrar productos sanguíneos (plaquetas y plasma fresco congelado), si está indicado.

1.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Disminución de la hemorragia: gastrointestinal

4022

Definición: Limitación de la cantidad de sangre perdida del tracto gastrointestinal superior e inferior y de las complicaciones relacionadas.

Actividades:

Evaluar la respuesta psicológica a la hemorragia y la percepción de los sucesos.

Mantener la vía aérea despejada, si es necesario.

Vigilar los factores determinantes del aporte de oxígeno tisular (niveles de PaO₂, SaO₂ y hemoglobina y gasto cardíaco), si se dispusiera de ellos.

Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar todas las secreciones para ver si hay sangre franca u oculta).

Vigilar el estado de los líquidos, incluida la ingesta y la eliminación, si procede.

Administrar líquidos i.v., si resulta oportuno.

Vigilar los signos de shock hipovolémico (p. ej., descenso de presión arterial, pulso rápido y filiforme, frecuencia respiratoria aumentada, diaforesis, inquietud, piel fría y sudorosa).

Medir el perímetro abdominal, si procede.

Realizar análisis de sangre de todas las eliminaciones y observar si hay sangre en emesis, esputos, heces, orina, drenaje nasogástrico y drenaje de heridas, si procede.

Registrar color, cantidad y carácter de las heces.

Vigilar los estudios de coagulación y recuento completo de sangre (CBC) con diferencial de recuento de glóbulos blancos (WBC).

Evitar la administración de coagulantes.

Investigar los estudios de coagulación, incluyendo el tiempo de protombina (FT), tiempo parcial de tromboplastina (PTT), fibrinógeno, degradación de fibrina/productos de separación y recuento de plaquetas, si procede.

Administrar medicamentos (lactulosa y vasopresina), si procede.

Evitar niveles extremos de pH mediante la administración de fármacos adecuados (antiácidos o agente bloqueador de histamina 2).

Realizar sondaje con sonda nasogástrica para aspirar y controlar las secreciones, si procede.

Mantener la presión de la sonda nasogástrica de fijación o de globo.

Realizar lavado nasogástrico, si procede.

Promover la reducción de estrés.

Valorar el estado nutricional del paciente.

Establecer una relación de apoyo con el paciente y la familia.

Instruir al paciente y a la familia acerca de las actividades, restricciones y progresos.

Instruir al paciente sobre los procedimientos (endoscopia, esclerosis y cirugía), si es apropiado.

Instruir al paciente y/o a la familia sobre la necesidad de transfusión de sangre, si es apropiado.

Instruir al paciente y/o a la familia para que eviten el uso de medicamentos antiinflamatorios (aspirina e ibuprofeno).

Coordinar el asesoramiento del paciente y/o la familia (sacerdotes, Alcohólicos Anónimos), si correspondiera.

1.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Continúa

Disminución de la hemorragia: heridas**4028**

Definición: Limitación de la pérdida de sangre de heridas ocasionadas por traumas, incisiones o la colocación de una sonda o catéter.

Actividades:

Aplicar presión manual sobre la zona hemorrágica o potencialmente hemorrágica.

Aplicar hielo en la zona afectada.

Aplicar vendajes de presión en el sitio de la hemorragia.

Utilizar dispositivos mecánicos (abrazadera de tipo C) para la aplicación de presión durante períodos más largos, si correspondiera.

Cambiar o reforzar el vendaje de presión, si procede.

Monitorizar los signos vitales, si procede.

Monitorizar la ingesta y la eliminación exactas.

Colocar la extremidad afectada en una posición elevada.

Mantener la irrigación continua de la vejiga, si procede.

Vigilar el tamaño y carácter del hematoma, si lo hubiera.

Monitorizar los pulsos distales al sitio de la hemorragia.

Controlar al paciente para que aplique presión al sitio cuando estornude, tosa, etc.

Instruir al paciente sobre las restricciones de actividad, si correspondiera.

Instruir al paciente y/o a la familia sobre los signos de hemorragia y las acciones adecuadas a tomar (avisar al cuidador), si se produjeran más hemorragias.

1.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Disminución de la hemorragia: nasal

4024

Definición: Limitación de la cantidad de sangre perdida por la cavidad nasal.

Actividades:

Aplicar presión manual sobre el puente de la nariz.

Identificar la causa de la hemorragia.

Vigilar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.

Controlar la cantidad de hemorragia en la orofaringe.

Aplicar hielo en la zona afectada.

Colocar tapones en la cavidad nasal, si está indicado.

Administrar productos sanguíneos (plaquetas y plasma fresco congelado), si procede.

Anotar los niveles de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre, si está indicado.

Promover la reducción de estrés.

Disponer medidas de alivio del dolor y comodidad.

Mantener vías aéreas despejadas.

Ayudar al paciente con el cuidado bucal, si lo precisa.

Administrar oxígeno humidificado, si procede.

Controlar los signos vitales, si procede.

Colocar al paciente en posición semi-Fowler, si procede.

Instruir al paciente sobre las restricciones a la actividad, si procede.

Enseñar al paciente a que evite el traumatismo de las fosas nasales (evitar rascarse, soplar y tocarse la nariz).

Instruir al paciente y/o a la familia sobre los signos de hemorragia y las acciones adecuadas que se deben tomar (notificar al cuidador, etc.) si se produjeran más hemorragias.

1.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Disminución de la hemorragia: útero anteparto **4021**

Definición: Limitación de la cantidad de pérdida de sangre del útero durante el tercer trimestre del embarazo.

Actividades:

- Obtener el historial de pérdidas de sangre del paciente (p. ej., momento de producirse, cantidad, presencia de dolor y presencia de coágulos).
- Analizar los factores de riesgo relacionados con la hemorragia a finales del embarazo tardío (p. ej., desprendimiento, fumar, consumo de cocaína, hipertensión inducida por el embarazo y placenta previa).
- Obtener una estimación precisa de la edad fetal mediante informe del último período menstrual, anterior a los informes de fecha por ultrasonido, o historial obstétrico, si se dispusiera de ellos.
- Inspeccionar el perineo para determinar la cantidad y características de la hemorragia.
- Controlar los signos vitales de la madre, si es necesario, en función de la cantidad de pérdida de sangre.
- Monitorizar electrónicamente el ritmo cardíaco fetal.
- Palpar para ver si hay contracciones uterinas o aumento del tono uterino.
- Observar los datos electrónicos fetales por si hubiera evidencia de insuficiencia uteroplacentaria (p. ej., desaceleraciones tardías, disminución de la variabilidad a largo plazo y ausencia de aceleraciones).
- Iniciar la resucitación fetal, si procede, si hubiera signos anormales (que no dan seguridad) de insuficiencia uteroplacentaria.
- Retrasar el examen digital cervical hasta que se haya verificado la localización de la placenta (p. ej., informe por ultrasonido).
- Realizar ultrasonido para ubicación de la placenta.
- Realizar o ayudar en el examen con espéculo para visualizar la pérdida de sangre y el estado cervical.
- Pesar compresas para estimar con precisión la pérdida de sangre, inspeccionar la ropa, sábanas o colchón en el caso de hemorragia.
- Iniciar procedimientos de emergencia de hemorragia anteparto, si procede (p. ej., terapia de oxígeno, terapia i.v. y tipo, y cruce).
- Extraer sangre para los análisis de diagnóstico, si procede (Kleihauer-Betke, ABO, Rh, CBC y estudios de coagulación).
- Administrar globulina inmune Rho(D), si procede.
- Registrar ingresos y egresos.
- Elevar las extremidades inferiores para aumentar la perfusión a los órganos vitales de la madre y del feto.
- Administrar productos sanguíneos.
- Iniciar medidas de seguridad (p. ej., reposo en cama estricto y posición lateral).
- Solicitar al paciente que informe acerca de cualquier aumento de pérdida de sangre vaginal (p. ej., con profusión, coágulos y goteos) durante la hospitalización.
- Enseñar al paciente a diferenciar entre pérdida de sangre antigua y fresca.
- Instruir al paciente sobre cambios en el estilo de vida que disminuyan la posibilidad de más hemorragias, si procede (p. ej., ayuda para dejar de fumar, abstinencia sexual, reposo en cama, control del estreñimiento, control de la nutrición y potenciación de la capacidad de enfrentarse a las situaciones).
- Disponer un plan de alta, que incluya la visita de cuidadores a casa.
- Programar una vigilancia de seguimiento fetal anteparto.
- Debatir las razones del regreso al hospital.
- Discutir la utilización del sistema médico de urgencias para los transportes, si procede.

Disminución de la hemorragia: útero posparto

4026

Definición: Limitación de la pérdida de sangre del útero posparto.

Actividades:

Revisar el historial obstétrico y el registro de partos para ver los factores de riesgo de hemorragia posparto (p. ej., historial anterior de hemorragias posparto, partos largos, inducción, preeclampsia, segundo estadio prolongado, parto asistido, parto múltiple, parto por cesárea o parto precipitado).

Aplicar hielo en el fundus.

Aumentar la frecuencia de masajes en el fundus.

Evaluar la distensión de la vejiga.

Fomentar la evacuación o cateterizar la vejiga distendida.

Observar las características de los loquios (p. ej., color, coágulos y volumen).

Medir la cantidad de sangre perdida.

Solicitar cuidadores adicionales para que ayuden con los procedimientos de emergencia y para asumir los cuidados del recién nacido.

Elevar las piernas.

Iniciar perfusión i.v.

Poner en marcha la segunda línea i.v., si procede.

Administrar oxitócicos por vía i.v. o intramuscular, según protocolo u órdenes.

Notificar al cuidador principal el estado del paciente.

Controlar los signos vitales maternos cada 15 minutos o con mayor frecuencia, si procede.

Cubrir con mantas calientes.

Vigilar el color, nivel de conciencia y dolor de la madre.

Iniciar oxigenoterapia a 6 a 8 l por máscara facial.

Realizar sondaje vesical con sonda de Foley y urómetro para monitorizar la diuresis.

Solicitar análisis de sangre urgente al laboratorio.

Administrar productos sanguíneos, si es el caso.

Ayudar al practicante principal con el taponamiento del útero, la evacuación de hematomas, o a suturar los desgarros, si procede.

Mantener al paciente y a la familia informados del estado y actuaciones clínicas.

Proporcionar cuidados perianales, si es necesario.

Prepararse para histerectomía de emergencia, si es necesario.

Comentar los sucesos con el equipo de cuidados para la provisión de una adecuada vigilancia posparto del estado de la madre.

Disminución del estrés por traslado

5350

Definición: Ayudar al individuo a prepararse y a afrontar el traslado de un entorno a otro.**Actividades:**

Averiguar si el individuo ha tenido traslados previos.

Incluir al individuo en el plan de traslados, si procede.

Averiguar qué es lo más importante en la vida del individuo (p. ej., familia, amigos, objetos personales).

Animar al individuo y a la familia a comentar las preocupaciones respecto al traslado.

Examinar con el individuo estrategias de afrontamiento previas.

Favorecer el uso de estrategias de afrontamiento.

Valorar la necesidad/deseo del individuo de apoyo social.

Evaluar los sistemas de apoyo disponibles (p. ej., familia lejana, implicación de la comunidad, afiliaciones religiosas).

Asignar un «compañero» que le ayude en la integración.

Fomentar la búsqueda de asesoramiento individual y/o familiar, si procede.

Antes del traslado, realizar los arreglos necesarios en los objetos personales del individuo que debe colocar.

Controlar la presencia de signos y síntomas fisiológicos y psicológicos por estrés de traslado (p. ej., anorexia, ansiedad, depresión, aumento de exigencias y desesperanza).

Proporcionar actividades recreativas (p. ej., participación en aficiones, actividades cotidianas).

Asistir la aflicción del individuo y trabajar ante la pérdida del hogar, amigos e independencia.

Evaluar el impacto de la interrupción del estilo de vida, pérdida de hogar y adaptación al nuevo entorno.

Distracción

5900

Definición: Enfoque intencionado de la atención para alejarla de sensaciones indeseables.

Actividades:

Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cuento, imaginación dirigida o el humor.

Enseñar al paciente los beneficios de estimular varios sentidos (p. ej., a través de la música, contando, viendo la televisión y leyendo).

Considerar las técnicas de distracción tales como juegos, terapia de actividad, leer cuentos, cantar o actividades rítmicas para su aplicación en los niños que sean nuevas, impliquen más de un sentido y no precisen capacidad lectora o de pensamiento.

Sugerir técnicas coherentes con el nivel de energía y la capacidad según edad, nivel de desarrollo y uso eficaz en el pasado.

Individualizar el contenido de la técnica de distracción en función de las técnicas utilizadas con éxito anteriormente y de la edad o el nivel de desarrollo.

Aconsejar al paciente que practique la técnica de la distracción antes del momento necesario, si fuera posible.

Enseñar al paciente a dedicarse a la distracción (uso de equipo o materiales) antes del momento necesario, si es posible.

Fomentar la participación de la familia y los seres queridos y enseñarles, si resulta oportuno.

Utilizar la distracción sola o junto con otras medidas o distracciones (distracción multisensorial), si procede.

Evaluar y registrar la respuesta a la distracción.

Documentación

7920

Definición: Registro de los datos pertinentes del paciente en una historia clínica.

Actividades:

Registrar los hallazgos completos en la valoración en registros iniciales.

Registrar las valoraciones de cuidados, diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería y los resultados de los cuidados proporcionados.

Cumplir los estándares de la práctica para la documentación en el centro.

Utilizar el formato estandarizado, sistemático y necesario del centro.

Utilizar formularios estandarizados según esté indicado por las normativas autonómicas y estatales y reembolso.

Anotar las valoraciones y las actividades de cuidados mediante los formularios/hojas de informes específicos de la institución.

Registrar todas las entradas lo antes posible.

Evitar la duplicación de información en registros.

Registrar fecha y hora precisas de los procedimientos o consultas de otros cuidadores sanitarios.

Describir las conductas del paciente de manera objetiva y precisa.

Registrar las pruebas de las reclamaciones específicas del paciente (indemnización a los trabajadores, o seguro o reclamaciones relacionadas con litigios).

Documentar y registrar las situaciones obligatorias según la ley de abusos a adultos o a niños.

Registrar el uso de equipo o suministros importantes, si procede.

Registrar las valoraciones en curso, según sea el caso.

Registrar la respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería.

Registrar que el médico ha sido informado de los cambios en el estado del paciente.

Registrar las desviaciones de los resultados esperados, según tengan lugar.

Registrar el uso de medidas de seguridad, como barandillas, si procede.

Registrar la conducta específica del paciente, utilizando las palabras exactas del mismo.

Registrar la implicación de los seres queridos, si procede.

Registrar las observaciones de las interacciones familiares y del ambiente del hogar, si procede.

Registrar la resolución/estado de los problemas identificados.

Asegurarse de que el registro médico es completo en el momento del alta, si procede.

Resumir el estado del paciente a la conclusión de los servicios de cuidados.

Firmar el registro médico con firma y título legal.

Guardar la confidencialidad del registro.

Utilizar los datos de la documentación como garantía de calidad y acreditación.

2.ª edición 1996; 3.ª edición revisada 2000

Educación paterna: adolescentes

5562

***Definición:* Asistencia a los padres para que comprendan y ayuden a sus hijos adolescentes.**

Actividades:

Solicitar a los padres que describan las características de su hijo adolescente.

Comentar la relación padre/hijo durante los años de niñez y escolares.

Discutir la disciplina de los padres, en ellos mismos, cuando fueron adolescentes.

Enseñar las características fisiológicas, emocionales y cognitivas normales de los adolescentes.

Identificar las tareas u objetivos de desarrollo del período de vida de la adolescencia.

Identificar los mecanismos de defensa más comúnmente utilizados por los adolescentes, como negación e intelectualización.

Tratar los efectos del desarrollo cognoscitivo del adolescente sobre el proceso de información.

Tratar los efectos del desarrollo cognoscitivo del adolescente sobre la toma de decisiones.

Solicitar que los padres describan los métodos de disciplina utilizados antes de la adolescencia y sus sentimientos de éxito ante estas medidas.

Describir la importancia de las cuestiones de poder/control tanto para los padres como para los adolescentes durante la adolescencia.

Enseñar a los padres técnicas de comunicación esenciales que aumenten su capacidad de simpatizar con sus hijos adolescentes y ayudar a sus hijos a solucionar problemas.

Enseñar a los padres formas de comunicar amor a sus hijos adolescentes.

Explorar los paralelismos entre la dependencia del niño en edad escolar de los padres y la dependencia que tiene el adolescente del grupo de compañeros.

Reforzar la normalidad de la vacilación del adolescente entre el deseo de independencia y la regresión a la dependencia.

Discutir los efectos de la separación del adolescente de sus padres en las relaciones maritales.

Compartir las estrategias para el control de la percepción del adolescente acerca del rechazo de los padres.

Facilitar la expresión de sentimientos paternos.

Ayudar a los padres a identificar las razones de sus respuestas a los adolescentes.

Identificar las vías de ayuda del adolescente para que controle la ira.

Enseñar a los padres a utilizar los conflictos para una mutua comprensión y crecimiento familiar.

Establecer estrategias de juego de roles para controlar el conflicto familiar.

Discutir con los padres las cuestiones en las que aceptarán una solución de compromiso y temas en los que no habrá solución de compromiso.

Discutir la necesidad y legitimidad de establecer límites a los adolescentes.

Tratar las estrategias de establecimiento de límites a los adolescentes.

Enseñar a los padres a utilizar la realidad y las consecuencias para manejar la conducta del adolescente.

Educación paterna: crianza familiar de los niños

5566

***Definición:* Ayuda a los padres a comprender y fomentar el crecimiento y desarrollo físico, psicológico y social de su bebé, niño/s en edad preescolar o escolar.**

Actividades:

Solicitar a los padres que describan las características del(de los) hijo(s).

Discutir la relación padre/hijo.

Enseñar las características fisiológicas, emocionales y de conducta del niño.

Identificar las tareas u objetivos de desarrollo adecuados para el niño.

Identificar los mecanismos de defensa más comúnmente utilizados por los grupos de la misma edad.

Facilitar a los padres la discusión de métodos de disciplina disponibles, selección y resultados obtenidos.

Enseñar la importancia de una dieta equilibrada, tres comidas al día y tentempiés nutritivos.

Revisar las necesidades nutricionales específicas de los grupos de la misma edad.

Revisar el tema de la higiene dental con los padres.

Revisar el tema del aseo personal con los padres.

Revisar las cuestiones de seguridad con los padres, tales como encuentro de los hijos con desconocidos y seguridad en el agua y al montar en bicicleta.

Comentar las vías que pueden utilizar los padres para ayudar a los hijos a controlar su ira.

Discutir los enfoques que pueden utilizar los padres para ayudar a sus hijos a expresar sentimientos de una manera positiva.

Ayudar a los padres a identificar criterios de evaluación de los cuidados diarios y de las situaciones escolares.

Informar a los padres acerca de recursos comunitarios.

Proporcionar a los padres una variedad de estrategias que puedan utilizar en el manejo de la conducta del niño.

Animar a los padres a probar diferentes estrategias de crianza de niños, si procede.

Alentar a los padres a observar a otros padres en su interacción con los niños.

Establecer un juego de roles de técnica de crianza de niños y habilidades de comunicación.

Remitir a los padres a grupos de apoyo o clases de paternidad, si procede.

Proporcionar a los padres lecturas u otros materiales que sean útiles en la realización del papel de padre.

V edición 1992

Educación paterna: niño

5568

Definición: Enseñanza de los cuidados de nutrición y físicos necesarios durante los primeros años de vida.

Actividades:

Determinar los conocimientos y la buena disposición y la habilidad de los padres para aprender los cuidados del bebé.

Observar las necesidades de aprendizaje de la familia.

Proporcionar consejos acerca de los cambios en el desarrollo durante los primeros años de vida.

Ayudar a los padres a encontrar maneras de integrar al bebé en el sistema familiar.

Enseñar a los padres habilidades para cuidar al recién nacido.

Enseñar a los padres a preparar y escoger fórmulas.

Dar información a los padres sobre los chupetes.

Dar información sobre la introducción de alimentos sólidos en la dieta durante el primer año.

Enseñar a los padres a complementar la dieta adecuadamente con fluoruro.

Dar información acerca del desarrollo de la dentición y de la higiene bucal durante el primer año.

Debatir las alternativas al biberón de la hora de acostarse para evitar la caries de la alimentación con biberón.

Proporcionar consejos acerca de los cambios en los patrones de control de esfínteres durante el primer año.

Enseñar a los padres cómo tratar y evitar la erupción de los pañales.

Proporcionar consejos acerca de los cambios en los patrones del sueño durante el primer año.

Mostrar cómo los padres pueden estimular el desarrollo del bebé.

Alentar a los padres a coger, abrazar, dar masajes y tocar al bebé.

Animar a los padres a hablar y a leer al bebé.

Animar a los padres a proporcionar estimulación auditiva y visual agradable.

Animar a los padres a jugar con el bebé.

Dar ejemplos de juguetes seguros o de cosas disponibles en casa que puedan utilizarse como juguetes.

Animar a los padres a asistir a las clases de preparación.

Proporcionar a los padres material escrito adecuado para identificar necesidades de conocimiento.

Reforzar la habilidad de los padres para enseñar habilidades para los cuidados de los niños.

Proporcionar apoyo a los padres durante el aprendizaje de las habilidades de atención de los bebés.

Ayudar a los padres a interpretar las indicaciones verbales o lloros y las vocalizaciones del bebé.

Proporcionar información acerca de las características conductuales del recién nacido.

Mostrar los reflejos a los padres y explicar su significado en el cuidado del bebé.

Debatir las capacidades del bebé para interaccionar.

Ayudar a los padres a identificar las características conductuales del bebé.

Demostrar las habilidades y la fuerza del bebé a los padres.

Explicar y mostrar los estados del bebé.

Demostrar técnicas para tranquilizar.

Observar la habilidad del padre para reconocer las necesidades fisiológicas del bebé.

Reforzar las conductas de cuidador.

Reforzar las habilidades que el padre desempeña adecuadamente para atender al bebé y darle confianza.

Proporcionar información a los padres para que el entorno del hogar sea seguro para el bebé.

Proporcionar información sobre necesidades de seguridad del bebé en el coche.

Enseñar a los padres a ponerse en contacto con profesionales de la salud.

Realizar una entrevista telefónica entre 1 y 2 semanas después del encuentro.

Proporcionar información sobre los recursos de la comunidad.

3.ª edición 2000

Educación sanitaria

5510

***Definición:* Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.**

Actividades:

Determinar grupos de riesgo y márgenes de edad que se benefician más de la educación sanitaria.

Determinar las necesidades identificadas en *Gente sana 2010: objetivos nacionales de fomento de la salud y prevención de enfermedades* u otras necesidades locales, autonómicas y nacionales.

Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación en conductas sanitarias.

Determinar el contexto personal e historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, familiar o comunitaria.

Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo objetivo.

Ayudar a las personas, familia y comunidades para clarificar las creencias y valores sanitarios.

Identificar las características de la población objetivo que afectan a la selección de las estrategias de enseñanza.

Establecer prioridades de las necesidades identificadas del alumno en función de las preferencias del paciente, técnica del cuidador, recursos disponibles y probabilidades de éxito en la consecución de las metas.

Formular los objetivos del programa de educación sanitaria.

Identificar los recursos (personal, espacio, equipo, dinero, etc.) necesarios para llevar a cabo el programa.

Considerar la accesibilidad, las preferencias del consumidor y los costes de planificación del programa.

Realizar publicidad atractiva de forma estratégica para llamar la atención de la audiencia objetivo.

Evitar el uso de técnicas que provoquen miedo como estrategia para motivar el cambio de conductas de salud o estilo de vida en la gente.

Centrarse en beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de beneficios a largo plazo o efectos negativos derivados de incumplimientos.

Incorporar estrategias para potenciar la autoestima de la audiencia objetivo.

Desarrollar materiales educativos escritos en un nivel de lectura adecuado a la audiencia objetivo.

Enseñar estrategias que puedan utilizarse para resistir conductas insalubres o que entrañen riesgos, en vez de dar consejos para evitar o cambiar la conducta.

Mantener una presentación centrada, corta y que comience y termine con el tema principal.

Utilizar presentaciones de grupo para proporcionar apoyo y disminuir la amenaza a los alumnos que experimenten problemas o inquietudes similares, si procede.

Utilizar líderes, profesores del mismo ambiente y grupos de apoyo en la implementación de programas dirigidos a grupos menos inclinados a escuchar a los profesionales de la salud o adultos (adolescentes), si procede.

Disponer lecciones para proporcionar el máximo de información, cuando corresponda.

Utilizar debates de grupo y juego de roles para influir en las creencias, actitudes y valores que existen sobre la salud.

Utilizar demostraciones, participación de alumnos y manipulación de los materiales al enseñar las técnicas psicomotoras.

Utilizar instrucción apoyada por ordenador, televisión, vídeos interactivos y demás tecnologías para proporcionar la información.

Utilizar teleconferencias, telecomunicaciones y tecnologías informáticas para la enseñanza a distancia.

Implicar a los individuos, familias y grupos en la planificación e implementación de los planes destinados a la modificación de conductas de estilo de vida o respecto de la salud.

Determinar el apoyo de la familia, semejantes y comunidad a conductas que induzcan la salud.

Utilizar sistemas de apoyo social y familiar para potenciar la eficacia de la modificación de conductas de estilo de vida o de la salud.

Destacar la importancia de formas saludables de comer, dormir, hacer ejercicios, etc., a las personas, familias y grupos que servirán de modelo de estos valores y conductas para otros, sobre todo para los niños.

Utilizar estrategias y puntos de intervención variados en el programa educativo.

Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.

Determinar e implementar estrategias para medir los resultados en los pacientes a intervalos regulares durante y después de terminar el programa.

Determinar e implementar estrategias para medir el programa y la efectividad en términos económicos de la educación, utilizando estos datos para mejorar la eficacia de los programas ulteriores.

Influir en el desarrollo de una política que garantice la educación sanitaria como beneficio para el empleado.

Fomentar una política por la que las compañías de seguros tengan en consideración reducciones en las primas o beneficios por prácticas saludables en el estilo de vida.

2.ª edición 1996; 3.ª edición revisada 2000

Ejercicio del suelo pélvico

0560

Definición: Fortalecimiento y entrenamiento de los músculos elevador del ano y urogenital mediante la contracción voluntaria y repetida para disminuir la incontinencia por estrés, de urgencia o tipos mezclados de incontinencia urinaria.

Actividades:

Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de evacuar.

Enseñar al individuo a ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o el movimiento intestinal.

Enseñar al individuo a evitar contraer los músculos abdominales, muslos y glúteos, los que participan en la respiración o estirarse durante la realización de los ejercicios.

Asegurarse de que el individuo puede diferenciar entre la elevación y la contracción del músculo deseada y el esfuerzo de contención no deseado.

Enseñar a la mujer a identificar los músculos elevador del ano y urogenital colocando un dedo en la vagina y procediendo a apretar.

Enseñar a la mujer a realizar ejercicios para apretar el músculo, practicando 300 contracciones cada día, manteniendo las contracciones durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo 10 segundos entre contracciones, según protocolo del centro.

Explicar a la mujer que la efectividad de los ejercicios se consigue a las 6-12 semanas.

Proporcionar una respuesta positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos.

Enseñar a la mujer a controlar la respuesta al ejercicio intentando detener el flujo de orina no más de una vez por semana.

Proporcionar retroalimentación o estimulación eléctrica en individuos cuando la asistencia esté indicada para identificar los músculos correctos para contraer y/o escoger la fuerza deseada de la contracción del músculo.

Dar instrucciones escritas donde se describa la intervención y el número de repeticiones recomendadas.

Comentar el registro diario de continencia con el individuo para proporcionar seguridad.

2.ª edición 1996; 3.ª edición revisada 2000; 4.ª edición revisada 2004

Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito**5612**

Definición: Preparar a un paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito.

Actividades:

Evaluar el nivel actual del paciente de ejercicio y conocimiento de la actividad/ejercicio prescrito.

Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescrito.

Enseñar al paciente a realizar la actividad/ejercicio prescrito.

Enseñar al paciente cómo controlar la tolerancia a la actividad/ejercicio.

Enseñar al paciente a llevar un diario de ejercicios, si resulta posible.

Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico.

Instruir al paciente para avanzar de forma segura en la actividad/ejercicio.

Advertir al paciente acerca de los peligros de sobrestimar sus posibilidades.

Advertir al paciente de los efectos del calor y frío extremos.

Enseñar al paciente los métodos de conservación de energía, si procede.

Instruir al paciente acerca de los ejercicios de estiramientos correctos antes y después de la actividad/ejercicio y el fundamento de tal acción, si procede.

Enseñar al paciente a realizar un precalentamiento y enfriamiento antes y después de la actividad/ejercicio y la importancia de tal acción, si procede.

Enseñar al paciente una buena postura y la mecánica corporal, si procede.

Observar al paciente mientras realiza la actividad/ejercicio.

Proporcionar información acerca de los dispositivos de ayuda disponibles que puedan utilizarse para facilitar la práctica de la técnica requerida, si procede.

Enseñar al paciente el montaje, utilización y mantenimiento de los dispositivos de ayuda, si es el caso.

Ayudar al paciente a incorporar la actividad/ejercicio en la rutina diaria/estilo de vida.

Ayudar al paciente a alternar correctamente los períodos de descanso y actividad.

Remitir al paciente al fisioterapeuta/terapeuta ocupacional, si procede.

Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.

Incluir a la familia/ser querido, si resulta apropiado.

Proporcionar información acerca de los recursos/grupos de apoyo comunitarios para aumentar el cumplimiento del paciente con la actividad/ejercicio, si procede.

Remitir al paciente a un centro de rehabilitación, si se precisa.

Enseñanza: cuidados de los pies

5603

Definición: Preparar al paciente de riesgo y/o familia para proporcionar cuidados preventivos en los pies.

Actividades:

Determinar el nivel actual de conocimiento y las habilidades relativas al cuidado de los pies.

Determinar las prácticas actuales de cuidados de los pies.

Proporcionar información relacionada con el nivel de riesgo de lesión.

Recomendar que sea un especialista quien arregle las uñas de los pies y los callos, si procede.

Dar información escrita de las pautas del cuidado de los pies.

Ayudar a desarrollar un plan para la valoración y el cuidado diario de los pies en casa.

Determinar la capacidad para llevar a cabo los cuidados de los pies (es decir, agudeza visual, movilidad física y criterio).

Si existe una alteración visual o problemas de movilidad, recomendar la ayuda de algún familiar para el cuidado de los pies.

Recomendar que se explore diariamente toda la superficie de los pies y entre los dedos buscando la presencia de enrojecimiento, tumefacción, calor, sequedad, maceración, sensibilidad y zonas abiertas.

Instruir al individuo a utilizar un espejo o la ayuda de otra persona para realizar la exploración, si es necesario.

Recomendar el lavado diario de los pies con agua caliente y mi jabón suave.

Recomendar que se sequen completamente los pies después de lavarlos, especialmente entre los dedos.

Instruir al individuo a hidratar diariamente la piel poniendo los pies en remojo o realizando un baño con agua a temperatura ambiente, aplicando posteriormente una crema hidratante.

Dar información respecto a la relación entre neuropatía, lesión y enfermedad vascular y el riesgo de ulceración y de amputación de las extremidades inferiores en personas con diabetes.

Aconsejar al individuo la visita a un profesional cuando sea adecuado (p. ej., la presencia de lesión infectada o que no se cura).

Aconsejar medidas de autocuidado adecuadas ante problemas menores de los pies.

Prevenir posibles causas de lesión en los pies (p. ej., calor, frío, corte de callos, productos químicos, uso de antisépticos y astringentes fuertes, tiritas y andar descalzo o usar calzado abierto o sandalias).

Enseñar la técnica adecuada para arreglarse las uñas de los pies (es decir, cortar las uñas rectas, seguir el contorno del dedo y limpiar el borde con lima de uñas).

Instruir en el cuidado de callos blandos, incluyendo frotar suavemente con una toalla o piedra pómez después del baño.

Recomendar los cuidados del especialista en caso de infecciones fúngicas, uñas gruesas o encarnadas y callos, si está indicado.

Describir los zapatos adecuados (es decir, tacón bajo con una forma adecuada al pie y profundidad de la zona de los dedos; suelas realizadas con material que amortigüe los golpes; anchura ajustable con correas o cordones; parte superior realizada con materiales transpirables, suaves y flexibles; plantillas para trastornos de la marcha y de la longitud de la pierna, y posibilidad de modificaciones en caso necesario).

Describir los calcetines adecuados (es decir, de material absorbente y que no aprieten).

Recomendar pautas a seguir al comprar unos zapatos nuevos, incluyendo que tengan la medida y forma adecuada de los pies en el momento de comprarlos.

Durante las 2 primeras semanas, recomendar llevar zapatos nuevos sólo durante unas pocas horas seguidas.

Enseñar al individuo a mirar diariamente si dentro de los zapatos hay objetos extraños, partes del forro rotas o zonas con arrugas.

Enseñar al individuo a cambiarse de zapatos dos veces cada día (p. ej., a las 12:00 y a las 17:00 h) para evitar presión local repetitiva.

Explicar la necesidad de utilizar calzado ortopédico u ortótico, si procede.

Prevenir acerca de las ropas o las actividades que provoquen presión sobre los nervios y los vasos sanguíneos, incluyendo bandas elásticas de los calcetines y cruzar las piernas.

Aconsejar al individuo que deje de Rimar, si procede.

Incluir a la familia y a otros en la enseñanza, si procede.

Reforzar la información proporcionada por otros profesionales de la salud, si procede.

Enseñanza: dieta prescrita**5614*****Definición:* Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.****Actividades:**

Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita.

Conocer los sentimientos/actitud del paciente/ser querido acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado.

Enseñar al paciente el nombre correcto de la dieta prescrita.

Explicar el propósito de la dieta.

Informar al paciente del tiempo durante el que debe seguirse la dieta.

Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si resulta posible.

Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas.

Informar al paciente de las posibles interacciones de fármacos/comidas, si procede.

Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita.

Ayudar al paciente a sustituir ingredientes que se acomoden a sus recetas favoritas en la dieta prescrita.

Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados.

Observar la selección de alimentos adecuados a la dieta prescrita, por parte del paciente.

Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas.

Proporcionar un plan escrito de comidas, si procede.

Recomendar un libro de cocina que incluya recetas coherentes con la dieta, si procede.

Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.

Remitir al paciente a un dietista/experto en nutrición, si es preciso.

Incluir a la familia/ser querido, según el caso.

Enseñanza: entrenamiento para el aseo

5634

Definición: Enseñar a determinar la buena disposición y las estrategias del niño para ayudarle a aprender hábitos de higiene.

Actividades:

Enseñar a los padres a determinar la disposición física del niño para el entrenamiento del aseo (p.ej., el niño tiene como mínimo 18-24 meses; muestra evidencias de ser capaz de aguantarse la orina; reconoce la urgencia de ir al aseo o que acaba de orinar o defecar; presenta cierta regularidad en las pautas de eliminación; tiene capacidad para ir al WC/orinal, sentarse y marcharse una vez finalizada la eliminación; tiene capacidad para quitarse y ponerse la ropa antes y después de la eliminación; tiene la capacidad de limpiarse y lavarse las manos después de la eliminación).

Enseñar a los padres a determinar la disposición psicosocial del niño para el entrenamiento del aseo (p. ej., el niño expresa interés y deseo de participar/cooperar en el aseo; tiene vocabulario para comunicar la necesidad de eliminar; está ansioso por complacer a sus padres; imita con facilidad las conductas de otras personas).

Enseñar a los padres a determinar la disposición de los padres/familia para el entrenamiento del aseo (p. ej., los padres tienen tiempo para dedicarse al proceso de entrenamiento y saben cómo hacerlo; no están sufriendo cambios importantes durante o poco después del proceso como cambio de trabajo o residencia, divorcio, nacimiento de otro hijo; tienen expectativas realistas sobre el desarrollo del niño y el tiempo y energía necesarios para llevar a cabo con éxito todo el proceso; saben que el niño puede sufrir regresiones durante momentos de estrés o enfermedad)

Dar información sobre estrategias para favorecer el entrenamiento del aseo.

Dar información sobre cómo vestir al niño con ropa holgada y fácil de sacar.

Dar información sobre cómo convenir el vocabulario que se utilizará durante el proceso de entrenamiento.

Dar información sobre las oportunidades para que el niño observe a otras personas durante el proceso de entrenamiento.

Dar información sobre cómo enseñar al niño el orinal para explicarle el equipo y el proceso.

Dar información sobre cómo enseñar al niño el orinal con regularidad y animarle a sentarse en él.

Dar información sobre cómo reforzar el éxito del niño con cualquier parte del proceso.

Dar información sobre cómo planificar las estrategias, teniendo en cuenta el temperamento y el estilo conductual del niño.

Dar información sobre cómo esperar e ignorar accidentes.

Dar información sobre cómo comunicar estrategias, expectativas y progresos a los otros cuidadores.

Dar apoyo a los padres durante este proceso.

Animar a los padres a ser flexibles y creativos durante el desarrollo y la implantación de las estrategias de entrenamiento.

Proporcionar información adicional, si se solicita o es necesaria.

4.ª edición 2004; 5.ª edición revisada 2008

Continúa

Enseñanza: estimulación del bebé (0-4 meses)

5655

Definición: Enseñanza a los padres y cuidadores para proporcionar las actividades sensoriales adecuadas para favorecer el desarrollo y el movimiento durante los cuatro primeros meses de vida.

Actividades:

Describir el desarrollo normal del niño pequeño.

Ayudar a los padres a identificar aspectos de predisposición y respuestas a la estimulación por parte del niño.

Proteger al bebé de la sobrestimulación.

Ayudar a los padres a planificar una rutina para la estimulación del bebé.

Enseñar a los padres/cuidadores a realizar actividades que favorezcan el movimiento y/o proporcionen estimulación sensorial.

Hacer que los padres demuestren las actividades aprendidas durante la enseñanza.

Enseñar a los padres a fomentar la interacción cara a cara con el bebé.

Enseñar a los padres a hablar, cantar y sonreír al bebé mientras se le cuida.

Enseñar a los padres a elogiar al bebé por todos los esfuerzos por responder a la estimulación.

Enseñar a los padres a decir el nombre del bebé con frecuencia.

Enseñar a los padres a susurrar al bebé.

Enseñar a los padres a tocar y abrazar al bebé con frecuencia.

Enseñar a los padres a responder a los lloros, cogiendo, acunando, cantando, hablando, caminando, cambiando de posición, frotando/masajeando y acunando al bebé, según proceda.

Enseñar a los padres a balancear al bebé en posición vertical o en la cuna.

Enseñar a los padres a lavar o bañar al bebé acariciándole con un masaje con una manopla o esponja suave y secarle con una toalla suave.

Enseñar a los padres a dar un masaje al bebé con una loción, con caricias suaves pero firmes.

Enseñar a los padres a frotar juguetes blandos por el cuerpo del bebé.

Enseñar a los padres a animar al niño a notar diferentes texturas y a identificarlas.

Enseñar a los padres a soplar en círculos sobre los brazos, las piernas y la barriga del bebé despierto.

Enseñar a los padres a animar al bebé a coger juguetes blandos o los dedos del cuidador.

Enseñar a los padres a potenciar el uso de sonajeros, animando a seguir el sonido.

Enseñar a los padres a dar oportunidades al niño para que alcance objetos.

Enseñar a los padres a favorecer el seguimiento visual de objetos.

Enseñar a los padres a cambiar de posición al bebé cada hora a menos que esté durmiendo, colocándolo en una silla para niños, hamaca, cochecito, según proceda.

Enseñar a los padres a colocar al bebé boca abajo mientras está despierto para animarle a levantar la cabeza.

Enseñar a los padres a colocar al bebé sobre su espalda debajo del gimnasio de la cuna.

Enseñar a los padres a jugar al «cucú-tras» con el bebé.

Enseñar a los padres a animar al bebé a mirarse en el espejo.

Enseñanza: estimulación del bebé (5-8 meses)

5656

Definición: Enseñanza a los padres y cuidadores para proporcionar las actividades sensoriales adecuadas para favorecer el desarrollo y el movimiento de los cinco a los ocho meses de vida.

Actividades:

Describir el desarrollo normal del niño pequeño.

Ayudar a los padres a identificar aspectos de predisposición y respuestas a la estimulación por parte del niño.

Proteger al bebé de la sobrestimulación.

Ayudar a los padres a planificar una rutina para la estimulación del bebé.

Enseñar a los padres/cuidadores a realizar actividades que favorezcan el movimiento y/o proporcionen estimulación sensorial.

Hacer que los padres demuestren las actividades aprendidas durante la enseñanza.

Enseñar a los padres a colocar al bebé boca abajo, poniendo las palmas del cuidador sobre las plantas de los pies del niño y empujando suavemente hacia adelante.

Enseñar a los padres a poner de pie al bebé en el regazo del cuidador, balanceándolo de un lado a otro.

Enseñar a los padres a animar al bebé a estirarse sobre la espalda y dar patadas con los pies.

Enseñar a los padres a poner al bebé boca abajo o boca arriba y ayudarlo a dar vueltas.

Enseñar a los padres a dar la oportunidad al bebé de explorar ropa o libros de plástico blando.

Enseñar a los padres a presentar al niño las partes del cuerpo.

Enseñar a los padres a animar al niño a utilizar juguetes para la dentición.

Enseñar a los padres a jugar a «palmas-palmitas» con el bebé.

Enseñar a los padres a jugar al escondite con el bebé.

Enseñar a los padres a animar al bebé a dar golpes a los juguetes juntos.

Enseñar a los padres a animar a pasarse juguetes con las manos.

Enseñar a los padres a colocar al bebé en una silla alta, animándole a tocar la comida y comer solo.

Enseñar a los padres a bailar con el niño mientras se le sujeta en posición vertical.

Enseñanza: estimulación del bebé (9-12 meses)

5657

Definición: Enseñanza a los padres y cuidadores para proporcionar las actividades sensoriales adecuadas para favorecer el desarrollo y el movimiento de los nueve a los doce meses de vida.

Actividades:

Describir el desarrollo normal del niño pequeño.

Ayudar a los padres a identificar aspectos de predisposición y respuestas a la estimulación por parte del niño.

Proteger al bebé de la sobrestimulación.

Ayudar a los padres a planificar una rutina para la estimulación del bebé.

Enseñar a los padres/cuidadores a realizar actividades que favorezcan el movimiento y/o proporcionen estimulación sensorial.

Hacer que los padres demuestren las actividades aprendidas durante la enseñanza.

Enseñar a los padres a estirar al niño para ponerse en pie, aguantándose de las manos para que se estabilice.

Enseñar a los padres a ayudar al niño a andar, sujetándolo por las manos/muñecas con los brazos por encima de la cabeza.

Enseñar a los padres a favorecer que juegue a la pelota (p. ej., rodar, coger, parar, recuperar).

Enseñar a los padres a introducir el uso de la taza en las comidas, ayudando al niño a cogerla y ponérsela en la boca.

Enseñar a los padres a decir adiós al niño con la mano, animándole a que los imite.

Enseñar a los padres a dar una vuelta por la casa, identificando objetos y habitaciones.

Enseñar a los padres a jugar a imitar, practicando la imitación de ruidos, animales o canciones.

Enseñar a los padres a decir palabras al niño, animándole a repetirlas.

Enseñar a los padres a demostrar cómo sacar y volverlos a poner en un recipiente.

Enseñar a los padres a demostrar cómo apilar objetos.

Enseñanza: grupo

5604

Definición: Desarrollo, puesta en práctica y evaluación de un programa de educación para un grupo de personas que experimentan el mismo estado de salud.

Actividades:

Proporcionar un entorno que favorezca el aprendizaje.

Incluir a la familia/ser querido, si resulta oportuno.

Establecer la necesidad de un programa.

Determinar el apoyo administrativo.

Establecer el presupuesto.

Coordinar los recursos dentro de la institución para formar una comisión de planificación/asesoramiento que pueda contribuir a los resultados positivos del programa, y proporcionar un foro para asegurar el compromiso con el programa.

Utilizar los recursos comunitarios, si procede.

Definir la población diana potencial.

Escribir los objetivos del programa.

Definir las áreas de contenido importante.

Escribir los objetos del aprendizaje.

Realizar una descripción del trabajo para el coordinador responsable de la educación del paciente.

Seleccionar un coordinador.

Prever los materiales educativos disponibles.

Desarrollar nuevos materiales educativos, si procede.

Hacer una lista de las estrategias de enseñanza, los materiales educativos y las actividades de aprendizaje.

Preparar al personal docente, si se precisa.

Educar al personal en el programa de educación de pacientes, según corresponda.

Proporcionar un programa escrito -que incluya fechas, horas y lugares de las sesiones/clases de enseñanza- para el personal y/o paciente(s), si procede.

Determinar los días/horas adecuados para conseguir el máximo número de pacientes.

Preparar anuncios/notas para hacer públicos los resultados, si procede.

Controlar el tamaño y las competencias del grupo, si procede.

Orientar al paciente/ser querido al programa educativo y a los objetivos diseñados que hay que conseguir.

Cubrir las necesidades especiales de los alumnos (acceso de disminuidos y oxígeno portátil) que se precisen.

Adaptar los métodos/materiales educativos a las necesidades/características de enseñanza del grupo, si procede.

Proporcionar la instrucción del grupo.

Evaluar el progreso del paciente en el programa y el dominio del contenido.

Registrar el progreso del paciente en el registro médico permanente.

Revisar las estrategias de enseñanza/actividades de aprendizaje, si fuera necesario, para aumentar el aprendizaje.

Establecer las formas de evaluación del programa por parte del paciente.

Disponer una instrucción individual adicional, si procede.

Evaluar el grado de consecución de objetivos del programa.

Continúa

338 Enseñanza: grupo (5604)

Actividades (Cont):

Comunicar la evaluación de la consecución de objetivos del programa a la comisión de planificación/asesoramiento.

Mantener sesiones de evaluación de recapitulación para que la comisión de planificación/asesoramiento renueve el programa, si resulta oportuno.

Registrar el número de pacientes que hayan conseguido los objetivos de enseñanza.

Remitir al paciente a otros especialistas/centros para conseguir los objetivos de enseñanza, si se precisa.

1.ª edición 1992; 3.ª edición revisada 2000

Enseñanza: habilidad psicomotora 5620

Definición: Preparación de un paciente para que practique una técnica psicomotora.

Actividades:

Mostrar la técnica al paciente.

Dar instrucciones claras y paso a paso.

Enseñar al paciente a realizar la técnica poco a poco.

Informar al paciente del fundamento de la práctica de la técnica en la manera especificada.

Guiar los cuerpos de los pacientes para que puedan experimentar las sensaciones físicas que acompañan a los movimientos correctos, si es el caso.

Proporcionar información/diagramas escritos, si procede.

Establecer sesiones prácticas (espaciadas para evitar fatiga, pero lo bastante a menudo como para evitar el olvido de las mismas), si procede.

Dar un tiempo adecuado para el dominio de la tarea.

Observar la demostración de la técnica por parte del paciente.

Proporcionar a los pacientes frecuentes afirmaciones sobre lo que hacen correcta e incorrectamente para que no se creen malos hábitos.

Proporcionar información sobre los dispositivos de ayuda disponibles que puedan utilizarse para facilitar la práctica de la técnica requerida, si procede.

Enseñar al paciente el montaje, utilización y mantenimiento de los dispositivos de ayuda, si se precisan.

Incluir a la familia/ser querido, si resulta apropiado.

I." edición 1992

Enseñanza: individual

5606

Definición: Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.

Actividades:

Establecer compenetración.

Establecer la credibilidad del educador.

Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.

Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.

Valorar el nivel educativo del paciente.

Valorar las capacidades/incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas.

Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).

Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica (creencias sobre la salud, incumplimientos pasados, malas experiencias con cuidados/aprendizaje de salud y metas conflictivas).

Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender, si procede.

Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente.

Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas.

Determinar la secuencia de presentación de la información.

Valorar el estilo de aprendizaje del paciente.

Seleccionar los métodos/estrategias de enseñanza del paciente.

Seleccionar los materiales educativos adecuados.

Ajusfar el contenido de acuerdo con las capacidades/incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas del paciente.

Ajusfar la instrucción para facilitar el aprendizaje, según proceda.

Proporcionar un ambiente que conduzca al aprendizaje.

Instruir al paciente, cuando corresponda.

Evaluar la consecución de los objetivos establecidos por parte del paciente.

Reforzar la conducta, si se considera oportuno.

Corregir las malas interpretaciones de la información, si procede.

Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.

Seleccionar nuevos métodos/estrategias de enseñanza, si los anteriores hubieran sido ineficaces.

Remitir al paciente a otros especialistas/centros para conseguir los objetivos de enseñanza, si es preciso.

Registrar el contenido presentado, los materiales escritos proporcionados y la comprensión del paciente de la información o las conductas del paciente que indiquen aprendizaje en el registro médico permanente.

Incluir a la familia/ser querido, si es posible.

Enseñanza: medicamentos prescritos

5616

Definición: Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

Actividades:

Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas del medicamento(s), si procede.

Informar al paciente tanto del nombre genérico como del comercial de cada medicamento.

Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.

Explicar cómo los profesionales de la salud eligen la medicación más adecuada.

Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.

Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación de cada medicamento.

Revisar el conocimiento que el paciente tiene de las medicaciones.

Reconocer el conocimiento del paciente sobre las medicaciones.

Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.

Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa), si es el caso.

Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.

Instruir al paciente sobre los criterios que han de utilizarse al decidir alterar la dosis/horario de la medicación, si procede.

Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.

Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas), si procede.

Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento.

Enseñar al paciente a aliviar/prevenir ciertos efectos secundarios, si es el caso.

Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.

Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de sobredosis y subdosis.

Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos/comidas, si procede.

Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos.

Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración.

Instruir al paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde depositar los recipientes con objetos afilados fuera del hogar.

Proporcionar información escrita al paciente acerca de la acción, propósito, efectos secundarios, etc., de los medicamentos.

Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

Recomendar al paciente llevar la documentación del régimen de medicación prescrita.

Instruir al paciente sobre cómo seguir las prescripciones, si procede.

Informar al paciente sobre los posibles cambios de aspecto y/o dosis al tratarse de un fármaco genérico.

Advertir al paciente de los riesgos asociados a la administración de medicamentos caducados.

Advertir al paciente contra la administración de medicamentos prescritos a otras personas.

Determinar la capacidad del paciente para obtener los medicamentos requeridos.

Proporcionar información sobre el reembolso de los medicamentos, si procede.

Proporcionar información sobre programas/organizaciones de ahorro de costes para obtener medicamentos y dispositivos, si es el caso.

Proporcionar información sobre los dispositivos de alerta de medicamentos y sobre la forma de obtenerlos.

Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.
incluir a la familia/ser querido, si procede.

1.ª edición 1992; 2.ª edición revisada 1996; 4.ª edición revisada 2004

Enseñanza: nutrición del bebé (0-3 meses)

5640

Definición: Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentación durante los tres primeros meses de vida.

Actividades:

Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.

Enseñar a los padres/cuidador a alimentar sólo con leche materna o de fórmula durante el primer año (no dar alimentos sólidos antes de los 4 meses).

Enseñar a los padres/cuidador a sujetar siempre al bebé mientras se le dé el biberón.

Enseñar a los padres/cuidador a nunca apoyar el biberón o dar el biberón en la cama.

Enseñar a los padres/cuidador a evitar introducir cereales en el biberón (sólo leche de fórmula o materna).

Enseñar a los padres/cuidador a limitar la ingesta de agua a entre 14 y 28 g cada vez, 112 g al día.

Enseñar a los padres/cuidador a evitar el uso de miel o jarabe de cereales.

Enseñar a los padres/cuidador a permitir la succión no nutritiva.

Enseñar a los padres/cuidador a desechar las sobras de leche de fórmula y limpiar el biberón después de cada toma.

Enseñanza: nutrición del bebé (4-6 meses)

5641

Definición: Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentación de los cuatro a los seis meses de vida.

Actividades:

Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.

Enseñar a los padres/cuidador a introducir alimentos sólidos (en forma de purés) sin añadir sal o azúcar.

Enseñar a los padres/cuidador a introducir cereales para bebés reforzados con hierro.

Enseñar a los padres/cuidador a introducir un nuevo alimento cada vez.

Enseñar a los padres/cuidador a evitar zumos o bebidas azucaradas.

Enseñar a los padres/cuidador a alimentar sólo con la cuchara.

Enseñanza: nutrición del bebé (7-9 meses)

5642

Definición: Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentación de los siete a los nueve meses de vida.

Actividades:

Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.

Enseñar a los padres/cuidador a introducir alimentos con los dedos cuando el bebé pueda sentarse.

Enseñar a los padres/cuidador a introducir la taza cuando el bebé pueda sentarse.

Enseñar a los padres/cuidador a tener al bebé junto a la familia durante las comidas.

Enseñar a los padres/cuidador a dejar que el bebé empiece a comer solo y vigilar para evitar que se atragante.

Enseñar a los padres/cuidador a ofrecerle líquidos después de los alimentos sólidos.

Enseñar a los padres/cuidador a evitar los postres dulces y las bebidas carbonatadas.

Enseñar a los padres/cuidador a ofrecer una variedad de alimentos de acuerdo con la pirámide de alimentos.

Enseñar a los padres/cuidador a introducir cantidades limitadas de zumo diluido en una taza.

Enseñanza: nutrición del bebé (10-12 meses) 5643

Definición: Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentación de los diez a los doce meses de vida,

Actividades:

Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.

Enseñar a los padres/cuidador a ofrecer tres comidas principales y tentempiés saludables.

Enseñar a los padres/cuidador a empezar el destete del biberón.

Enseñar a los padres/cuidador a evitar bebidas de frutas y leche con gustos.

Enseñar a los padres/cuidador a empezar a comer a la mesa.

Enseñar a los padres/cuidador a permitir que el bebé coma solo con la cuchara.

5:' edición 2008

Enseñanza: nutrición del niño (13-18 meses)

5660

***Definición:* Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentación de los trece a los dieciocho meses de vida.**

Actividades:

Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.

Enseñar a los padres/cuidador a dejar el biberón.

Enseñar a los padres/cuidador a ofrecer alimentos sólidos con textura.

Enseñar a los padres/cuidador a seguir utilizando la cuchara y comer solo.

Enseñar a los padres/cuidador a introducir productos lácteos.

Enseñar a los padres/cuidador a proporcionar tentempiés saludables.

Enseñar a los padres/cuidador a ofrecer raciones pequeñas y comidas frecuentes.

Enseñar a los padres/cuidador a evitar alimentos/bebidas *light* (p. ej., leche descremada, bebidas carbonatadas *light*).

Enseñar a los padres/cuidador a evitar la alimentación forzada porque el apetito puede estar disminuido.

Enseñanza: nutrición del niño (19-24 meses)

5661

***Definición:* Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentación de los diecinueve a los veinticuatro meses de vida.**



Actividades:

Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.

Enseñar a los padres/cuidador a animar a beber agua para la sed.

Enseñar a los padres/cuidador a limitar los líquidos antes de las comidas.

Enseñar a los padres/cuidador a ofrecer alimentos ricos en hierro y proteínas.

Enseñar a los padres/cuidador a comer con horarios regulares y con la familia.

Enseñar a los padres/cuidador a aumentar o reducir los alimentos, según sea conveniente.

Enseñar a los padres/cuidador a evitar las bebidas de fruta y la leche aromatizada.

Enseñar a los padres/cuidador a leer las etiquetas del contenido nutricional.

Enseñar a los padres/cuidador a dejar el biberón.

5." edición 2008

Enseñanza: nutrición del niño (25-36 meses)

5662

Definición: Enseñanza de las prácticas de nutrición y alimentación de los veinticinco a los treinta y seis meses de vida.

Actividades:

Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.

Enseñar a los padres/cuidador a dar al niño alimentos saludables.

Enseñar a los padres/cuidador a animar a tomar las verduras crudas/cocidas.

Enseñar a los padres/cuidador a tomar tentempiés saludables entre comidas.

Enseñar a los padres/cuidador a ser creativo en la preparación de las comidas en caso de niños maniáticos.

Enseñar a los padres/cuidador a dar pequeñas raciones de comida.

Enseñar a los padres/cuidador a limitar el contenido graso de los alimentos.

Enseñar a los padres/cuidador a hacer que el niño participe en la preparación de la comida.

Enseñar a los padres/cuidador a ofrecer cereales enriquecidos con hierro, evitando los cereales con un alto contenido de azúcar.

Enseñar a los padres/cuidador a aumentar los alimentos con proteínas.

Enseñar a los padres/cuidador a incluir todos los grupos de alimentos.

Enseñar a los padres/cuidador a evitar el uso de alimentos como recompensa.

Enseñanza: prequirúrgica

5610

Definición: Ayudar a un paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el período de recuperación posquirúrgico.

Actividades:

Informar al paciente y al ser querido acerca de la fecha, hora y lugar programados para la cirugía.

Informar al paciente/ser querido de la duración esperada de la operación.

Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía.

Evaluar la ansiedad del paciente/ser querido relacionada con la cirugía.

Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.

Describir las rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, preparación intestinal, pruebas/laboratorio, eliminación de orina, preparación de la piel, terapia i.v., vestimenta, zona de espera para la familia y traslado al quirófano), si procede.

Describir toda la medicación preoperatoria, los efectos de la misma en el paciente y el fundamento de su utilización.

Informar al ser querido sobre el sitio de espera de los resultados de la cirugía, si resulta apropiado.

Realizar una visita a la(s) unidad(es) postoperatoria(s) y a la(s) zona(s) de espera, si procede.

Presentar el paciente al personal implicado en los cuidados de cirugía/postoperatorios, si procede.

Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado, si procede.

Proporcionar información acerca de lo que se oirá, olerá, verá, gustará o sentirá durante el suceso.

Discutir las posibles medidas de control del dolor.

Explicar el propósito de las frecuentes valoraciones postoperatorias.

Describir las rutinas/equipos postoperatorios (medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, máquinas, vendajes quirúrgicos, deambulación, dieta y visitas familiares) y explicar su objeto.

Instruir al paciente sobre la técnica para levantarse de la cama, si resulta apropiado.

Evaluar la capacidad del paciente para mostrar al cuidador cómo levantarse de la cama, si resulta apropiado.

Instruir al paciente acerca de la técnica de sujetar su incisión, tos y respiración profunda.

Evaluar la capacidad del paciente para mostrar al cuidador cómo realizar la sujeción de la incisión, toser y respirar profundamente.

Instruir al paciente sobre el incentivo del uso del espirómetro.

Evaluar la capacidad del paciente para mostrar al cuidador cómo usar el espirómetro incentivador.

Instruir al paciente sobre la técnica de ejercicios de piernas.

Evaluar la capacidad del paciente para mostrar al cuidador cómo realizar los ejercicios de piernas.

Destacar la importancia de la deambulación precoz y los cuidados pulmonares.

Enseñar al paciente cómo puede ayudar en la recuperación.

Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, si procede.

Determinar las expectativas del paciente acerca de la cirugía.

Corregir las expectativas irreales de la cirugía, si procede.

Dar tiempo al paciente para que practique y se prepare para los acontecimientos que sucederán, si es posible.

Enseñar al paciente a utilizar técnicas de resolución de problemas dirigidas a controlar los aspectos específicos de la experiencia (relajación e imaginación), si procede.

Incluir a la familia/ser querido, si resulta oportuno.

Enseñanza: procedimiento/tratamiento **5618**

Definición: Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.

Actividades:

- Informar al paciente/ser querido acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento, si procede.
- Informar al paciente/ser querido acerca de la duración esperada del procedimiento/tratamiento.
- Informar al paciente/ser querido sobre la persona que realizará el procedimiento/tratamiento.
- Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado, si es el caso.
- Determinar las experiencias anteriores del paciente y el nivel de conocimientos relacionados con el procedimiento/tratamiento.
- Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.
- Describir las actividades del procedimiento/tratamiento.
- Explicar el procedimiento/tratamiento.
- Obtener/ser testigo del consentimiento informado del paciente del procedimiento/tratamiento de acuerdo con la política del centro, si procede.
- Enseñar al paciente cómo cooperar/participar durante el procedimiento/tratamiento, si procede.
- Implicar al niño en el procedimiento (sujetar vendaje) pero no dar elección sobre el procedimiento completo.
- Realizar una visita a la habitación del procedimiento/tratamiento y a la zona de espera, si resulta posible.
- Presentar al paciente al personal implicado en el procedimiento/tratamiento, si procede.
- Explicar la necesidad de ciertos equipos (dispositivos de monitorización) y sus funciones.
- Discutir la necesidad de medidas especiales durante el procedimiento/tratamiento, si procede.
- Proporcionar información acerca de lo que se oírán, olerán, verá, gustará o sentirá durante el procedimiento/tratamiento.
- Describir las valoraciones/actividades posteriores al procedimiento/tratamiento y el fundamento de las mismas.
- Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.
- Dar tiempo al paciente para que practique y se prepare para los acontecimientos que sucederán.
- Enseñar al paciente a utilizar técnicas de resolución de problemas dirigidas a controlar aspectos específicos de la experiencia (relajación e imaginación), si procede.
- Proporcionar distracción al niño para que desvíe su atención del procedimiento.
- Proporcionar información sobre cuándo y dónde estarán disponibles los resultados y la persona que los explicará.
- Determinar las expectativas del procedimiento/tratamiento por parte del paciente.
- Corregir las expectativas irreales del procedimiento/tratamiento, si procede.
- Discutir tratamientos alternativos, si procede.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
- Incluir a la familia/ser querido, si resulta oportuno.

Enseñanza: proceso de enfermedad

5602

Definición: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

Actividades:

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso.
- Revisar el conocimiento del paciente sobre su estado,
- Reconocer el conocimiento del paciente sobre su estado.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede.
- Explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas.
- Describir el proceso de la enfermedad, si procede.
- Identificar las etiologías posibles, si procede.
- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, si procede.
- Identificar cambios en el estado físico del paciente.
- Evitar las promesas tranquilizadoras vacías.
- Dar seguridad sobre el estado del paciente, si procede.
- Proporcionar información a la familia/ser querido acerca de los progresos del paciente, según proceda.
- Proporcionar información acerca de las medidas de diagnóstico disponibles, según resulte adecuado.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Discutir las opciones de terapia/tratamiento.
- Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento.
- Animar al paciente a explorar opciones/conseguir una segunda opinión, si procede o se indica.
- Describir las posibles complicaciones crónicas, si procede.
- Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, si procede.
- Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas, si procede.
- Explorar recursos/apoyo posibles, según cada caso.
- Remitir al paciente a los centros/grupos de apoyo comunitarios locales, si se considera oportuno.
- Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador, si procede.
- Proporcionar el número de teléfono al que llamar si surgen complicaciones.
- Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, si procede.

Enseñanza: seguridad del bebé (0-3 meses)

5645

Definición: Enseñanza de la seguridad durante los tres primeros meses de vida.

Actividades:

Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.

Enseñar a los padres/cuidador a instalar y utilizar la silla para el coche de acuerdo con las instrucciones del fabricante.

Enseñar a los padres/cuidador a colocar al bebé sobre la espalda para dormir y evitar dejar suelta la ropa de cama, almohadas y juguetes.

Enseñar a los padres/cuidador a utilizar sólo cunas seguras.

Enseñar a los padres/cuidador a evitar el uso de joyas o cordones/cadenas en el bebé.

Enseñar a los padres/cuidador a utilizar y mantener correctamente todo el equipo (p. ej., hamacas, cochecitos, parques, cunas portátiles).

Enseñar a los padres/cuidador a evitar coger al bebé mientras se fuma o se toman bebidas calientes.

Enseñar a los padres/cuidador a sujetar al bebé mientras se le alimenta, evitando apoyar el biberón y comprobando la temperatura de la leche de fórmula.

Enseñar a los padres/cuidador a comprobar la experiencia/entrenamiento de los cuidadores del bebé.

Enseñar a los padres/cuidador a prevenir caídas.

Enseñar a los padres/cuidador a comprobar la temperatura del agua del baño.

Enseñar a los padres/cuidador a mantener los animales de compañía a tura distancia prudencial del bebé.

Enseñar a los padres/cuidador a no agitar, sacudir o balancear al bebé en el aire.

Enseñanza: seguridad del bebé (4-6 meses)

5646

Definición: Enseñanza de la seguridad de los cuatro a los seis meses de vida.

Actividades:

Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.

Enseñar a los padres/cuidador a evitar el uso de andadores o de saltadores debido al peligro de lesiones y de los efectos perjudiciales sobre el desarrollo muscular.

Enseñar a los padres/cuidador a no dejar al bebé nunca desatendido en el baño, el carro del supermercado, en una silla alta, sobre el sofá, etc.

Enseñar a los padres/cuidador a evaluar los juguetes que cuelguen de la cuna.

Enseñar a los padres/cuidador a utilizar una silla alta segura cuando el bebé pueda sentarse.

Enseñar a los padres/cuidador a alimentarlo únicamente con alimentos blandos o hechos puré.

Enseñar a los padres/cuidador a quitar todos los objetos pequeños al alcance del bebé.

Enseñanza: seguridad del bebé (7-9 meses)

5647

Definición: Enseñanza de la seguridad de los siete a los nueve meses de vida.**Actividades:**

Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.

Enseñar a los padres/cuidador a evitar fuentes de envenenamiento de plomo.

Enseñar a los padres/cuidador a mantener los elementos peligrosos fuera del alcance del bebé.

Enseñar a los padres/cuidador a proveer de barreras las zonas peligrosas.

Enseñar a los padres/cuidador a supervisar la actividad del bebé continuamente.

5.ª edición 2008

Enseñanza: seguridad del bebé (10-12 meses)

5648

Definición: Enseñanza de la seguridad de los diez a los doce meses de vida.

Actividades:

Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.

Enseñar a los padres/cuidador a proteger los muebles de cristal, los bordes afilados, los muebles inestables y los aparatos eléctricos.

Enseñar a los padres/cuidador a almacenar todos los productos de limpieza, los medicamentos y los productos de aseo personal fuera del alcance del bebé.

Enseñar a los padres/cuidador a utilizar pestillos a prueba de niños en los armarios.

Enseñar a los padres/cuidador a evitar el acceso del bebé a ventanas de pisos superiores, balcones y escaleras.

Enseñar a los padres/cuidador a mantener alejado al bebé de estanques, piscinas, váter y recipientes con líquido para evitar que se ahogue.

Enseñar a los padres/cuidador a elegir los juguetes de acuerdo con las recomendaciones del fabricante respecto a la edad.

Enseñar a los padres/cuidador a asegurar las zonas de la piscina/bañeras calientes con múltiples barreras.

Enseñanza: seguridad del niño (13-18 meses)

5665

Definición: Enseñanza de la seguridad de los trece a los dieciocho meses de vida.***Actividades:***

Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.

Enseñar a los padres/cuidador a supervisar al niño cuando esté al aire libre.

Enseñar a los padres/cuidador a enseñar al niño los peligros de lanzar objetos 5' dar golpes.

Enseñar a los padres/cuidador a evitar el acceso a enchufes, cables y equipo/instalaciones/instrumentos eléctricos.

Enseñar a los padres/cuidador a guardar las armas y objetos similares bajo llave.

Enseñar a los padres/cuidador a educar al niño sobre formas seguras de tratar a los animales de compañía.

Enseñar a los padres/cuidador a asegurar puertas/verjas para evitar el acceso del niño a zonas peligrosas (p. ej., calle, calzada, piscina).

Enseñar a los padres/cuidador a desechar y/o eliminar las puertas de neveras, congeladores y otros recipientes herméticos no utilizados.

Enseñar a los padres/cuidador a utilizar los quemadores traseros de la cocina, instalar protecciones en los tiradores y/o limitar el acceso del niño a la cocina.

Enseñar a los padres/cuidador a poner la temperatura del calentador del agua de casa entre 49 y 54,5 °C.

Enseñanza: seguridad del niño (19-24 meses)

5666

Definición: Enseñanza de la seguridad de los diecinueve a los veinticuatro meses de vida.

Actividades:

Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.

Enseñar a los padres/cuidador a instalar un asiento adecuado y utilizarlo de acuerdo con las instrucciones del fabricante.

Enseñar a los padres/cuidador a guardar los objetos afilados, aparatos eléctricos y elementos de la cocina fuera del alcance del niño.

Enseñar a los padres/cuidador a enseñar al niño los peligros de la calle.

Enseñar a los padres/cuidador a mantener todos los productos de limpieza, medicamentos y productos de aseo personal fuera del alcance del niño.

Enseñar a los padres/cuidador a asegurar las zonas de la piscina/bañeras calientes con múltiples barreras.

Enseñanza: seguridad del niño (25-36 meses)

5667

Definición: Enseñanza de la seguridad de los veinticinco a los treinta y seis meses de vida.***Actividades:***

Proporcionar a los padres por escrito materiales adecuados a las necesidades de conocimiento identificadas.

Enseñar a los padres/cuidador a enseñar al niño los peligros de las armas.

Enseñar a los padres/cuidador a elegir los juguetes de acuerdo con las instrucciones del fabricante respecto a la edad.

Enseñar a los padres/cuidador a supervisar y enseñar sobre el uso seguro de grandes juguetes de saltar y montar.

Enseñar a los padres/cuidador a mantener las cerillas/encendedores fuera del alcance del niño y enseñarle los peligros del fuego y pastillas para encender fuego.

Enseñar a los padres/cuidador a vigilar siempre al niño en piscinas, estanques, bañeras calientes.

Enseñar a los padres/cuidador a enseñar al niño los peligros de los desconocidos y distinguir entre el contacto bueno y el malo.

Enseñar a los padres/cuidador a proporcionar un casco homologado para ir en bicicleta y enseñarle que debe llevarlo siempre.

Enseñar a los padres/cuidador a prevenir el acceso del niño a ventanas de pisos superiores, balcones y escaleras.

Enseñar a los padres/cuidador a vigilar estrechamente al niño en lugares públicos.

Enseñar a los padres/cuidador a enseñar al niño cómo obtener ayuda de adultos cuando esté asustado o en peligro.

Enseñanza: sexo seguro

5622

Definición: Proporcionar instrucciones acerca de medidas de protección durante la relación sexual.

Actividades:

Discutir las actitudes del paciente acerca de los diversos métodos de control de la natalidad.

Instruir al paciente sobre el uso de métodos de control de la natalidad efectivos, según cada caso.

Incorporar creencias religiosas en las discusiones de control de la natalidad, si procede.

Discutir la abstinencia como medio de control de la natalidad, si procede.

Animar al paciente a ser selectivo a la hora de elegir compañeros sexuales.

Subrayar la importancia de conocer el historial sexual del compañero, si resulta oportuno.

Instruir al paciente en las prácticas sexuales de bajo riesgo, como las que evitan la penetración corporal o el intercambio de fluidos corporales.

Instruir al paciente sobre la importancia de una buena higiene, lubricación y eliminación de orina después de la relación, para disminuir la susceptibilidad a infecciones.

Fomentar el uso de preservativos, si procede.

Enseñar al paciente a elegir preservativos y mantenerlos intactos, si procede.

Instruir al paciente sobre la colocación y extracción correcta de los preservativos, si procede.

Discutir con el paciente las formas de convencer al compañero para que use preservativos.

Instruir al paciente en productos espermicidas que puedan atajar las enfermedades de transmisión sexual, si procede.

Proporcionar al paciente productos espermicidas y preservativos.

Animar al paciente con alto riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual a pasar exámenes regulares.

Remitir al paciente con problemas o preguntas sexuales al cuidador sanitario correspondiente, si procede.

Planificar clases de educación sexual para grupos de pacientes, si procede.

Enseñanza: sexualidad

5624

Definición: Ayudar a las personas a comprender las dimensiones físicas y psicosociales del crecimiento y desarrollo sexual.

Actividades:

Crear una atmósfera de aceptación y sin juicios.

Explicar la anatomía y fisiología humanas del cuerpo masculino y femenino.

Explicar la anatomía y fisiología de la reproducción humana.

Discutir los signos de fertilidad (relacionados con la ovulación y el ciclo menstrual).

Explicar el desarrollo emocional durante la niñez y la adolescencia.

Facilitar la comunicación entre el niño o el adolescente y el padre.

Apoyar el papel de los padres como principales educadores sexuales de sus hijos.

Educar a los padres sobre el crecimiento y desarrollo sexual a lo largo de la vida.

Proporcionar a los padres bibliografía de material de educación sexual.

Discutir cuáles son los valores, la forma de obtenerlos y los efectos que tienen en nuestras opciones en la vida.

Facilitar la conciencia del niño y del adolescente sobre la familia, sus iguales, la sociedad y la influencia de los medios en los valores.

Utilizar las preguntas adecuadas para ayudar al niño y al adolescente a reflejar lo que es importante a nivel personal.

Discutir las presiones sociales y de los iguales en la actividad sexual.

Explorar el significado de los papeles sexuales.

Discutir la conducta sexual y las formas adecuadas de expresar los propios sentimientos y necesidades.

Informar al niño y al adolescente de los beneficios de posponer la actividad sexual.

Educar a los niños y adolescentes en las consecuencias negativas del embarazo precoz (pobreza y pérdida de la educación y de oportunidades de hacer carrera).

Enseñar a los niños y adolescentes las enfermedades de transmisión sexual y el sida.

Alentar la responsabilidad de la conducta sexual.

Discutir los beneficios de la abstinencia.

Informar a los niños y adolescentes acerca de medios anticonceptivos eficaces.

Explicar la accesibilidad a los anticonceptivos y la forma de obtenerlos.

Ayudar a los adolescentes a elegir un anticonceptivo adecuado, si procede.

Facilitar el juego de roles en los que se puedan practicar la toma de decisiones y las habilidades de comunicación para resistir las presiones sociales y de sus iguales sobre la actividad sexual.

Potenciar la autoestima mediante la modelación del papel de un igual y el juego de roles.

2.º edición 1996

Entrenamiento autogénico

5840

Definición: Asistencia con la autosugestión sobre sensación de pesadez y calor con el objeto de inducir la relajación.

Actividades:

Elegir un ambiente tranquilo y cómodo.

Preparar un ambiente tranquilo.

Tomar precauciones para que no haya interrupciones.

Instruir al paciente sobre el propósito de la intervención.

Sentar al paciente en una silla reclinable o en un sitio en el que se pueda colocar en posición yacente.

Disponer que el paciente lleve ropas cómodas, flojas.

Leer un guión preparado al paciente, haciendo pausas lo suficientemente largas como para que tenga tiempo de repetir las frases en su interior.

En el guión se deberán utilizar frases que induzcan sentimientos de pesadez, ligereza o flotación de determinadas partes del cuerpo.

Instruir al paciente para que repita las frases para sí mismo y para provocar los sentimientos dentro de las partes corporales a las que se dirigen.

Ensayar con el guión unos 15 o 20 minutos.

Animar al paciente para que permanezca relajado otros 15 o 20 minutos.

Proceder a incluir sentimientos de calidad después de que se dominen sensaciones pesadas.

Seguir el procedimiento de inducción de pesadez mediante un guión preparado o una cinta de audio para provocar cordialidad.

Proporcionar instrucciones mediante un guión o cinta de audio para que el paciente las ponga en práctica en casa.

Animar al paciente a realizar la sesión tres veces al día.

Instruir al paciente a llevar un diario para documentar el progreso obtenido con cada sesión.

I." edición 1992; 5." edición revisada 2008

Entrenamiento de la asertividad

4340

***Definición:* Ayuda en la expresión efectiva de sentimientos, necesidades e ideas a la vez que se respetan los derechos de los demás.**

Actividades:

Identificar las barreras a la afirmación (p. ej., estado de desarrollo, alguna condición médica o psiquiátrica crónica y socialización de la mujer).

Ayudar al paciente a que reconozca y reduzca las distorsiones cognitivas que bloquean la afirmación.

Diferenciar entre conductas afirmativas, agresivas y agresivas-pasivas.

Ayudar a identificar los derechos personales, responsabilidades y normas en conflicto.

Ayudar a clarificar las áreas de problemas en las relaciones interpersonales.

Promover la expresión de pensamientos y sentimientos, tanto positivos como negativos.

Ayudar a identificar los pensamientos autoderrotistas.

Ayudar al paciente a distinguir entre pensamiento y realidad.

Instruir al paciente en las distintas formas de actuar afirmativamente.

Instruir al paciente sobre estrategias para la práctica de una conducta afirmativa (p. ej., realizando solicitudes, respondiendo que no a solicitudes no razonables, e iniciando y finalizando una conversación).

Facilitar las oportunidades de practicar mediante la discusión, modelación y juego de roles.

Ayudar en la práctica de habilidades de conversación y sociales (p. ej., utilización de frases con «Yo», comportamientos no orales, apertura y aceptación de cumplidos).

Valorar los esfuerzos en la expresión de sentimientos e ideas.

Monitorizar el nivel de ansiedad e incomodidad relacionados con el cambio de conducta.

1.ª edición 1992; 2.ª edición revisada 1996

Entrenamiento de la memoria

4760

Definición: Mejorar la memoria.

Actividades:

Discutir con el paciente y la familia cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado.

Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente, si procede.

Recordar experiencias pasadas con el paciente, si procede.

Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, lemas mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores o utilización de etiquetas con nombres o practicar información.

Ayudar en las tareas asociadas con el aprendizaje, como la práctica de aprendizaje o recuperación de la información verbal o gráfica presentada, si procede.

Proporcionar entrenamiento de orientación, como que el paciente practique información y fechas personales, si procede.

Proporcionar oportunidades de concentración, como el juego de emparejar cartas, si procede.

Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes, como preguntar al paciente acerca de salidas recientes.

Guiar el nuevo aprendizaje, como localizar accidentes geográficos en un mapa, si procede.

Facilitar el uso de la memoria de reconocimiento de imágenes, si procede.

Estructurar los métodos de enseñanza de acuerdo con la organización de la información por parte del paciente.

Remitir a terapia ocupacional, si procede.

Animar al paciente a que participe en grupos de programas de entrenamiento de la memoria, si procede.

Vigilar la conducta del paciente durante la terapia.

Identificar y corregir con el paciente errores de orientación.

Controlar cambios en la memoria durante el entrenamiento.

1.ª edición 1992; 4.ª edición revisada 2004

Entrenamiento de la vejiga urinaria

0570

Definición: Mejoría de la función de la vejiga en aquellas personas afectadas de incontinencia de urgencia aumentando la capacidad de la vejiga para mantener la orina y la capacidad del paciente para suprimir la micción.

Actividades:

Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de eliminar

Animar al paciente a evacuar diariamente.

Mantener un registro de especificación de continencia durante 3 días para establecer un esquema de eliminación.

Ayudar al paciente a identificar pautas de incontinencia.

Revisar la evacuación diaria con el paciente.

Establecer un intervalo de tiempo inicial para ir al aseo, en función del esquema de eliminación.

Establecer una hora de inicio y finalización para ir al aseo, si no se realiza en 24 horas.

Establecer un intervalo de tiempo para ir al aseo no inferior a 1 hora y preferiblemente no inferior a 2 horas.

Llevar al paciente al aseo y recordarle que orine en los intervalos prescritos.

Proporcionar intimidad para ir al aseo.

Utilizar el poder de la sugestión (hacer correr agua o estirar la cadena del aseo) para ayudar al paciente a eliminar.

Evitar dejar al paciente en el aseo durante más de 5 minutos.

Reducir el intervalo de ir al aseo en media hora si se producen más de tres episodios de incontinencia en 24 horas.

Mantener el intervalo de ir al aseo si se producen tres o menos episodios de incontinencia en 24 horas.

Aumentar el intervalo de ir al aseo en media hora si el paciente no puede eliminar en las dos o más veces programadas para ir al aseo.

Aumentar el intervalo de ir al aseo en 1 hora si el paciente no tiene ningún episodio de incontinencia durante 3 días hasta que se consiga el intervalo óptimo de 4 horas.

Expresar confianza en la posibilidad de mejorar la continencia.

Enseñar al paciente a controlar conscientemente la orina hasta la hora programada de ir al aseo.

Estudiar el registro diario de continencia con el paciente para darle seguridad.

2.ª edición 1996; 4.ª edición revisada 2004

Entrenamiento del hábito urinario

0600

Definición: Establecer un esquema predecible de vaciado de la vejiga para evitar la incontinencia en personas con la capacidad cognoscitiva limitada, que padecen incontinencia de urgencia, de estrés o funcional.

Actividades:

Llevar un registro de especificación de continencia durante 3 días para establecer el esquema de eliminación.

Establecer un intervalo de horario inicial para ir al aseo, en función del esquema de eliminación y de la rutina habitual (comer, levantarse y acostarse).

Establecer una hora de comienzo y final para el horario de ir al aseo si no se producen episodios en 24 horas.

Establecer un intervalo para ir al aseo preferiblemente no inferior a 2 horas.

Ayudar al paciente a ir al aseo y provocar la eliminación a los intervalos prescritos.

Proporcionar intimidad para ir al aseo.

Utilizar el poder de la sugestión (hacer correr agua o estirar la cadena del aseo) para ayudar al paciente a eliminar.

Evitar dejar al paciente en el aseo durante más de 5 minutos.

Reducir el intervalo de ir al aseo en media hora si se producen más de dos episodios de incontinencia en 24 horas.

Mantener el intervalo de ir al aseo si se producen dos o menos episodios de incontinencia en 24 horas.

Aumentar el intervalo de ir al aseo en media hora si el paciente no tiene episodios de incontinencia en 48 horas, hasta que se consiga el intervalo óptimo de 4 horas.

Estudiar el registro diario de continencia con el personal para dar seguridad y fomentar el cumplimiento con el programa de ir al aseo.

Mantener el ir al aseo, tal como se ha programado, para ayudar a establecer y mantener el hábito de eliminación.

Dar una respuesta o refuerzo positivo (5 minutos de conversación social) al paciente cuando elimine a la hora programada, y no realizar ningún comentario cuando el paciente muestre incontinencia.

Entrenamiento intestinal

0440

***Definición:* Ayuda al paciente en la educación del intestino para que evacúe a intervalos determinados.**

Actividades:

Planificar un programa intestinal con el paciente y demás personas relacionadas.

Consultar al médico y al paciente respecto del uso de supositorios.

Enseñar al paciente/familia los principios de la educación intestinal.

Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra.

Proporcionar alimentos ricos en fibras y/o que hayan sido identificados por el paciente como medio de ayuda.

Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.

Asegurarse de que se realizan ejercicios adecuados.

Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones.

Disponer intimidad.

Administrar supositorios, si está indicado.

Realizar dilatación rectal digital, si es preciso.

Enseñar al paciente la dilatación rectal digital, si procede.

Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares.

Modificar el programa intestinal, si es necesario.

I." edición 1992

Entrenamiento para controlar los impulsos

4370

Definición: Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.

Actividades:

Seleccionar la estrategia de solución de problemas adecuada al nivel de desan'ollo y la función cognoscitiva del paciente.

Utilizar un plan de modificación de la conducta, si procede, para reforzar la estrategia de solución de problemas que se haya enseñado.

Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada.

Enseñar al paciente a «detenerse y pensar» antes de comportarse impulsivamente.

Ayudar al paciente a identificar los cursos de acción posible y sus costes/beneficios.

Ayudar al paciente a elegir el curso de acción más beneficioso.

Ayudar al paciente a evaluar el resultado del curso de acción elegido.

Proporcionar una respuesta positiva (alabar y recompensar) para obtener resultados exitosos.

Animar al paciente a recompensarse a sí mismo por los resultados exitosos.

Ayudar al paciente a determinar cómo se podría haber evitado el fracaso de los resultados si se hubieran elegido conductas diferentes.

Disponer oportunidades para que el paciente practique la solución de problemas (juego de rol) dentro del ambiente terapéutico.

Proporcionar modelos que muestren los pasos de la estrategia de solución de problemas en el contexto de situaciones que tengan sentido para el paciente.

Animar al paciente a practicar la solución de problemas en situaciones sociales e interpersonales fuera del ambiente terapéutico, seguido por la evaluación del resultado.

Escucha activa

4920

Definición: Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.

Actividades:

Establecer el propósito de la interacción.

Mostrar interés en el paciente.

Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.

Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.

Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.

Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p. ej., saber que la posición física expresa mensajes no verbales).

Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación.

Estar atento a las palabras que se evitan, así como los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.

Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz.

Identificar los temas predominantes.

Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual.

Calcular una respuesta de forma que refleje la comprensión del mensaje recibido.

Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.

Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.

Recurrir a una serie de interacciones para descubrir el significado del comportamiento.

Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).

Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

1.ª edición 1992; 2.ª edición revisada 1996; 4.ª edición revisada 2004

Establecer límites

4380

Definición: Establecer los parámetros de una conducta deseable y aceptable del paciente.

Actividades:

Utilizar un método constante, práctico, no sentencioso.

Establecer un límite o identificar (con el paciente, si procede) una conducta indeseable del paciente.

Comunicar el límite en términos positivos (p. ej., «no se quite la ropa», en vez de «la conducta es inadecuada»).

Discutir las preocupaciones con el paciente acerca de su conducta.

Establecer las consecuencias (con la participación del paciente, cuando corresponda) de aparición/ausencia de conductas deseadas.

Discutir con el paciente, cuando proceda, cuál es la conducta deseable en cada situación.

Establecer expectativas razonables de la conducta del paciente, en función de la situación y del paciente.

Evitar discutir o negociar las consecuencias y expectativas conductuales establecidas con el paciente.

Comunicar las expectativas y consecuencias conductuales establecidas para el paciente en un lenguaje que sea fácilmente comprensible y no punitivo.

Comunicar las consecuencias establecidas y las expectativas conductuales con el equipo de tratamiento en cuanto a la coherencia y continuidad de los cuidados.

Ayudar al paciente, cuando sea necesario y adecuado, a mostrar conductas deseadas.

Observar si se producen o no las conductas deseadas del paciente.

Poner en marcha las consecuencias establecidas para la aparición/ausencia de las conductas deseadas.

Modificar las expectativas y consecuencias conductuales, si es necesario, para acomodar los cambios razonables de la situación del paciente.

Disminuir el establecimiento de límites, a medida que el paciente se aproxima a las conductas deseadas.

Establecimiento de objetivos comunes

4410

Definición: Colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados y desarrollar luego un plan para alcanzar estos objetivos.

Actividades:

Animar la identificación de valores vitales específicos.

Ayudar al paciente y a su ser querido a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en el desempeño de sus papeles.

Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema.

Animar al paciente a identificar sus propias virtudes y habilidades.

Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse.

Construir y utilizar una escala de consecución de objetivos, según proceda.

Identificar con el paciente los objetivos de los cuidados.

Establecer los objetivos en términos positivos.

Ayudar al paciente a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables.

Reconocer el valor y el sistema de creencias del paciente al establecer los objetivos.

Animar al paciente a establecer los objetivos de manera clara, evitando el uso de alternativas.

Evitar imponer valores personales al paciente al determinar los objetivos.

Explicar al paciente que sólo se deben modificar los comportamientos de uno en uno.

Ayudar al paciente a priorizar (sopesar) los objetivos identificados.

Poner en claro, junto con el paciente, los papeles del cuidador y del paciente, respectivamente.

Explorar con el paciente distintas formas para conseguir los mejores objetivos.

Ayudar al paciente a examinar las fuentes disponibles para cumplir con los objetivos.

Ayudar al paciente a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos.

Ayudar al paciente a fijar límites temporales realistas.

Ayudar al paciente a sopesar las actividades utilizadas en la consecución de los objetivos-

Valorar el nivel de funcionamiento actual del paciente con respecto a cada objetivo.

Facilitar al paciente la identificación de resultados esperados individualizados para cada objetivo.

Ayudar al paciente a identificar un indicador de medida específico (comportamiento o suceso social) para cada objetivo.

Preparar los resultados de comportamiento para ser utilizados en la escala de consecución de objetivos.

Ayudar al paciente a centrarse en los resultados esperados más que en los deseados.

Animar la aceptación de objetivos parciales con satisfacción.

Desarrollar una escala de niveles inferiores y superiores relacionados con los resultados esperados de cada objetivo.

Identificar los niveles de la escala definidos por el comportamiento o sucesos sociales para cada objetivo.

Ayudar al paciente a determinar la hora en que se medirá cada indicador.

Explorar con el paciente los métodos de progreso de las mediciones hacia los objetivos.

Coordinar con el paciente fechas de revisión periódicas para valorar el progreso hacia los objetivos.

Analizar la escala (tal como se ha desarrollado con el paciente) durante las fechas de revisión para valorar el progreso.

Continúa

374 Establecimiento de objetivos comunes (4410)

Actividades *(Cont.)*:

Calcular la puntuación en la consecución de los objetivos.

Volver a valorar los objetivos y el plan, si procede.

Estimulación cognoscitiva**4720**

Definición: Favorecer la conciencia y comprensión del entorno por medio de la utilización de estímulos planificados.

Actividades:

Consulta con la familia para establecer las guías cognoscitivas anteriores a la lesión del paciente.

Informar al paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan trastornos.

Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas.

Presentar los cambios de manera gradual.

Proporcionar un calendario.

Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente.

Orientar con respecto al tiempo, lugar y personas.

Hablar con el paciente.

Disponer una estimulación sensorial planificada.

Utilizar la televisión, radio o música como parte del programa de estímulos planificado.

Disponer períodos de descanso.

Colocar objetos familiares y fotografías en el ambiente del paciente.

Utilizar la repetición en la presentación de materiales nuevos.

Variar los métodos de presentación de materiales.

Utilizar ayudas de memoria: listas, programas y notas recordatorias.

Reforzar o repetir la información.

Presentar la información en dosis pequeñas, concretas.

Solicitar al paciente que repita la información.

Utilizar el contacto de manera terapéutica.

Disponer instrucciones orales y escritas.

Estimulación cutánea

1340

Definición: Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con el objeto de disminuir signos y síntomas indeseables, como dolor, espasmo muscular o inflamación.

Actividades:

Comentar los diversos métodos de estimulación de la piel, sus efectos sobre la sensibilidad y las expectativas del paciente durante la actividad.

Seleccionar una estrategia de estimulación cutánea específica en función de la disponibilidad individual para participar, capacidad de participar, preferencias, apoyo de seres queridos y contraindicaciones.

Seleccionar el tipo de estimulación cutánea más adecuada al paciente y a las condiciones (p. ej., masaje, frío, calor, mentol, vibración o estimulación eléctrica transcutánea nerviosa).

Establecer indicaciones, frecuencia y procedimiento respecto de la aplicación.

Aplicar la estimulación directamente sobre o alrededor del sitio afectado, según esté indicado.

Seleccionar el sitio de estimulación, considerando sitios alternativos cuando la aplicación directa no es posible (p. ej., sitios adyacentes, distales, entre las zonas afectadas y el cerebro).

Considerar los puntos de acupresión como sitios de estimulación, si procede.

Establecer la duración y frecuencia de la estimulación en función del método elegido.

Fomentar el uso de un método de estimulación intermitente, si resulta oportuno.

Dejar que la familia participe en todo lo que sea posible.

Seleccionar un método o sitio de estimulación alternativo, si no se consigue la alteración de la sensibilidad.

Cancelar la estimulación si se produce un aumento del dolor o irritación de la piel.

Valorar y registrar la respuesta a la estimulación.

Estimulación de la integridad familiar 7100

Definición: Favorecer la cohesión y unidad familiar.

Actividades:

Escuchar a los miembros de la familia.

Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.

Determinar la comprensión familiar de la dolencia.

Determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación.

Ayudar a la familia a resolver los sentimientos irrealistas de culpa o responsabilidad, si está justificado.

Determinar las relaciones familiares típicas para cada familia.

Comprobar las relaciones familiares actuales.

Identificar los mecanismos típicos de la familia para enfrentarse a situaciones problemáticas.

Identificar las prioridades opuestas entre los miembros de la familia.

Ayudar a la familia en la resolución de conflictos.

Asesorar a los miembros de la familia acerca de las habilidades eficaces susceptibles de ser usadas en problemas adicionales.

Respetar la intimidad de los miembros individuales de la familia.

Disponer intimidad para la familia.

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

Facilitar la armonía dentro de/entre la familia.

Proporcionar información regularmente a los miembros de la familia sobre el estado del paciente, de acuerdo con los deseos de éste.

Colaborar con la familia en la solución de problemas y en la toma de decisiones.

Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas.

Facilitar una comunicación abierta entre los miembros de la familia.

Acordar la realización de los cuidados que han de prestarse al paciente por parte de los miembros de la familia, si resulta óptimo.

Facilitar las visitas familiares.

Remitir a la familia a grupos de apoyo de otras familias que experimenten problemas similares.

Remitir a terapia familiar, si es preciso.

Estimulación de la integridad familiar: 7104 familia con niño (recién nacido)

Definición: Facilitar el crecimiento individual o de la familia que incorpora un hijo más al hogar.

Actividades:

Establecer relaciones de confianza con los padres.

Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de las familias.

Respetar y apoyar el sistema de valores culturales de las familias.

Identificar los patrones de interacción de las familias.

Ayudar a la familia a identificar sus puntos fuertes y sus puntos débiles.

Identificar los mecanismos normales de la familia para enfrentarse a los problemas.

Ayudar a la familia a desarrollar mecanismos de enfrentamiento adaptados para tratar la transición a la paternidad.

Observar la adaptación de los padres a la paternidad.

Preparar a los futuros padres para los cambios de rol esperados al convertirse en padres.

Educar a los padres sobre el potencial conflicto de papeles y la sobrecarga de papeles.

Promover autoeficacia en el desarrollo del papel parental.

Preparar a los padres para las responsabilidades relacionadas con la paternidad.

Animar a los padres a expresar sus valores, creencias y expectativas respecto a la paternidad.

Ayudar a los padres a tener expectativas reales de los papeles sobre la paternidad.

Ayudar a los padres a tratar sugerencias, críticas y preocupaciones sobre las expectativas de los papeles de los padres y ejecución de otros (p. ej., padres, abuelos, compañeros de trabajo, amigos).

Educar a los padres sobre los efectos de la privación del sueño en el funcionamiento familiar.

Reforzar los comportamientos paternos positivos.

Ayudar a los padres a ganar las habilidades necesarias para realizar tareas adecuadas a la etapa de desarrollo de la familia.

Ayudar a los padres a equilibrar los papeles laboral, parental y conyugal.

Proporcionar a los padres la oportunidad de expresar sus sentimientos sobre la paternidad.

Identificar el efecto del recién nacido en la dinámica y el equilibrio de la familia.

Animar a los padres a pasar tiempo juntos como pareja para mantener la satisfacción conyugal.

Animar a los padres a hablar de las responsabilidades en el mantenimiento de la casa.

Favorecer la manifestación de sentimientos, percepciones e inquietudes acerca de la experiencia del nacimiento.

Explicar las causas y las manifestaciones de la depresión posparto.

Animar a los padres a seguir con sus pasatiempos o intereses exteriores individuales.

Animar a la familia a que asista a las clases de preparación de los hermanos, cuando proceda.

Proporcionar información acerca de la preparación de los hermanos, si resulta oportuno.

Proporcionar información a la familia sobre la rivalidad de los hermanos, si procede.

Comentar la reacción de los hermanos hacia el recién nacido, si es el caso.

Ayudar a la familia a identificar los sistemas de apoyo.

Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido) (7104)

37S

Animar a la familia a utilizar sistemas de apoyo, si procede.

Ayudar a la familia a desarrollar una nueva red de apoyo.

Ofrecerse a asesorar a la familia.

Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) **1540**

Definición: Estimulación de la piel y tejidos subyacentes por medio de vibración eléctrica controlada de baja tensión mediante electrodos.

Actividades:

Razonar el fundamento así como los límites y problemas potenciales de la TENS con el paciente y/o sus familiares.

Determinar si la recomendación de la TENS es adecuada.

Estudiar la terapia con el médico y obtener la prescripción de la TENS, si corresponde.

Seleccionar el sitio de estimulación, considerando sitios alternativos cuando la aplicación directa no sea posible (adyacente, distal o entre las zonas afectadas y el cerebro, y contralateral).

Determinar el ámbito terapéutico, la frecuencia y amplitud del pulso.

Dar instrucciones verbales y escritas sobre el uso de la TENS.

Aplicar los electrodos en la zona de estimulación.

Ajustar amplitud, frecuencia y anchura del pulso a los ajustes indicados predeterminados.

Mantener la estimulación durante el intervalo predeterminado (continua o intermitente).

Enseñar al paciente a controlar el sitio y los ajustes para conseguir la respuesta deseada en función de la tolerancia individual, si corresponde.

Observar la aplicación de la TENS por parte del paciente e inspeccionar la superficie de la piel.

Inspeccionar o indicar al paciente que vigile las zonas de aplicación de los electrodos por si se produjeran irritaciones en cada aplicación o al menos cada 12 horas, si procede.

Utilizar la TENS sola o junto con otras medidas, si procede.

Evaluar y registrar periódicamente la efectividad de la TENS en la alteración de la sensibilidad al dolor.

Etapas en la dieta**1020**

***Definición:* Instituir las necesarias restricciones de la dieta con la consiguiente progresión de la misma según su tolerancia.**

Actividades:

Determinar la presencia de sonidos intestinales.

Establecer NPO, si es necesario.

Fijar la sonda nasogástrica y observar tolerancia, si procede.

Observar estado de alerta y la presencia de reflejo de ahogo, si procede.

Comprobar la tolerancia a la ingestión de trocitos de hielo y agua.

Comprobar si el paciente da salida al flato.

Colaborar con otros miembros del equipo de cuidadores para que la dieta avance lo más rápidamente posible sin que se produzcan complicaciones.

Hacer avanzar la dieta desde la ingestión de poco líquido, dieta líquida, dieta blanda, a dieta regular o especial, según la tolerancia, para adultos y niños.

Progresar desde agua con glucosa o solución electrolítica oral, fórmula de lactancia diluida al 50%, a fórmula de potencia al 100% para bebés.

Observar la tolerancia a la progresión de la dieta.

Pautar seis comidas pequeñas, en lugar de tres, si procede.

Pegar la orden de restricción de dieta en la cama, en un gráfico y en el plan de cuidados.

Evacuación inmediata

0640

Definición: Promover la continencia urinaria a través del uso de recordatorios verbales de aseo regulares y de retroalimentación social positiva por el aseo conseguido.

Actividades:

Determinar la habilidad para reconocer la urgencia de evacuar.

Mantener un registro específico de continencia durante 3 días para establecer un patrón de las evacuaciones.

Utilizar para pacientes sin signos y síntomas de incontinencia urinaria por rebosamiento y/o refleja.

Establecer intervalos del programa inicial de evacuación puntual a partir del patrón de las evacuaciones.

Establecer un inicio y un final para el programa de evacuación puntual, si no es de 24 horas.

Acercarse a los 15 minutos de intervalos prescritos de evacuación puntual.

Conceder tiempo (5 segundos) para autoiniciar una petición de ayuda en el aseo.

Determinar la conciencia del paciente del estado de continencia preguntándole si está mojado o seco.

Determinar la precisión de la respuesta comprobando físicamente la ropa, si conviene.

Reforzar positivamente la precisión de la respuesta del estado de continencia y el éxito de la continencia entre períodos programados de aseo.

incitar a utilizar el valer o un sustituto (un máximo de tres veces), independientemente del estado de continencia.

Ofrecer ayuda con el aseo, independientemente del estado de continencia

Proporcionar intimidad para el aseo.

Reforzar positivamente mediante el elogio de la conducta de aseo deseada.

Abstenerse de hacer observaciones acerca de la incontinencia o de la negación al aseo.

Informar al paciente de la próxima sesión de aseo.

Enseñar al paciente a tomar conciencia de contener la orina entre sesiones de aseo, si no está cognitivamente alterado.

Enseñar al paciente a realizar peticiones autoiniciadas de aseo en respuesta a la urgencia de evacuar.

Documentar los resultados de la sesión de aseo en un registro clínico.

Debatir el registro de continencia con el personal para reforzar y estimular la conformidad con el programa de evacuación puntual semanal y según sea necesario.

Evaluación de compañeros **7700**

Definición: Evaluación sistemática de la actuación de un compañero en comparación con las normas profesionales de la práctica.

Actividades:

Desarrollar y utilizar las políticas para guiar la función de la comisión de revisión de los compañeros y analizar el proceso, si es necesario.

Participar en el establecimiento de protocolos y normas para la práctica profesional.

Participar en las reuniones de la comisión, si procede.

Coordinar el proceso de evaluación, si es necesario.

Observar al compañero durante la realización del servicio, según se requiera para la evaluación.

Identificar la actuación que requiere el apoyo de los compañeros.

Realizar evaluaciones de los compañeros seleccionados (incluyéndose uno mismo cuando se requiera).

Responder en áreas de virtudes y necesidades de desarrollo, según se indique.

Revisar las credenciales del compañero seleccionado, si es necesario.

Recomendar fomento o avance clínico, si es el caso.

Proporcionar supervisión y asesoramiento, si resulta oportuno.

Disponer oportunidades de retroalimentación.

Desarrollar una responsabilidad compartida para los cambios o mejoras, si es necesario.

Coordinar una educación y formación continua adecuadas, si es necesario.

Participar en los procesos de aflicción, cuando proceda.

Evaluación de productos

7760

***Definición:* Determinar la eficacia de nuevos productos o equipos.**

Actividades:

Determinar la necesidad de un nuevo producto o el cambio de un producto actual.

Seleccionar el producto para su evaluación.

Definir las perspectivas de análisis (beneficios para el paciente o el cuidador).

Determinar la eficacia del producto y las cuestiones de seguridad.

Ponerse en contacto con otras instituciones que utilicen el producto para disponer de información adicional.

Definir los objetivos de la evaluación.

Redactar los criterios de ensayo que han de utilizarse durante la evaluación.

Establecer los objetivos adecuados en los que se ha de probar el nuevo producto.

Dirigir la educación del personal necesaria para llevar a cabo el ensayo.

Cumplimentar los formularios de evaluación de ensayo.

Solicitar la colaboración de otros profesionales sanitarios, si es necesario (ingenieros biomecánicos, farmacéuticos, médicos y otras instituciones).

Obtener la evaluación del producto por parte del paciente, si resulta oportuno.

Determinar los costes de la puesta en marcha del nuevo producto, incluyendo contratos de preparación, suministros adicionales y mantenimiento.

Realizar las recomendaciones pertinentes a la comisión correspondiente o a la persona que coordine la evaluación.

Participar en el seguimiento continuado de la eficacia del producto.

Exploración de la mama

6522

Definición: Inspección y palpación de las mamas y de las zonas afines.

Actividades:

Valorar los posibles factores de riesgo para el desarrollo de un cáncer de mama, incluyendo edad, edad del primer embarazo, edad de la menarquia, edad de la menopausia, historial familiar, historial de enfermedades de mama, estado de paridad e historial de lactancia materna.

Averiguar si la paciente ha notado o no algún dolor, endurecimiento o ablandamiento de la mama, secreción, distorsión, retracción o escamación del pezón.

Ayudar a la paciente a colocarse cómodamente según el procedimiento de exploración, permitiendo siempre la intimidad y la sensibilidad necesarias.

Explicar los pasos específicos de la exploración a la que se procederá.

Dirigir la exploración mientras la paciente está en posición vertical y supina.

Dar instrucciones a la paciente para quitarse la ropa.

Inspeccionar la medida, la forma y los cambios en la textura o el color de las mamas, incluyendo cualquier enrojecimiento, hoyuelo, arruga, escamación o retracción de la piel.

Observar la simetría y el contorno de las mamas y la posición bilateral de los pezones por si hay cualquier desviación o anomalía.

Dar instrucciones a la paciente para utilizar cuatro posiciones diferentes para la exploración visual: brazos a los lados, manos en la cintura empujando hacia dentro y hacia las caderas, manos detrás de la cabeza y brazos cruzados en la cintura con el pecho hacia delante.

Valorar la existencia de la secreción del pezón mediante una suave presión en cada pezón.

Inspeccionar y palpar posibles anomalías de las cadenas de nodulos linfáticos, incluyendo los nodulos supraclaviculares, infraclaviculares, laterales, centrales, subescapulares y anteriores.

Tomar nota del número, el tamaño, la colocación, la consistencia y la movilidad de los nodulos.

Colocar un cojín o una toalla pequeña debajo del hombro correspondiente a la mama que se debe explorar, coger el brazo del mismo lado de la mama y colocar la mano de la paciente detrás de la cabeza.

Utilizando un método sistemático, palpar el tejido de la mama con la superficie palmar de los tres primeros dedos de la mano dominante del examinador.

Mover de manera rotativa y comprimir el tejido de la mama contra la pared del tórax.

Examinar los cuatro cuadrantes de la mama, incluyendo la cola axilar.

Tomar nota de cualquier masa, incluyendo la posición, la forma, el tamaño (en cm), la sensibilidad, la movilidad y la consistencia.

Valorar si en el sitio de la cicatriz de la mastectomía se observa exantema, edema, endurecimiento y eritema, según corresponda.

Repetir el mismo proceso con la otra mama.

Documentar todos los hallazgos.

Informar al médico o a la enfermera encargados de las anomalías, según corresponda.

Animar a la paciente a demostrar una autopalpación durante y después de la exploración clínica de la mama.

Enseñar a la paciente la importancia de una autoexploración regular de la mama.

Aconsejar la realización de mamografías regulares, según corresponda a la edad, el estado y el riesgo.

Facilitar el aprendizaje

5520

***Definición:* Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información.**

Actividades:

Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender.

Establecer metas realistas objetivas con el paciente.

Identificar claramente los objetivos de la enseñanza y en términos mensurables/observables.

Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.

Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades y discapacidades cognitivas, psicomotoras y/o afectivas del paciente.

Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.

Disponer un ambiente que induzca el aprendizaje.

Establecer la información en una secuencia lógica.

Disponer la información de simple a compleja, conocida a desconocida o concreta a abstracta, si procede.

Diferenciar el contenido «crítico» del contenido «deseable».

Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida/rutina del paciente.

Relacionar la información con los deseos/necesidades personales del paciente.

Proporcionar información que sea adecuada con los valores y creencias del paciente.

Proporcionar información acorde con la posición de control del paciente.

Asegurarse de que el material de enseñanza es actual y está al día.

Proporcionar materiales educativos para ilustrar la información importante y/o compleja.

Utilizar modalidades de enseñanza múltiples, si procede.

Utilizar un lenguaje familiar.

Definir la terminología que no sea familiar.

Relacionar el contenido nuevo con los conocimientos anteriores, cuando sea posible.

Presentar la información de manera estimulante.

Presentar al paciente personas que hayan pasado por experiencias similares.

Fomentar la participación activa del paciente.

Utilizar instrucción adaptada a la persona concreta, cuando sea posible.

Evitar establecer límites de tiempo.

Dar el tiempo adecuado para dominar el contenido, si procede.

Mantener sesiones de enseñanza cortas, si procede.

Simplificar las instrucciones, siempre que sea posible.

Repetir la información importante.

Proporcionar avisos/recordatorios verbales, si procede.

Proporcionar ayudas a la memoria, si es preciso.

Evitar la exigencia de un pensamiento abstracto, si el paciente sólo puede pensar en términos concretos.

Asegurar que la información proporcionada por los diversos miembros del equipo de cuidados sea consistente.

Utilizar demostraciones y pedir al paciente que las realice él, siempre que sea posible.

Continúa

388 Facilitar el aprendizaje (5520)

Actividades **(Cont):**

Proporcionar oportunidades de práctica, si procede.

Proporcionar retroalimentación frecuente acerca del progreso del aprendizaje.

Corregir las malas interpretaciones de la información, si es el caso.

Reforzar la conducta, cuando proceda.

Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.

Responder a las preguntas de una forma clara y concisa.

Facilitar el crecimiento espiritual

5426

Definición: Facilitar el crecimiento de la capacidad del paciente para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida.

Actividades:

Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con el paciente, con la familia del paciente y otras personas significativas.

Fomentar la conversación que ayude al paciente a separar los intereses espirituales.

Modelar habilidades saludables de relación y razonamiento.

Ayudar al paciente a identificar barreras y actitudes que dificultan el crecimiento y el autodescubrimiento.

Ofrecer el apoyo de la oración al individuo o al grupo, según sea conveniente.

Fomentar la participación en servicios piadosos, retiros y programas especiales de oración/estudio.

Fomentar la relación con los otros para el compañerismo y el servicio.

Fomentar el uso de celebraciones y rituales espirituales.

Fomentar la exploración del paciente de su compromiso espiritual según sus creencias y valores.

Proporcionar un entorno que favorezca una actitud meditativa/contemplativa para la autorreflexión.

Ayudar al paciente a explorar las creencias en relación con la curación del cuerpo, la mente y el espíritu.

Remitir a grupos de apoyo, de autoayuda mutua o a programas que se basen en la espiritualidad, según sea conveniente.

Remitir a la atención pastoral o a cuidadores espirituales como garantía de resultados.

Remitir a una asistencia y apoyo adicional para la conexión cuerpo, mente y espíritu, según sea necesario.

Facilitar el duelo

5290

Definición: Ayuda en la resolución de una pérdida importante.

Actividades:

Identificar la pérdida.

Ayudar al paciente a identificar la naturaleza de la unión al objeto o persona perdidos.

Ayudar al paciente a identificar la reacción inicial a la pérdida.

Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.

Escuchar las expresiones de duelo.

Fomentar la discusión de experiencias de pérdidas anteriores.

Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida.

Realizar afirmaciones enfáticas sobre el duelo.

Fomentar la identificación de los miedos más profundos respecto de la pérdida.

Instruir en fases del proceso de aflicción, si procede.

Apoyar la progresión a través de los estadios de aflicción personal

Incluir a los seres queridos en las discusiones y decisiones, si procede.

Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de resolución de problemas.

Animar al paciente a implementar costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas con la pérdida.

Comunicar la aceptación del debate sobre la pérdida.

Responder a las preguntas de los niños relacionadas con la pérdida.

Utilizar palabras claras, como *muerte* o *muerto*, en lugar de eufemismos.

Animar a los niños a discutir los sentimientos.

Fomentar la expresión de sentimientos de una forma cómoda para el niño, escribiendo, dibujando o jugando.

Ayudar al niño a clarificar los conceptos erróneos.

Identificar fuentes de apoyo comunitario.

Apoyar los esfuerzos para resolver conflictos anteriores, si procede.

Apoyar los progresos conseguidos en el proceso de aflicción.

Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.

I.ª edición 1992; 4.ª edición revisada 2004

Facilitar el duelo: muerte perinatal

5294

Definición: Ayuda en la resolución de una pérdida perinatal.**Actividades:**

Fomentar la participación en la toma de decisiones acerca de la interrupción del apoyo vital.

Ayudar a mantener vivo al bebé hasta la llegada de los padres.

Bautizar al bebé, si procede.

Animar a los padres a coger al bebé durante su muerte, si procede.

Determinar cómo y cuándo se ha diagnosticado la muerte fetal o del bebé.

Discutir los planes que se hayan realizado (entierro, funeral y nombre del bebé).

Discutir las decisiones que deberán tomarse acerca de las disposiciones del funeral, autopsia, asesoramiento genético y participación familiar.

Describir los recuerdos que se obtendrán, incluyendo huellas de los pies, huellas de las manos, fotos, gorrito, batitas, mantas, pañales y dispositivos inflados para la presión sanguínea, si procede.

Discutir sobre grupos de apoyo disponibles, si procede.

Discutir las diferencias que hay entre las formas masculina y femenina de aflicción, si procede.

Obtener huellas de los pies, de las manos, altura y peso del bebé, si es necesario.

Preparar al bebé para que sea visto, bañándolo y vistiéndolo, incluyendo a los padres en las actividades, si procede.

Animar a los miembros de la familia a ver y coger al bebé cuanto deseen.

Discutir el aspecto del bebé en función de la edad gestacional y el tiempo transcurrido desde la defunción.

Centrarse en las características normales del bebé, a la vez que se discuten de manera sensible las anomalías.

Disponer tiempo para que la familia esté a solas con el bebé, según voluntad.

Remitir al capellán, servicios sociales, asesor de aflicciones y genético, si procede.

Crear recuerdos y presentarlos a la familia antes del alta, si procede.

Discutir las características de la aflicción normal y anormal, incluyendo factores desencadenantes que precipitan sentimientos de tristeza.

Dar parte al laboratorio o funeraria, si procede, para que dispongan del cuerpo.

Trasladar al bebé a la morgue o preparar el cuerpo para que sea trasladado por la familia a la funeraria.

Facilitar el perdón

5280

Definición: Ayudar al deseo de un individuo para sustituir los sentimientos de enfado y resentimiento hacia otro, uno mismo o sus superiores; por beneficencia, empatía y humildad.

Actividades:

Identificar las opiniones del paciente que pueden dificultar/ayudar a «salir» de un problema.

Aceptar si el enfado y el resentimiento son justificables.

Identificar la fuente de culpabilidad y resentimiento, cuando sea posible.

Escuchar con énfasis sin moralizar o recurrir a tópicos.

Investigar el perdón como un proceso.

Ayudar al paciente a explorar sus sentimientos de ira, odio y resentimiento.

Utilizar la presencia, el contacto y la empatía, según sea conveniente, para facilitar el proceso.

Explorar las posibilidades de enmienda y reconciliación con uno mismo, con los otros y/o con los superiores.

Ayudar al paciente a examinar la dimensión saludable y curativa del perdón.

Ayudar al paciente a vencer bloqueos para la curación utilizando prácticas espirituales (p. ej., oraciones de alabanza, guía y discernimiento; curación, contacto y visualización de la curación y agradecimiento), según sea conveniente.

Enseñar el arte de la liberación y de la relajación emocional.

Ayudar al cliente a buscar un arbitro (parte objetiva) para facilitar el proceso de interés individual o grupal.

Sugerir el uso de rituales tradicionales de fe, según sea conveniente (p. ej., ungimiento, confesión, reconciliación).

Comunicar el perdón a Dios/a los superiores/o interiormente a uno mismo a través de la oración, de las escrituras o de otras lecturas, según sea conveniente.

Comunicar la aprobación según el nivel de progreso del individuo.

3.ª edición 1996; 5.ª edición revisada 2008

Facilitar la autohipnosis

5922

Definición: Enseñar y controlar el uso de un estado hipnótico autoinducido para un beneficio terapéutico.

Actividades:

Determinar si el paciente es un candidato adecuado para la autohipnosis.

Utilizar la autohipnosis como técnica adjunta a otras modalidades terapéuticas (p. ej., hipnoterapia individual mediante un terapeuta, psicoterapia individual, terapia de grupo, terapia familiar, etc.).

Enseñar al paciente el concepto de autohipnosis como modalidad terapéutica.

Identificar con el paciente los problemas/preocupaciones susceptibles de ser tratados con la autohipnosis.

Obtener la historia del problema a tratar por autohipnosis.

Determinar los objetivos de la autohipnosis con el paciente.

Determinar la receptividad del paciente al empleo de la autohipnosis.

Corregir mitos y conceptos equivocados de la autohipnosis.

Asegurarse que el paciente ha aceptado el tratamiento.

Evaluar la idoneidad del paciente determinando su sugestibilidad hipnótica.

Proporcionar al paciente un procedimiento individualizado para el proceso de autohipnosis que refleje sus necesidades y objetivos específicos.

Ayudar al paciente a identificar las técnicas de inducción adecuadas (p. ej., péndulo de Chevreul, relajación, imaginar que se baja por una escalera, cerrar los ojos, levitación de brazos, relajación muscular, ejercicios de visualización, atención a la respiración y repetición de palabras/frases clave).

Ayudar al paciente a identificar técnicas adecuadas de intensificación (p. ej., movimiento de la mano delante de la cara, técnica de imaginación escalada, fraccionación y otras).

Animar al paciente a dominar la autohipnosis practicándola.

Pactar con el paciente un programa, si es necesario.

Controlar la respuesta del paciente a la autohipnosis.

Solicitar la retroalimentación del paciente respecto a su confort con el procedimiento y la experiencia de la autohipnosis.

Ayudar al paciente a procesar e interpretar lo que ocurre como resultado de las sesiones de autohipnosis.

Recomendar modificaciones en la práctica de autohipnosis del paciente (frecuencia, intensidad, técnicas específicas) basándose en su respuesta y nivel de confort.

Ayudar al paciente a evaluar el progreso realizado hacia los objetivos de la terapia.

Facilitar la autorresponsabilidad

4480

Definición: Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.

Actividades:

Considerar responsable al paciente de sus propias conductas.

Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual.

Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud.

Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.

Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente.

Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda realizar la acción dada.

Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias.

Fomentar la admisión de perversiones, si procede.

Establecer límites sobre las conductas manipuladoras.

Abstenerse de discutir o regatear sobre los límites establecidos con el paciente.

Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.

Ayudar a los padres a identificar las tareas propias de la edad de las que debe responsabilizarse el niño, si procede.

Animar a los padres a comunicar claramente las expectativas de conducta responsable del niño, si es el caso.

Animar a los padres a realizar un seguimiento de la conducta responsable del niño, si procede.

Ayudar al paciente a identificar las áreas en las que podría fácilmente asumir más responsabilidad.

Facilitar el apoyo de la familia del nuevo nivel de responsabilidad buscado o conseguido por el paciente.

Ayudar en la creación de un horario que guíe el aumento de responsabilidad futuro.

Proporcionar una respuesta positiva a la aceptación de una responsabilidad adicional y/o un cambio de conducta.

I." edición 1992; 2." edición revisada 1996

Facilitar la expresión del sentimiento de culpa

5300

Definición: Ayudar a una persona a enfrentarse con sentimientos dolorosos de responsabilidad, real o percibida.

Actividades:

Guiar al paciente/familia en la identificación de sentimientos dolorosos de culpa.

Ayudar al paciente/familia a identificar y examinar las situaciones en las que se experimentan o generan estos sentimientos.

Ayudar al paciente/miembros de la familia a identificar su comportamiento en la situación de culpa.

Ayudar al paciente/familia a entender que la culpa es una reacción común a trauma, abuso, duelo, enfermedad devastadora o accidentes.

Utilizar una prueba de realidad para ayudar al paciente/familia a identificar posibles creencias irracionales.

Ayudar al paciente/familia a identificar proyecciones destructivas de sentimientos hacia otras personas que comparten la responsabilidad de la situación.

Facilitar la discusión del impacto de la situación sobre las relaciones familiares.

Facilitar el asesoramiento genético, si procede.

Derivar al paciente/familia al grupo adecuado de trauma, abuso, duelo, enfermedad, cuidador o supervivientes en busca de educación y apoyo.

Facilitar el apoyo espiritual, si procede.

Enseñar al paciente a utilizar técnicas para detener los pensamientos y sustituirlos junto con la relajación muscular deliberada si aparecen sentimientos persistentes de culpa en la mente.

Dirigir al paciente por los pasos del autoperdón cuando la propia culpa es válida.

Ayudar al paciente/familia a identificar las opciones de prevención, restitución, expiación y resolución, si procede.

Facilitar la meditación

5960

Definición: Cambio del nivel de conciencia del paciente centrándose específicamente en una imagen o pensamiento.

Actividades:

Preparar un ambiente tranquilo.

Informar al paciente de que se siente tranquilamente en una posición cómoda.

Aconsejar al paciente que cierre los ojos, si lo desea.

Ordenar al paciente que relaje los músculos y permanezca relajado.

Ayudar al paciente a seleccionar un lema mental de repetición durante el procedimiento (repetir una palabra, como «uno»).

Pedir al paciente que diga el lema mental para sí mismo mientras exhala el aire por la nariz.

Continuar con el ejercicio de respiración centrándose en el lema mental elegido («uno») todo el tiempo que sea necesario o se desee.

Al terminar, indicar al paciente que se quede tranquilo durante varios minutos con los ojos abiertos.

Enseñar al paciente que debe ignorar los pensamientos que le distraigan volviendo al lema mental utilizado.

Enseñar al paciente a realizar el procedimiento una o dos veces diariamente, pero no en las 2 horas siguientes a las comidas.

Facilitar la práctica religiosa 5424

Definición: Facilitación de la participación en prácticas religiosas.

Actividades:

Identificar las inquietudes del paciente respecto a la expresión religiosa (velas, ayuno, ceremonias de circuncisión o prácticas alimentarias).

Coordinar o proporcionar servicios de curación, comunión, meditación u oración en el lugar de residencia o en otro lugar.

Fomentar el uso y la participación en cualquier ritual o práctica religiosa que no perjudique la salud.

Proporcionar cintas de vídeo o audio de servicios religiosos, si se dispone de ellas.

Tratar al individuo con dignidad y respeto.

Dar oportunidades para comentar diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo.

Coordinar o proporcionar transporte hasta el lugar de culto.

Fomentar la planificación del ritual y la participación en él, según sea conveniente.

Fomentar la asistencia al ritual, según sea conveniente.

Investigar alternativas de culto.

Fomentar la discusión sobre intereses religiosos.

Escuchar y desarrollar un sentido de la medida del tiempo para la oración o el ritual.

Remitir a un consejero religioso de su elección.

Participar en modificaciones del ritual para satisfacer las necesidades del discapacitado o del enfermo.

Facilitar la presencia de la familia 7170

Definición: Facilitar la presencia de la familia para apoyar a un individuo que esté recibiendo reanimación y/o procedimientos invasivos.

Actividades:

- Presentarse al personal que está tratando al paciente y a la familia.
- Determinar la conveniencia de la colocación física para la presencia familiar.
- Obtener el consenso del personal para la presencia de la familia y la planificación de la presencia de la familia.
- Informar al equipo terapéutico de la reacción emocional de la familia respecto al estado del paciente, si procede.
- Obtener información respecto al estado del paciente, la respuesta al tratamiento, las necesidades identificadas.
- Presentarse y presentar a otros miembros del equipo de apoyo a la familia y al paciente.
- Comunicar de manera oportuna la información respecto al estado actual del paciente.
- Asegurar a la familia que se está dando la mejor atención posible al paciente.
- Cuando se hable con la familia, utilizar el nombre del paciente.
- Determinar las necesidades de apoyo emocional, físico, psicosocial y espiritual del paciente y de la familia, y tomar las medidas oportunas para satisfacer dichas necesidades, si procede.
- Determinar el peso psicológico del pronóstico para la familia.
- Fomentar la esperanza realista, si procede.
- Defender a la familia, si procede.
- Preparar a la familia, asegurándose de que ha sido informada sobre qué esperar, qué verá, oirá y/u olerá.
- Informar a la familia de las expectativas y los límites de la conducta.
- Proporcionar una persona del personal dedicada para asegurarse de que los miembros de la familia nunca estarán desatendidos a pie de cama.
- Acompañar a la familia al tratamiento y a la zona de recuperación, anunciando su presencia al personal terapéutico cada vez que la familia entre en la zona de tratamiento.
- Dar información sobre las intervenciones, lenguaje médico/enfermero y expectativas de la respuesta del paciente al tratamiento.
- Acompañar a la familia a pie de cama si así lo solicita el personal que proporciona cuidados directos.
- Dar oportunidad a la familia para realizar preguntas y ver, tocar y hablar con el paciente antes de los traslados.
- Ayudar al paciente o a los miembros de la familia a realizar llamadas telefónicas, si es necesario.
- Ofrecer y suministrar medidas de confort y apoyo, incluyendo derivaciones adecuadas, si es necesario.
- Participar en la evaluación de las necesidades emocionales del personal y propias.
- Ayudar a identificar las necesidades para reducir episodios críticos de tensión, para desactivar sucesos, etc., si procede.
- Participar, iniciar y/o coordinar el seguimiento de la aflicción familiar a intervalos establecidos, si procede.

Facilitar las visitas

7560

Definición: Estimulación beneficiosa de las visitas por parte de la familia y amigos.

Actividades:

Determinar las preferencias del paciente en cuanto a visitas e informar de ellas.

Considerar las implicaciones legales/éticas de las visitas del paciente y la familia e informar de los derechos.

Determinar la necesidad de la limitación de las visitas, como, por ejemplo, demasiados visitantes, que el paciente está impaciente o cansado o su estado físico no lo permite.

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

Identificar problemas específicos con las visitas, si los hubiera.

Establecer una política de visitas flexible y centrada en el paciente, si procede.

Preparar el entorno para las visitas.

Aclarar las normas de visitas con los miembros de la familia/seres queridos.

Aclarar las normas sobre permanencia por la noche de miembros de la familia/seres queridos.

Aclarar la comprensión por parte de la familia del estado del paciente.

Establecer las responsabilidades y actividades de la familia/seres queridos para ayudar al paciente, como, por ejemplo, alimentar al paciente.

Establecer horas de visitas óptimas por parte de la familia/seres queridos.

Explicar el fundamento de la limitación del tiempo de visitas.

Evaluar periódicamente tanto con el paciente como con la familia las visitas realizadas en relación con las necesidades del paciente/familia, y revisar en consecuencia.

Explicar a los visitantes, incluyendo niños, lo que pueden esperar ver y oír antes de su primera visita al hospital, si procede.

Explicar el procedimiento realizado.

Animar a los miembros de la familia a utilizar el contacto físico, así como las comunicaciones verbales, si procede.

Proporcionar una silla a pie de cama.

Ser flexibles con las visitas al mismo tiempo que se facilitan períodos de descanso.

Controlar periódicamente la respuesta del paciente a las visitas de la familia.

Tomar nota de los indicios verbales y no verbales del paciente respecto a las visitas.

Facilitar la visita de los niños, si procede.

Fomentar el uso del teléfono para mantener el contacto con los seres queridos, si procede.

Seleccionar los visitantes, especialmente los niños, por razones de enfermedades transmisibles antes de la visita.

Clarificar el significado de lo que perciba el miembro familiar durante la visita.

Proporcionar apoyo y aprecio a los miembros de la familia después de la visita, si es necesario.

Ofrecer a la familia el número de teléfono de la unidad para que llamen desde su casa.

Informar a la familia de que un cuidador los llamará a casa si se produce un cambio importante en el estado del paciente.

Preparar un sitio para que los familiares puedan dormir cerca del paciente, si procede.

Ayudar a los miembros de la familia a encontrar un alojamiento y un lugar adecuados donde comer.

Informar a la familia de la legislación que les da el derecho a 12 semanas de permiso para faltar al trabajo sin retribución.

Continúa

400 Facilitar las visitas (7560)

Actividades **(Cont.):**

Responder a las preguntas y dar explicaciones de los cuidados en términos que los visitantes puedan entender.

Transmitir sentimientos de aceptación a los visitantes.

Facilitar el encuentro/consulta con el médico y otros cuidadores.

Hacer preguntas a los visitantes, incluyendo los niños, después de las visitas.

Ayudar a los padres a planificar el apoyo continuo de los niños después de la visita.

Preparar la visita de animales, si procede.

Facilitar permisos

7440

Definición: Organizar una salida de la institución sanitaria para un paciente.

Actividades:

Obtener la orden del médico para el permiso, si procede.

Establecer los objetivos para el permiso.

Proporcionar información acerca de las restricciones y duración del permiso.

Proporcionar la información necesaria para el uso de permisos en caso de emergencias.

Establecer la persona responsable del paciente, si procede.

Discutir el permiso con la persona responsable describiendo los cuidados/autocuidados, si es necesario.

Preparar la medicación que debe llevarse con el permiso y avisar a la persona responsable.

Proporcionar los dispositivos/equipos de asistencia, si se precisan.

Ofrecer sugerencias para la realización de actividades adecuadas durante el permiso, si es preciso.

Ayudar a empaquetar las pertenencias personales para el permiso, si es necesario.

Disponer tiempo para que el paciente, la familia y los amigos hagan preguntas y expresen inquietudes.

Obtener la firma del paciente o persona responsable en el formulario de salida.

Explicar a la persona correspondiente que será necesario disponer de información acerca de la medicación, comidas e ingesta de alcohol mientras esté de permiso.

Evaluar al regreso si se han cumplido los objetivos del permiso.

Fisioterapia respiratoria

3230

Definición: Ayudar al paciente a expulsar las secreciones de la vía aérea alta y facilitar la expectoración y/o aspiración de la vía aérea baja.

Actividades:

Determinar si existen contraindicaciones al uso de la fisioterapia respiratoria.

Determinar el(los) segmento(s) pulmonar(es) que necesita ser drenado.

Colocar al paciente con el segmento pulmonar que ha de drenarse en la posición más alta.

Utilizar almohadas para que el paciente se apoye en la posición determinada.

Practicar percusión con drenaje postural juntando las manos y golpeando la pared torácica en rápida sucesión para producir una serie de sonidos huecos.

Practicar vibración torácica junto con el drenaje postural, si resulta oportuno.

Utilizar nebulizador ultrasónico, si procede.

Practicar aerosolterapia, si procede.

Administrar broncodilatadores, si está indicado.

Administrar agentes mucolíticos, si procede.

Controlar la cantidad y tipo de expectoración de esputos.

Estimular la tos durante y después del drenaje postural.

Observar la tolerancia del paciente por medio de la SaO₂, ritmo y frecuencia respiratorios, ritmo y frecuencia cardíacos y niveles de comodidad.

Flebotomía: muestra de sangre arterial

4232

Definición: Obtención de una muestra sanguínea de una arteria sin canalizar para valorar los niveles de oxígeno y dióxido de carbono y el equilibrio ácido-base.

Actividades:

Mantener las precauciones universales.

Palpar la arteria braquial o radial para observar el pulso.

Realizar el test de Allen antes de la punción de la arteria radial.

Limpiar la zona con una solución adecuada.

Introducir una pequeña cantidad de heparina en la jeringa para recubrir su depósito y la luz de la aguja.

Expulsar todas las burbujas de aire de la jeringa.

Fijar la arteria tensando la piel.

Insertar la aguja directamente sobre el pulso a un ángulo de 45 a 60°, según la zona de punción.

Obtener una muestra de 3 a 5 ml de sangre.

Retirar la aguja cuando ya se ha obtenido la muestra.

Aplicar presión sobre el sitio durante 5 a 15 minutos.

Tapar la jeringa y colocarla en hielo inmediatamente.

Etiquetar la muestra, de acuerdo con el protocolo del centro.

Disponer el transporte inmediato de la muestra al laboratorio.

Aplicar una venda de presión sobre el sitio, si procede.

Registrar la temperatura, porcentaje de oxígeno, método de entrega, sitio de punción y valoración circulatoria después del pinchazo.

Interpretar los resultados y ajustar el tratamiento, si procede.

Flebotomía: muestra de sangre venosa

4238

Definición: Extracción de una muestra sanguínea venosa de una vena sin canalizar.

Actividades:

Revisar la orden médica de la extracción de sangre.

Verificar la correcta identificación del paciente.

Minimizar la ansiedad del paciente explicando el procedimiento y razones de la extracción, si procede.

Crear un ambiente de intimidad.

Seleccionar la vena, teniendo en cuenta la cantidad de sangre necesaria, el estado mental, comodidad, edad, disponibilidad y condición de los vasos sanguíneos, así como la presencia de fístulas o derivaciones arteriovenosas.

Seleccionar el tipo y el tamaño de aguja adecuados.

Seleccionar el tubo de muestra sanguínea adecuado.

Promover la dilatación del vaso mediante el uso de un torniquete, gravedad, aplicación de calor, masajeando la vena o apretando el puño y luego relajándolo.

Limpiar la zona con una solución adecuada.

Limpiar la zona con un movimiento circular, comenzando en el punto de la venopunción establecido y moviéndose en círculos hacia afuera.

Mantener una técnica aséptica estricta.

Mantener las precauciones universales.

Solicitar al paciente que permanezca quieto durante la venopunción.

Insertar la aguja a un ángulo de 20 a 30° en la dirección del retorno sanguíneo venoso.

Observar si se produce retorno sanguíneo en la aguja.

Retirar la muestra de sangre.

Extraer la aguja de la vena y aplicar presión inmediatamente en el sitio con una gasa seca.

Aplicar vendaje, si procede.

Etiquetar la muestra con el nombre del paciente, fecha y hora de la extracción, y demás información, si procede.

Enviar la muestra etiquetada al laboratorio correspondiente.

Colocar todos los objetos afilados (aguja) en un contenedor para tal efecto.

Flebotomía: obtención de una unidad de sangre

4234

Definición: Obtención de sangre y productos sanguíneos de donantes.

Actividades:

Mantener las precauciones estándar.

Seguir el protocolo del centro para el análisis y la aceptación de donantes (estado de abuso de drogas y VIH).

Obtener información demográfica del donante.

Obtener el consentimiento escrito del donante autorizando la extracción y utilización de su sangre.

Asegurarse de que el donante ha comido en las 4 a 6 horas anteriores a la donación de sangre.

Determinar los niveles de hemoglobina y hematocrito.

Pesar y comprobar los signos vitales antes de la donación.

Asegurar la disponibilidad del equipo de emergencia.

Asegurarse de que la piel en el sitio de la venopunción está libre de lesiones.

Mantener una técnica aséptica estricta.

Reunir el equipo.

Colocar al donante en posición semiacostada durante el proceso de donación.

Limpiar la piel con una preparación yodada antes de la venopunción, según protocolo del centro.

Realizar la venopunción.

Conectar el sistema y la bolsa de extracción de sangre.

Asegurarse de que la sangre recogida en la bolsa se mezcla con anticoagulantes.

Enseñar al individuo a elevar el brazo y a aplicar presión firme durante 2 o 3 minutos después de finalizar el proceso de donación de sangre o de productos sanguíneos.

Colocar venda o vendaje de presión sobre el sitio de venopunción, si procede.

Enseñar al individuo a permanecer en posición acostada durante 1 o 2 minutos, o más si se nota desfallecimiento o debilidad.

Animar al donante a permanecer sentado durante 10-15 minutos después de la donación.

Enseñar al individuo a comer y a beber líquidos inmediatamente después de la donación.

Etiquetar y guardar la sangre, de acuerdo con el protocolo de la institución.

Permanecer con el donante durante e inmediatamente después de la extracción de sangre.

Enseñar al individuo a mantener el vendaje de presión durante varias horas después de la donación.

Enseñar al individuo a evitar levantar pesos durante varias horas después de la donación.

Enseñar al individuo a evitar fumar durante 1 hora y a no consumir bebidas alcohólicas durante 3 horas después de la donación.

Enseñar al individuo a aumentar la ingesta de líquidos durante los 2 días siguientes a la donación.

Enseñar al individuo a ingerir comidas bien equilibradas durante las 2 semanas siguientes a la donación.

Flebotomía: vía canalizada

4235

Definición: Extracción de una muestra de sangre a través de un catéter vascular permanente para pruebas de laboratorio.

Actividades:

Montar el equipo, lavarse las manos y ponerse guantes.

Parar cualquier infusión i.v. que pueda contaminar la muestra de sangre.

Quitar el tapón o el tubo para acceder a la conexión; limpiar la conexión con alcohol y dejarla secar.

Seguir las instrucciones del fabricante para obtener una muestra de un catéter permanente.

Aplicar un torniquete central al lugar i.v. periférico, sólo si es necesario.

Conectar un adaptador sin aguja y un vacutainer, o jeringa, a la conexión de acceso vascular; abrir la vía al paciente ajustando la llave de cierre o abriendo las pinzas.

Aspirar suavemente la sangre en la jeringa o tubo de muestras adecuados; desechar la primera cantidad según el catéter utilizado, para las pruebas de laboratorio prescritas y según las normas de la institución; recoger la sangre necesaria para las pruebas de laboratorio.

Quitar el torniquete, si se ha aplicado.

Limpiar la conexión y el catéter con la solución adecuada. Prevenir que se introduzcan burbujas de aire o coágulos en la línea.

Colocar un tapón limpio en la conexión de acceso y reanudar las infusiones que se hayan interrumpido.

Llenar tubos de muestras de la jeringa del vacutainer de la manera adecuada (p. ej., último tubo heparinizado).

Etiquetar y empaquetar las muestras según las normas de la institución; enviar al laboratorio indicado.

Colocar todos los utensilios contaminados en el contenedor adecuado.

Fomentar el acercamiento

6710

Definición: Facilitar el desarrollo de la relación entre padres y bebé.

Actividades:

Examinar la reacción de los padres al embarazo.

Determinar la imagen que tiene la madre de su bebé aún no nacido.

Averiguar antes del nacimiento si los padres han elegido los nombres para los dos sexos.

Proporcionar a los padres la posibilidad de oír los tonos cardíacos fetales lo antes posible.

Observar la reacción de los padres al oír los tonos cardíacos del feto.

Proporcionar a los padres la oportunidad de ver la imagen por ultrasonido del feto.

Identificar las partes corporales del bebé en la imagen por ultrasonido.

Comentar la reacción de los padres al ver la imagen por ultrasonido del bebé.

Animar a los padres a notar los movimientos fetales.

Observar la reacción de los padres a los movimientos del feto.

Animar a los padres a asistir a clases prenatales.

Animar al padre/ser querido a participar en el parto.

Ayudar al padre/ser querido durante la participación en el parto.

Colocar al bebé sobre el cuerpo de la madre inmediatamente después del nacimiento.

Animar a la madre a coger, acariciar y examinar al bebé mientras el cordón umbilical es cortado.

Dar al padre la oportunidad de coger al bebé en el lugar del parto.

Proporcionar alivio al dolor de la madre.

Dar a los padres la oportunidad de ver, coger y examinar al bebé inmediatamente después del nacimiento.

Animar a los padres a que cojan al bebé apoyándolo en su cuerpo.

Compartir la información obtenida de la valoración física inicial del recién nacido con los padres.

Informar a los padres de los cuidados proporcionados al recién nacido.

Mantener al bebé con los padres después del nacimiento, cuando sea posible.

Disponer intimidad familiar durante la interacción inicial con el recién nacido.

Animar a los padres a tocar y hablar al recién nacido.

Ayudar a los padres a participar en el cuidado del bebé.

Animar a los padres a identificar las características familiares observadas en el recién nacido.

Animar a los padres a que masajeen al bebé.

Reforzar el contacto visual con el bebé.

Reforzar los comportamientos del papel del cuidador.

Proporcionar ayuda en el cuidado propio para centrarse al máximo en el bebé.

Disponer la estancia en la habitación del hospital.

Animar a los padres a que traigan juguetes o ropas al recién nacido.

Ayudar a los padres en la planificación de un alta rápida.

Llamar por teléfono a los padres para determinar cómo lleva la familia el cambio al ambiente del hogar.

Remitir un seguimiento de los cuidados posteriores, cuando corresponda.

Continúa

408 Fomentar el acercamiento (6710)

Actividades *(Cont.):*

Explicación al equipo dedicado a la educación del bebé en la guardería.

Animar a los padres a visitar al bebé en la guardería.

Mostrar las formas de tocar al bebé sometido a aislamiento.

Colocar fotos de la familia en bebés aislados, para que el bebé pueda «ver» a la familia.

Animar a los padres a que traigan efectos personales, tales como un juguete o una foto, para poner junto a la cama del bebé.

Dar a los padres la oportunidad de coger y cuidar al bebé mientras se encuentra en la guardería.

Animar a los padres a ver y tocar al recién nacido antes de su traslado.

Tomar una foto digital del bebé para la madre antes de trasladar al bebé a otro hospital.

Animar al padre y a la madre a que acompañen al bebé cuando es trasladado a otro hospital.

Informar a los padres de los cuidados dispensados al bebé en el otro hospital.

Informar a los padres de las características de comportamiento que manifiesta el bebé mientras es cuidado en otro hospital.

Proporcionar a los padres huellas de los pies del bebé para dar una orientación real del tamaño del recién nacido.

Examinar las características de comportamiento del bebé con los padres.

Señalar los cambios de estado del bebé a los padres.

Ayudar a los padres en la planificación de cuidados al bebé durante el estado de alerta.

Señalar las pistas que muestran la capacidad de respuesta a los padres por parte del bebé.

Instruir a los padres sobre los signos de sobrestimulación.

Reforzar los aspectos normales del bebé con defecto.

Dar a los padres un mechón de cabellos del bebé cuando sea afeitado por motivos de tipo i.v.

Fomentar el desarrollo: adolescentes

8272

Definición: Facilitar el crecimiento físico, cognitivo, social y emocional óptimo de los individuos durante la transición de la infancia a la edad adulta.

Actividades:

Crear una relación de confianza con el adolescente y sus tutores.

Animar al adolescente para que se implique activamente en las decisiones respecto a su propio cuidado de salud.

Debatir los hitos del desarrollo y las conductas asociadas normales con el adolescente y sus tutores.

Investigar los problemas de salud relacionados con el adolescente y/o sugeridos por el historial del paciente (p. ej., anemia, hipertensión, alteraciones visuales o auditivas, hiperlipemia, problemas dentales, madurez sexual anormal, crecimiento físico anormal, alteraciones de la imagen corporal, alteraciones de la alimentación, mala nutrición, alcohol, tabaco u otras drogas, conducta sexual enfermiza, enfermedad infecciosa, bajo autoconcepto, baja autoestima, depresión, relaciones difíciles, abuso, problemas de aprendizaje o problemas laborales).

Proporcionar inmunización adecuada (p. ej., sarampión, paperas, rubéola, difteria, tétanos, hepatitis B).

Proporcionar asesoramiento y guía sobre la salud al adolescente y a sus tutores.

Fomentar la higiene personal.

Favorecer la participación en ejercicios seguros sobre una base regular.

Fomentar una dieta saludable.

Facilitar el desarrollo de la identidad sexual.

Favorecer la conducta sexual responsable.

Proporcionar anticonceptivos con instrucciones para su uso, si es necesario.

Fomentar la evitación del alcohol, el tabaco y las drogas.

Impulsar la seguridad en la conducción.

Facilitar las habilidades de toma de decisiones.

Promover las habilidades comunicativas.

Fomentar las habilidades de asertividad.

Facilitar el sentido de la responsabilidad para uno mismo y para los demás.

Promover las respuestas no violentas para la resolución de conflictos.

Favorecer la fijación de objetivos de los adolescentes.

Promover el desarrollo y el mantenimiento de las relaciones sociales.

Favorecer la participación en las actividades escolares, extraescolares y de la comunidad.

Fomentar la eficacia de los padres de los adolescentes.

Remitir a servicios de asesoramiento, según sea necesario.

Fomentar el desarrollo: niño

8274

Definición: Facilitar o enseñar a los padres/cuidadores a conseguir un crecimiento global y específico lingüístico, cognitivo, social, emocional y motor total de niños en edad preescolar y escolar.

Actividades:

- Desarrollar una relación de confianza con el niño.
- Establecer una interacción individual con el niño.
- Ayudar a cada niño a tener conciencia de su importancia como individuo.
- Identificar las necesidades especiales del niño y las adaptaciones necesarias, cuando proceda.
- Desarrollar una relación de confianza con los cuidadores.
- Enseñar a los cuidadores los hitos de desarrollo normales y las conductas relacionadas con ellos.
- Mostrar a los cuidadores las actividades que promueven el desarrollo.
- Facilitar el contacto de los cuidadores con los recursos comunitarios, si procede.
- Remitir a los cuidadores a grupos de apoyo, si procede.
- Facilitar la integración del niño con sus iguales.
- Asegurarse de que el lenguaje corporal concuerda con la comunicación verbal.
- Animar al niño a que interactúe con otros mediante habilidades de interacción por modelos de rol.
- Disponer actividades que fomenten la integración entre los niños.
- Ayudar al niño a compartir y a establecer turnos.
- Animar al niño a que se exprese a través de recompensas o realimentación positivas por los intentos.
- Abrazar o mecer y consolar al niño, especialmente cuando esté angustiado.
- Establecer la cooperación, y no la competencia, entre los niños.
- Crear un espacio seguro y bien definido que el niño explore y en el que aprenda.
- Enseñar al niño a solicitar ayuda de los demás, cuando sea necesario.
- Fomentar los sueños o fantasías, cuando corresponda.
- Ofrecer juguetes o materiales apropiados a la edad.
- Ayudar al niño a que aprenda habilidades de autoayuda (alimentarse, arreglarse, cepillarse los dientes, lavarse las manos y vestirse).
- Escuchar y hablar de música.
- Cantar y conversar con el niño.
- Animar al niño a que cante y baile.
- Enseñar al niño a que obedezca instrucciones.
- Facilitar juegos de rol sobre las actividades diarias de los adultos trasladadas al mundo del niño (jugar a tiendas, etc.).
- Ser coherente y estructurado con las estrategias de manejo/modificación de la conducta.
- Redirigir la atención, cuando sea necesario.
- Establecer que el niño que se porta mal tenga «recreos» o «descansos».
- Proporcionar oportunidades y materiales para construir, dibujar, modelar con arcilla, pintar y colorear.
- Ayudar con el recorte y pegado de diversas formas.
- Proporcionar la oportunidad de armar puzzles y laberintos.
- Enseñar al niño a reconocer y manipular formas.

Enseñar al niño a escribir nombres/reconocer primeras letras/reconocer nombres, si procede.

Nombrar objetos del ambiente en que se desenvuelva.

Contar o leer cuentos al niño.

Trabajar en el orden y secuencia de las letras, números y objetos.

Ayudar en la organización del espacio.

Enseñar a planificar animando al niño a adivinar lo que sucederá a continuación y disponer que el niño dé una lista de las posibles opciones, etc.

Proporcionar oportunidades y animar al ejercicio y actividades motoras de los músculos mayores.

Enseñar al niño a saltar sobre objetos.

Enseñar al niño a realizar volteretas.

Proporcionar oportunidades de jugar en el patio.

Salir a caminar con el niño.

Vigilar el régimen de medicación prescrito, si procede.

Asegurar que las pruebas y/o tratamientos médicos se realizan de una manera sincronizada, si procede.

Fomentar la implicación familiar

7110

Definición: Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.

Actividades:

- Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.
- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
- Crear una cultura de flexibilidad para la familia.
- Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal.
- Identificar la falta de autocuidados del paciente.
- Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse con el paciente.
- Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto del paciente.
- Anticipar e identificar las necesidades de la familia.
- Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluyendo resultados esperados e implantación del plan de cuidados.
- Animar a los miembros de la familia y al paciente a ser asertivos en sus relaciones con los profesionales sanitarios.
- Observar la estructura familiar y sus roles.
- Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente.
- Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia durante la hospitalización o su estancia en una instalación de cuidados a largo plazo.
- Proporcionar información crucial a los miembros de la familia sobre el paciente de acuerdo con los deseos de este último.
- Facilitar la comprensión de aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia.
- Proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas.
- Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación y los sucesos desencadenantes, sentimientos del paciente y conductas del paciente.
- Identificar otros factores relacionados con el estrés sobre la situación para los miembros de la familia.
- Reconocer los síntomas físicos relacionados con el estrés de los miembros de la familia (llanto, náuseas, vómitos y estado de distracción).
- Determinar el nivel de dependencia respecto de la familia que tiene el paciente, si procede por la edad o la enfermedad.
- Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente.
- Reconocer y respetar los mecanismos para enfrentarse con los problemas utilizados por la familia.
- Identificar las dificultades de afrontamiento del paciente junto con los miembros de la familia.
- Identificar las capacidades y habilidades del paciente junto con los miembros de la familia.
- Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente.
- Animar a los miembros de la familia a mantener relaciones familiares, según cada caso.
- Comentar las opciones existentes según el tipo de cuidados necesarios en casa, como vida en grupo, cuidados de residencia y cuidados intermitentes, si procede.
- Facilitar el control familiar de los aspectos médicos de la enfermedad por parte de los miembros de la familia.

Fomentar la normalización familiar

7200

Definición: Ayudar a los padres y demás miembros de la familia con niños con enfermedad crónica o discapacidades a tener experiencias vitales normales para sus niños y familias.

Actividades:

Fomentar el desarrollo de la integración del niño en el sistema familiar sin que el niño se convierta en el centro de la familia.

Ayudar a la familia a que vea al niño afectado primero como a un niño, en lugar de como a una persona enferma crónica o discapacitada.

Dar la oportunidad al niño para que tenga experiencias normales de la niñez.

Fomentar la interacción con otros niños normales.

Quitar importancia a la unicidad de la condición del niño.

Animar a los padres a que hagan parecer al niño lo más normal posible.

Ayudar a la familia a evitar situaciones potencialmente embarazosas con el niño.

Ayudar a la familia a realizar cambios en el ambiente hogareño que disminuyan el recuerdo de las necesidades especiales del niño.

Determinar la accesibilidad y la capacidad del niño para participar en actividades.

Establecer las adaptaciones necesarias para acomodar las limitaciones del niño, para que pueda participar en actividades normales.

Comunicar la información acerca del estado del niño a aquellos que la precisan para realizar una vigilancia de seguridad u oportunidades educativas adecuadas al niño.

Ayudar a la familia a alterar el régimen terapéutico prescrito para que se adapte al horario normal, cuando proceda.

Ayudar a la familia a solicitar un sistema escolar que asegure el acceso a programas educativos adecuados.

Animar al niño a que participe en las actividades escolares y comunitarias adecuadas al nivel de desarrollo y capacidad.

Animar a los padres a que tengan las mismas expectativas y utilicen la misma técnica con el niño afectado que con los otros niños de la familia, si es el caso.

Animar a los padres a que pasen tiempo con todos los niños de la familia.

Implicar a los hermanitos en los cuidados y actividades del niño, si es posible.

Determinar la necesidad de cuidados intermitentes para los padres y demás cuidadores.

Establecer los recursos de cuidados intermitentes comunitarios.

Animar a los padres a que dispongan de tiempo para el cuidado de sus necesidades personales.

Proporcionar información a la familia acerca del estado del niño, tratamiento y grupos de apoyo asociados para las familias.

Animar a los padres a equilibrar la implicación entre programas especiales para las necesidades especiales del niño, la familia normal y las actividades comunitarias.

Animar a la familia a mantener una red social y un sistema de apoyo habituales.

Animar a la familia a mantener los hábitos, rituales y rutinas normales.

Fomentar la paternidad

8300

Definición; Proporcionar información sobre la paternidad, apoyo y coordinación de servicios globales en familias de alto riesgo.

Actividades:

Identificar y registrar a las familias de alto riesgo en un programa de seguimiento.

Animar a las madres a recibir atención prenatal temprana y regular.

Visitar a las madres en el hospital antes del parto para empezar a establecer relaciones de confianza y programar las visitas de seguimiento.

Realizar visitas a domicilio, según esté indicado por el nivel de riesgo.

Ayudar a los padres a tener esperanzas realistas adecuadas al nivel del desarrollo y de las capacidades del niño.

Ayudar a los padres en el cambio de papeles y en las expectativas de la paternidad.

Remitir a visitantes masculinos a domicilio para trabajar con los padres, según sea conveniente.

Proporcionar los consejos necesarios en los diferentes niveles del desarrollo.

Proporcionar folletos, libros y otro tipo de material para desarrollar las habilidades de paternidad.

Debatir las estrategias de control de conducta adecuadas a cada edad.

Ayudar a los padres a identificar el temperamento específico del bebé.

Enseñar a los padres a responder a las conductas mostradas por el niño.

Modelar y fomentar la relación parental con el niño.

Remitir a grupos de apoyo a los padres, según sea conveniente.

Ayudar a los padres a desarrollar, mantener y utilizar sistemas de apoyo social.

Escuchar los problemas y las preocupaciones de los padres sin juzgarlos.

Proporcionar una retroalimentación positiva y resultados estructurados en las habilidades de paternidad para favorecer la autoestima.

Ayudar a los padres a desarrollar habilidades sociales.

Enseñar y modelar habilidades para enfrentarse con los problemas.

Fomentar las habilidades de resolución de problemas a través del modelaje de roles, la práctica y el refuerzo.

Proporcionar juguetes a través de la librería de préstamo de juguetes.

Controlar el estado de salud del niño, si los reconocimientos son correctos y el estado de inmunización es adecuado.

Controlar el estado de salud parental y las actividades de mantenimiento de salud.

Organizar el transporte para las visitas u otros servicios al niño, según sea necesario.

Remitir a los recursos de la comunidad, según sea conveniente.

Coordinar el trabajo de las instituciones de la comunidad con la familia.

Proporcionar una conexión para conseguir un empleo o el aprendizaje de un trabajo, según sea necesario.

Informar a los padres sobre dónde encontrar servicios de planificación familiar.

Controlar el uso constante y correcto de anticonceptivos, según sea conveniente.

Ayudar a organizar el cuidado diario, según sea necesario.

Recomendarles descansar en el cuidado, según sea conveniente.

Remitir a un centro de atención de la violencia doméstica, según sea necesario.

Remitir a un centro para el tratamiento del abuso de sustancias, según sea necesario.

Recoger y registrar los datos según esté indicado para el seguimiento y la evaluación del programa.

Fomentar la resistencia

8340

Definición: Ayudar a individuos, familias y comunidades en el desarrollo, uso y fortalecimiento de factores protectores para ser utilizados para hacer frente a tensiones ambientales y sociales.

Actividades:

Facilitar la cohesión familiar.

Fomentar el apoyo familiar.

Fomentar el desarrollo y la adhesión a rutinas y tradiciones familiares (cumpleaños, vacaciones).

Ayudar a los jóvenes a ver la familia como un recurso para pedir consejo y apoyo.

Facilitar la comunicación familiar.

Fomentar que la familia coma junta de forma regular.

Unir a los jóvenes con adultos interesados en la comunidad.

Proporcionar a la familia/comunidad modelos de conducta convencional.

Motivar a los jóvenes a perseguir éxitos académicos y objetivos.

Fomentar la implicación de la familia en las tareas y las actividades escolares de los niños.

Ayudar a la familia a proporcionar un clima que favorezca el aprendizaje.

Fomentar que la familia/comunidad valore el logro.

Fomentar que la familia/comunidad valore la salud.

Fomentar conductas positivas de búsqueda de la salud.

Ayudar a los padres a determinar las expectativas de sus hijos adecuadas a su edad.

Fomentar que la familia establezca reglas y consecuencias para la conducta del niño/joven.

Ayudar a los padres a establecer normas para el control paterno sobre los amigos y actividades que realice.

Ayudar a los jóvenes a adquirir habilidades asertivas.

Ayudar a los jóvenes a desarrollar habilidades en la toma de decisiones.

Ayudar a los jóvenes a desarrollar habilidades para hacer amigos.

Fomentar a la familia y a los jóvenes la asistencia a servicios y/o actividades religiosas.

Fomentar la implicación de los jóvenes en las actividades escolares y/o en asociaciones de voluntarios.

Dar oportunidades para la implicación de los jóvenes en actividades voluntarias de la comunidad.

Ayudar a los jóvenes a desarrollar una conciencia social y global.

Fomentar escuelas de calidad en la comunidad.

Organizar que las escuelas/gimnasios/bibliotecas estén abiertos fuera de su horario habitual para realizar actividades.

Informar e implicar a la comunidad en programas de jóvenes.

Facilitar el desarrollo y el uso de recursos del vecindario.

Ayudar a jóvenes/familias/comunidades a ser optimistas respecto al futuro.

Fomentar la salud bucal **1720**

***Definición:* Fomentar la higiene bucal y el cuidado dental en un paciente con salud bucal y dental normal.**

Actividades:

Explicar la necesidad del cuidado bucal diario como hábito.

Inspeccionar la mucosa bucal con regularidad.

Aconsejar no fumar ni mascar tabaco.

Fomentar las revisiones dentales regulares.

Enseñar y estimular el uso de hilo dental.

Enseñar al paciente a evitar mascar chicle en exceso.

Ayudar con el cepillado de los dientes y enjuague de la boca, de acuerdo con la capacidad de autocuidados del paciente.

Extraer, limpiar y volver a colocar la dentadura postiza, si es necesario.

Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal, si es necesario.

Masajear las encías, si procede.

Fomentar la salud de la comunidad

8500

***Definición:* Facilitar a los miembros de la comunidad la identificación de los intereses sanitarios de la comunidad, la movilización de recursos y la ejecución de las soluciones.**

Actividades:

Identificar los intereses efectivos y las prioridades sanitarias con los miembros de la comunidad.

Proporcionar oportunidades para que participen todos los segmentos de la comunidad.

Ayudar a los miembros de la comunidad a tomar conciencia de los problemas y de los intereses sanitarios.

Participar en el diálogo para definir los intereses sanitarios de la comunidad y desarrollar planes de acción.

Facilitar la ejecución y la revisión de los planes de la comunidad.

Ayudar a los miembros de la comunidad en el desarrollo y la obtención de los recursos.

Aumentar la red de apoyo a la comunidad.

Identificar y fomentar los posibles líderes de la comunidad.

Mantener una comunicación abierta con los miembros y sus instituciones.

Reforzar los contactos entre los individuos y los grupos para discutir intereses comunes y de su competencia.

Proporcionar un marco de trabajo organizativo a través del cual la gente pueda aumentar sus habilidades de comunicación y negociación.

Proporcionar un entorno en el que se creen situaciones donde los individuos y los grupos se sientan seguros a la hora de expresar sus puntos de vista.

Desarrollar estrategias para el manejo de conflictos.

Unir a los miembros de la comunidad mediante una misión común.

Asegurar que los miembros de la comunidad controlen la toma de decisiones.

Hacer que la comunidad se comprometa, mostrándole cómo su participación influirá en la vida de cada individuo y en la mejora de los resultados.

Desarrollar mecanismos para la implicación de los miembros en actividades locales, autonómicas y nacionales relacionadas con los intereses sanitarios de la comunidad.

Fomentar la seguridad en el vehículo

9050

Definición: Ayudar a los individuos, familias y comunidades a aumentar la concienciación de las medidas que hay que tomar para reducir las lesiones involuntarias en vehículos con y sin motor.

Actividades:

- Determinar la concienciación actual de la seguridad en el vehículo, según sea conveniente.
- Identificar las necesidades de seguridad del público a quien va dirigido.
- Identificar individuos y grupos con alto riesgo de lesiones en vehículos.
- Identificar los peligros para la seguridad en el entorno.
- Eliminar los peligros para la seguridad en el entorno siempre que sea posible.
- Dar información acerca de los riesgos asociados con los vehículos con y sin motor, según esté indicado.
- Enseñar a las poblaciones de alto riesgo los peligros y los riesgos en los vehículos (beber, conductas arriesgadas, incumplimiento de las normas de circulación).
- Colaborar con las instituciones de la comunidad en los esfuerzos educativos para fomentar la seguridad en los vehículos (escuelas, policía, departamento local de salud, asociaciones de seguridad infantil).
- Proporcionar información impresa sobre la importancia y los métodos para aumentar la seguridad en los vehículos.
- Enseñar las normas de circulación para conductores de vehículos con y sin motor.
- Enseñar la importancia del uso correcto y sistemático de mecanismos protectores para disminuir el riesgo de lesiones (sillas para coches, cinturones de seguridad, cascos).
- Enfatizar la importancia de ponerse siempre el cinturón de seguridad.
- Fomentar que los conductores no pongan en marcha el automóvil hasta que todos los pasajeros estén sentados correctamente.
- Fomentar que los adultos utilicen los cinturones de seguridad y practiquen una conducción segura.
- Proporcionar información sobre el ajuste correcto de manera que los cinturones de seguridad sean cómodos y seguros.
- Controlar que los padres usen las sillas homologadas para niños y cinturones de seguridad.
- Enseñar la instalación correcta de las sillas de seguridad para niños.
- Enseñar a los padres a colocar a los niños en las sillas de seguridad y a los menores de 13 años en la parte trasera del automóvil.
- Fomentar que los padres utilicen sillas de seguridad para niños cuando viajen (avión, tren, autobús).
- Demostrar las estrategias que pueden utilizar los padres para mantener distraídos a los niños mientras les abrochan el cinturón de seguridad o les sujetan en las sillas.
- Elogiar a los niños y a las familias por el uso correcto y sistemático de prácticas de seguridad en el vehículo.
- Proporcionar sillas de seguridad para niños a todas las familias a través de los servicios de la comunidad.
- Informar a los padres de la importancia de elegir una bicicleta de tamaño apropiado para el niño y de adaptarla a medida que el niño crece.
- Fomentar el uso de dispositivos para aumentar la seguridad en el vehículo (espejos, bocinas, mecanismos reflectores, luces).
- Acentuar la importancia de utilizar el casco y ropa brillante o reflectora al circular en bicicleta, motocicleta y otros vehículos motorizados (vehículos todoterreno, motos de nieve).
- Enfatizar la importancia de utilizar zapatos y ropa protectora mientras se conducen vehículos con y sin motor.

Continúa

420 Fomentar la seguridad en el vehículo (9050)

Actividades (Cont.):

Controlar las tasas de lesiones en la comunidad para determinar las necesidades educativas,

Apoyar las iniciativas legales que fomentan y hacen cumplir la seguridad en el vehículo.

Fomentar los mecanismos corporales 0140

Definición: Facilitar el uso de posiciones y movimientos en las actividades diarias para evitar la fatiga y la tensión o las lesiones musculoesqueléticas.

Actividades:

- Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas.
- Colaborar mediante fisioterapia en el desarrollo de un plan de fomento de la mecánica corporal, si está indicado.
- Determinar la comprensión del paciente acerca de la mecánica y ejercicios corporales (demostración de técnicas correctas mientras se realizan actividades/ejercicios).
- Instruir al paciente acerca de la estructura y funcionamiento de la columna vertebral y sobre la posición óptima en el movimiento y el uso del cuerpo.
- Instruir al paciente sobre la necesidad de corregir posturas para evitar fatigas, tensiones o lesiones.
- Enseñar al paciente a utilizar posturas y mecanismos corporales para evitar lesiones al realizar cualquier actividad física.
- Determinar la conciencia del paciente sobre las propias anormalidades musculoesqueléticas y los efectos potenciales de la postura y del tejido muscular.
- Disponer la utilización de colchones/sillas o almohadas, si correspondiera.
- Enseñar a no dormir en la posición de decúbito prono.
- Ayudar a mostrar las posiciones correctas para dormir.
- Ayudar a evitar sentarse en la misma posición durante períodos de tiempo prolongados.
- Enseñar a cambiar el peso de un pie al otro al estar de pie.
- Enseñar al paciente a mover los pies primero y luego el cuerpo al girarse para andar desde la posición de bipedestación.
- Utilizar los principios de la mecánica corporal junto con el manejo seguro del paciente y ayudar para el movimiento.
- Ayudar al paciente/familia a identificar ejercicios posturales adecuados.
- Ayudar al paciente a seleccionar actividades de calentamiento antes de comenzar cualquier ejercicio o trabajo no habitual.
- Ayudar al paciente a realizar ejercicios de flexiones para facilitar el movimiento de la espalda, si está indicado.
- Instruir al paciente/familia acerca de la frecuencia y número de veces que ha de repetirse cada ejercicio.
- Controlar la mejoría de la postura/mecánica corporal del paciente.
- Proporcionar información sobre causas posibles de dolor muscular o articular relacionadas con la posición.

Fomento de ejercicios: extensión

0202

Definición: Facilitar ejercicios sistemáticos de extensión muscular lenta y mantenimiento con posterior relajación con el fin de preparar los músculos y articulaciones para ejercicios, más vigorosos o para aumentar o mantener la flexibilidad corporal.

Actividades:

Obtener el permiso médico para instaurar un plan de ejercicios de extensión, si es necesario.

Ayudar a explorar las propias ideas, motivación y nivel de la forma física neuromusculoesquelética del paciente.

Ayudar a desarrollar metas realistas a corto y largo plazo en función del nivel de forma física y el estilo de vida actuales.

Proporcionar información sobre los cambios en la estructura musculoesquelética relacionados con el envejecimiento en la estructura neuromusculoesquelética y los efectos de la falta de uso.

Proporcionar información sobre las opciones de secuencia, actividades de extensión específicas, tiempo y lugar.

Ayudar a desarrollar un programa de ejercicios coherente con la edad, estado físico, metas, motivación y estilo de vida.

Ayudar a desarrollar un plan de ejercicios que incorpore una secuencia ordenada de movimientos de extensión, aumentos en la fase de mantenimiento del movimiento y aumentos en el número de repeticiones de cada movimiento de extensión-mantenimiento lento, coherente con el nivel de estado físico musculoesquelético o de alguna patología presente.

Enseñar que hay que comenzar la rutina de ejercicios por los grupos de músculos/articulaciones que estén menos rígidos o lesionados y cambiar gradualmente a los grupos de músculos/articulaciones más limitados.

Enseñar a extender lentamente el músculo/articulación hasta el punto de extensión máximo (o un punto de razonable molestia) manteniendo la extensión durante el tiempo especificado y posteriormente relajar lentamente los músculos extendidos.

Enseñar a evitar movimientos rápidos, de fuerza o de rebote para impedir la estimulación excesiva del reflejo miostático o el dolor muscular excesivo.

Enseñar la forma de controlar el propio seguimiento del programa y su evolución hacia las metas fijadas (aumento del arco de movimiento de articulaciones, conciencia de la liberación de la tensión muscular, aumento de la duración de la fase de «mantenimiento» y del número de repeticiones del ejercicio sin dolor ni fatiga, y aumento de la tolerancia al ejercicio vigoroso).

Proporcionar instrucciones ilustradas, escritas, que puedan llevarse a casa, de cada componente de los movimientos.

Realizar demostraciones de los ejercicios, si es preciso.

Controlar el cumplimiento de las técnicas y del programa en el tiempo y lugar de seguimiento determinados.

Controlar la tolerancia al ejercicio (presencia de síntomas tales como falta de aire, pulso rápido, palidez, mareos y dolor o inflamación muscular) durante el mismo.

Volver a evaluar el plan si persisten los síntomas de poca tolerancia al ejercicio después del cese del mismo.

Colaborar con los miembros de la familia en la planificación, enseñanza y control de un plan de ejercicios.

Fomento del ejercicio

0200

Definición: Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

Actividades:

Valorar las ideas del individuo sobre el efecto del ejercicio físico en la salud.

Explorar experiencias deportivas anteriores.

Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios.

Explorar las barreras para el ejercicio.

Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca de los ejercicios o la necesidad de los mismos.

Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.

Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios.

Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.

Ayudar al individuo a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.

Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.

Realizar los ejercicios con la persona, si procede.

Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.

Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.

Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico y/o el fisioterapeuta.

Instruir al individuo acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios del programa.

Controlar el cumplimiento del individuo del programa/actividad de ejercicios.

Ayudar al individuo a preparar y registrar en un gráfico/hoja los progresos para motivar la adhesión al programa de ejercicios.

Instruir al individuo acerca de las condiciones que justifiquen el cese o alteración del programa de ejercicios.

Instruir al individuo en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados.

Preparar al individuo en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio.

Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico.

Reforzar el programa para potenciar la motivación del paciente (p. ej., estimación del aumento de la resistencia; pesajes semanales).

Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios.

Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.

Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión

0201

Z

Definición: Facilitar el entrenamiento regular de músculos resistentes para mantener o aumentar la fuerza del músculo.

Actividades:

- Examinar el estado general antes del ejercicio para identificar los posibles riesgos del ejercicio utilizando escalas estandarizadas de la preparación para la actividad física y/o el historial completo y un examen físico.
- Obtener el permiso médico para iniciar un programa de ejercicios de fuerza, según sea conveniente.
- Ayudar a expresar las propias opiniones, valores y objetivos respecto al buen estado muscular y la salud.
- Facilitar información acerca de la función de los músculos, de la fisiología del ejercicio y de las consecuencias de su poco uso.
- Determinar los niveles de forma física muscular utilizando el campo de ejercicios o pruebas de laboratorio (p. ej., levantamiento máximo, número de levantamientos por unidad de tiempo).
- Facilitar información acerca de los tipos de resistencia muscular que pueden utilizarse (p. ej., pesas libres, máquinas de pesas, bandas elásticas de goma, objetos pesados, acuáticos).
- Ayudar a fijar objetivos realistas a corto y largo plazo y dominio del programa de ejercicios.
- Ayudar a desarrollar caminos para minimizar los efectos de las barreras de procedimiento, emocionales, de actitud, financieras o de comodidad en la resistencia al entrenamiento muscular.
- Ayudar a obtener los recursos necesarios para dedicarse al entrenamiento muscular progresivo.
- Ayudar a desarrollar un entorno hogar/trabajo que facilite la dedicación al programa de ejercicios.
- Enseñar qué indumentaria evita acalorarse en exceso o enfriarse.
- Ayudar a desarrollar un programa de entrenamiento de fuerza consecuente con el nivel de forma física muscular, fuerza musculoesquelética, objetivos de salud funcional, recursos en equipamientos para ejercicios, preferencias personales y apoyo social.
- Especificar el nivel de resistencia, el número de repeticiones, el número de series y la frecuencia de las sesiones de «entrenamiento» de acuerdo con el nivel de forma física y la presencia o ausencia de factores de riesgo con el ejercicio.
- Enseñar a descansar brevemente después de cada serie, según sea necesario.
- Especificar el tipo y la duración de la actividad de calentamiento/enfriamiento (p. ej., extensiones, andar, calistenia).
- Mostrar la alineación corporal (posición) adecuada y la forma de levantar las pesas para ejercitar cada grupo muscular principal durante el ejercicio.
- Utilizar movimientos recíprocos para evitar lesiones en ejercicios concretos.
- Ayudar a hablar/ejecutar los patrones prescritos de movimientos sin peso hasta aprender la forma correcta de hacerlos.
- Modificar los movimientos y los métodos de aplicación de resistencia para los pacientes que deben estar sentados o en la cama.
- Enseñar a reconocer señales/síntomas de tolerancia/intolerancia al ejercicio durante y después de las sesiones del mismo (p. ej., mareo; más dolor muscular, óseo o articular del habitual; debilidad; fatiga extrema; angina; sudoración excesiva; palpitaciones).
- Enseñar a ejecutar sesiones de ejercicios para grupos musculares concretos en días alternos para facilitar la adaptación muscular al entrenamiento.
- Enseñar a realizar tres sesiones de entrenamiento a la semana con cada grupo muscular hasta que se consigan los objetivos de entrenamiento y después incluirlo en un programa de mantenimiento.
- Enseñar a evitar el ejercicio de entrenamiento de extensión en caso de temperaturas extremas.
- Ayudar a determinar la velocidad de aumento progresivo del trabajo muscular (p. ej., grado de resistencia y número de repeticiones y series).

Proporcionar instrucciones ilustradas, escritas, para llevar a casa sobre las normas generales y la forma de movimiento para cada grupo muscular.

Ayudar a desarrollar un sistema de registro que incluya la cantidad de resistencia, el número de repeticiones y series para controlar el progreso de la forma física muscular.

Volver a evaluar los niveles de forma física muscular mensualmente.

Establecer un programa de seguimiento para mantener la motivación, ayudar a resolver problemas y controlar el progreso.

Ayudar a alternar los programas o a desarrollar otras estrategias para evitar el aburrimiento y el abandono.

Colaborar con la familia y otros profesionales de la salud (p. ej., fisioterapeuta, fisiólogo del ejercicio, terapeuta ocupacional, terapeuta de recreo, terapeuta físico) en la planificación, enseñanza y control del programa de entrenamiento muscular.

Fototerapia: neonato

6924

Definición: Uso de terapia de luz para disminuir los niveles de bilirrubina en bebés recién nacidos.

Actividades:

Revisar el historial materno y del bebé para determinar factores de riesgo de hiperbilirrubinemia (incompatibilidad de Rh o ABO, policitemia, sepsis, estado de prematuro y mala presentación).

Observar si hay signos de ictericia.

Solicitar niveles de bilirrubina, si procede, por protocolo o solicitud del facultativo principal

Informar de los valores de laboratorio al médico principal.

Aislar al bebé.

Explicar a la familia los procedimientos y cuidados de la fototerapia.

Aplicar parches para cubrir los ojos, evitando ejercer demasiada presión.

Retirar los parches cada 4 horas o cuando se apaguen las luces para el contacto y alimentación maternos.

Vigilar si en los ojos se produce edema, drenado, y su color.

Colocar las luces de fototerapia encima del bebé a una altura adecuada.

Comprobar la intensidad de las luces a diario.

Vigilar los signos vitales según protocolo o si es necesario.

Cambiar la posición del bebé cada 4 horas o según protocolo.

Controlar los niveles de bilirrubina según protocolo o solicitud del médico.

Evaluar el estado neurológico cada 4 horas o según protocolo.

Observar si hay signos de deshidratación (depresión de fontanelas, mala turgencia de la piel, pérdida de peso).

Pesar a diario.

Forzar la ingesta de ocho comidas al día.

Animar a la familia a que participe en la terapia con luz.

Instruir a la familia acerca de la fototerapia en casa si es el caso.

Fototerapia: regulación del biorritmo

6926

Definición: Administración de dosis de luz brillante para elevar el humor y/o normalizar el biorritmo interno del organismo.

Actividades:

Obtener la orden del médico para la fototerapia (es decir, frecuencia, distancia, intensidad y duración de la fototerapia), si procede.

Enseñar el tratamiento al paciente/familiares (es decir, indicaciones de uso, procedimiento terapéutico).

Ayudar al paciente a obtener la fuente de luz adecuada para el tratamiento.

Ayudar al paciente a colocar la fuente de luz, según esté prescrito, en la preparación del tratamiento.

Apoyar al paciente en el uso del tratamiento.

Supervisar al paciente, según sea necesario, durante el tratamiento.

Controlar si se producen efectos secundarios al tratamiento (p. ej., cefalea, vista fatigada, náuseas, insomnio, hiperactividad).

Si el paciente sufre efectos secundarios, finalizar el tratamiento.

Notificar los efectos secundarios al médico que supervisa el tratamiento.

Modificar el tratamiento, según esté prescrito, para disminuir/eliminar los efectos secundarios.

Registrar el tratamiento y la respuesta del paciente.

Gestión de casos

7320

Definición: Coordinar la asistencia y defensa de individuos concretos y poblaciones de pacientes respecto al marco de actuaciones en programa para reducir costes, disminuir el uso de recursos, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y conseguir los resultados deseados.

Actividades:

Identificar los individuos o las poblaciones de pacientes que se beneficiarían del control del caso (p. ej., coste alto, gran volumen y/o alto riesgo).

Identificar la fuente de financiación del servicio de control del caso.

Explicar el papel del director del caso al paciente y a la familia.

Informar del coste del servicio al paciente y/o a la familia antes de prestar la asistencia.

Obtener el permiso del paciente o de la familia para incluirle en un programa de control del caso, según corresponda.

Desarrollar relaciones con el paciente, la familia y otros proveedores de asistencia sanitaria, según sea necesario.

Utilizar habilidades comunicativas eficaces con el paciente, la familia y otros proveedores de asistencia sanitaria.

Tratar al paciente y a la familia con dignidad y respeto.

Procurar la confidencialidad y la intimidad del paciente y de la familia.

Valorar el estado físico y mental, la capacidad funcional, los sistemas formales e informales de apoyo, los recursos financieros y las condiciones del entorno del paciente, según sea necesario.

Determinar el plan del tratamiento con los recursos del paciente y/o de la familia.

Explicar las vías críticas al paciente y a la familia.

Individualizar las vías críticas para el paciente.

Determinar los resultados que deben obtenerse con los recursos del paciente y/o de la familia.

Debatir el plan de asistencia y los resultados deseados con el médico del paciente.

Negociar el esquema de trabajo con la directora de enfermería (enfermera jefe) para asistir semanalmente a las sesiones prácticas de grupo, según sea necesario.

Integrar la información del control de la asistencia y las intervenciones revisadas (procesos) en un informe de los turnos y las sesiones prácticas de grupo, según sea necesario.

Evaluar de forma continuada el progreso hacia los objetivos fijados.

Revisar las intervenciones y los objetivos, según sea necesario, para satisfacer las necesidades del paciente.

Identificar los recursos y/o los servicios necesarios.

Coordinar la disposición de los recursos y de los servicios precisos.

Coordinar la asistencia con otros proveedores de atención sanitaria que puedan resultar oportunos (p. ej., otras enfermeras, médicos, trabajador social, terceros pagadores, terapeuta físico).

Proporcionar asistencia directa según necesidades.

Enseñar al paciente y/o a la familia la importancia del autocuidado.

Fomentar actividades de toma de decisiones adecuadas en el paciente y/o la familia.

Documentar todas las actividades de control del caso.

Controlar la calidad, la cantidad, las oportunidades y la efectividad de los servicios del programa.

Facilitar el acceso a servicios sanitarios y sociales necesarios.

Ayudar al paciente y/o a la familia a acceder a los sistemas de salud existentes.

Guiar al paciente y/o a la familia a través de los sistemas sanitarios de apoyo.

Ayudar al paciente y/o a la familia a tomar decisiones informadas en cuanto a la asistencia sanitaria.

Defender al paciente según sea necesario.

Admitir la necesidad de combinar los intereses del paciente, de la clínica y económicos.

Notificar al paciente y/o a la familia cualquier cambio en el servicio, la finalización del servicio y la eliminación del programa de control del caso.

Promover la utilización eficaz de los recursos.

Controlar la eficacia del coste de la asistencia.

Modificar la asistencia para aumentar la eficacia del coste, según sea necesario.

Establecer programas de mejora de la calidad para evaluar las actividades del control del caso.

Documentar la eficacia del coste del control del caso.

Informar de los resultados a los aseguradores y a otros terceros pagadores.

Vender los servicios a individuos, familias, aseguradores y empleados.

Grupo de apoyo

5430

Definición: Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.

Actividades:

Determinar el nivel y conveniencia del sistema actual de apoyo al paciente.

Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida.

Determinar el objetivo del grupo y la naturaleza del proceso grupal.

Crear una atmósfera relajada y de aceptación.

Clarificar desde el principio las metas del grupo y las responsabilidades de sus miembros y de su líder.

Utilizar un acuerdo por escrito, si se considera adecuado.

Elegir los miembros que puedan contribuir y beneficiarse de la interacción del grupo.

Formar un grupo de tamaño óptimo: de 5 a 12 miembros.

Tratar la cuestión de asistencia obligatoria.

Tratar la cuestión de si se pueden admitir nuevos miembros en cualquier momento.

Establecer una hora y lugar para las reuniones grupales.

Reunirse en sesiones de 1 a 2 horas, si procede.

Comenzar y terminar a la hora, y esperar que los participantes permanezcan hasta la conclusión de la reunión.

Disponer sillas en un círculo cerca unas de las otras.

Programar un número limitado de sesiones (normalmente de 6 a 12), en las que se cumplirá el trabajo del grupo.

Hacer públicas las normas de admisión para evitar problemas que puedan aparecer a medida que el grupo consigue los progresos.

Vigilar y dirigir la implicación activa de los miembros del grupo.

Fomentar la expresión y el compartir el conocimiento de la experiencia.

Fomentar la expresión de ayudas mutuas.

Alentar las remisiones correspondientes a los profesionales para cuestiones informativas.

Subrayar la responsabilidad y control personales.

Mantener una presión positiva para el cambio de conducta.

Enfatizar la importancia de la capacidad activa de enfrentarse a los problemas.

Identificar los temas que se produzcan en los debates del grupo.

No permitir que el grupo se convierta en una reunión social improductiva.

Ayudar al grupo a progresar en las etapas de desarrollo grupal: desde la orientación pasando por la cohesión hasta la conclusión.

Atender a las necesidades del grupo como un todo, así como las necesidades de los miembros individuales.

Utilizar un colíder, si procede.

Guía de anticipación

5210

Definición: Preparación del paciente para anticipación de una crisis en desarrollo y/o circunstancial.

Actividades:

Ayudar al paciente a identificar la posible aparición de crisis en desarrollo y/o circunstancial y los efectos que tal crisis podría tener en la vida personal y familiar.

Enseñar acerca del desarrollo y comportamiento normal, si procede.

Proporcionar información sobre expectativas realistas relacionadas con el comportamiento del paciente.

Determinar los métodos de solución de problemas habituales del paciente.

Ayudar al paciente a decidir la forma de solucionar el problema.

Ayudar al paciente a decidir quién será la persona encargada de solucionar el problema.

Utilizar ejemplos de casos que potencien la habilidad del paciente para solucionar problemas, si procede.

Ayudar al paciente a identificar los recursos y opciones disponibles, si procede.

Ensayar las técnicas necesarias para enfrentarse a la aparición de crisis de desarrollo o circunstancial con el paciente, si resulta adecuado.

Ayudar al paciente a adaptarse anticipadamente a los cambios de papeles.

Proporcionar al paciente una referencia preparada (materiales/panfletos educativos), si es el caso.

Sugerir libros/literatura para que el paciente los lea, si resulta oportuno.

Remitir al paciente a centros comunitarios, si procede.

Programar visitas en momentos de desarrollo/circunstanciales estratégicos.

Programar visitas adicionales para pacientes con preocupación o dificultades.

Programar llamadas telefónicas de seguimiento para evaluar el éxito o las necesidades de refuerzo.

Proporcionar al paciente un número de teléfono en caso de necesitar ayuda, si fuera necesario.

Involucrar a la familia/seres queridos, si procede.

Guías del sistema sanitario

7400

Definición: Facilitar al paciente la localización y la utilización adecuada de los servicios sanitarios.

Actividades:

- Explicar el sistema de cuidados sanitarios, su funcionamiento y lo que puede esperar el paciente/familia.
- Ayudar al paciente o a la familia a coordinar los cuidados y la comunicación sanitaria.
- Ayudar al paciente o a la familia a elegir a los profesionales de asistencia sanitaria adecuados.
- Instruir al paciente sobre el tipo de servicio que puede esperar de cada clase de cuidador sanitario (especialistas de enfermería, dietistas titulados, enfermeras tituladas, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, cardiólogos, internistas, optometristas y psicólogos).
- Informar al paciente sobre los distintos tipos de instalaciones de cuidados (hospital general, hospital de especialidades, hospital universitario, clínica de ingreso y clínica quirúrgica de día), según corresponda.
- Informar al paciente de los requisitos de acreditación y del departamento sanitario estatal para juzgar la calidad de una institución.
- Informar sobre los recursos comunitarios adecuados y las personas de contacto.
- Aconsejar la disponibilidad de una segunda opinión.
- Informar al paciente del derecho a cambiar de proveedor.
- Informar acerca de las implicaciones que supone firmar el formulario de consentimiento.
- Proporcionar al paciente una copia de los Derechos del Paciente.
- Informar al paciente de cómo acceder a los servicios de urgencia por medio del teléfono o transporte, si procede.
- Animar al paciente a ir al departamento de urgencias, si procede.
- Determinar y facilitar la comunicación entre los proveedores de cuidados y el paciente/familia, si es el caso.
- Informar al paciente/familia de cómo cambiar la decisión tomada por un proveedor de cuidados, si es necesario.
- Animar a consultar a otros profesionales, si procede.
- Solicitar servicios de otros profesionales de asistencia sanitaria para el paciente, si procede.
- Coordinar el procedimiento de remisión a los cuidadores de salud pertinentes, si procede.
- Revisar y reforzar la información proporcionada por otros profesionales de asistencia sanitaria.
- Proporcionar información sobre cómo obtener el equipo.
- Coordinar/programar el tiempo que necesita cada servicio para proporcionar los cuidados, si procede.
- Informar al paciente de los costes, tiempo, alternativas y riesgos implicados en un examen o procedimiento específico.
- Proporcionar instrucciones escritas sobre el propósito y lugar de las actividades posteriores a la hospitalización/actividades del paciente no internado, si procede.
- Proporcionar instrucciones escritas sobre el propósito y lugar de las actividades de cuidados, si procede.
- Comentar el resultado de la visita con otros proveedores, si procede.
- Determinar y facilitar las necesidades de transporte para obtener los servicios de asistencia sanitaria.
- Disponer un sistema de seguimiento con el paciente, si procede.
- Observar la adecuación del seguimiento actual de los cuidados.
- Proporcionar informes a los cuidadores de posthospitalización, si procede.
- Animar al paciente/familia a que haga preguntas sobre los servicios y costes.
- Cumplir con la reglamentación para el reembolso por parte de terceras partes.
- Ayudar a los pacientes a rellenar los formularios de asistencia, tales como alojamiento y ayuda económica, si lo precisan.
- Notificar al paciente las visitas programadas, si procede.

Hipnosis

5920

Definición: Asistir al paciente a conseguir un estado de concentración atenta y centrada con suspensión de la concienciación periférica para crear cambios de sensación, pensamientos o conducta.

Actividades:

Obtener el historial del problema que ha de tratarse mediante la hipnosis.

Determinar los objetivos de la hipnosis con el paciente.

Determinar la receptividad del paciente al empleo de la hipnosis.

Corregir mitos y conceptos equivocados de la hipnosis.

Asegurarse que el paciente ha aceptado el tratamiento.

Evaluar la idoneidad del paciente determinando su sugestibilidad hipnótica.

Determinar la historia del paciente con estados de trance, como fantasías e «hipnosis de la autopista».

Confirmar la presencia de una relación de confianza.

Preparar un ambiente silencioso y confortable.

Tomar precauciones para evitar las interrupciones.

Instruir al paciente sobre el objetivo de la intervención.

Explicar al paciente que él será el que induzca el estado de trance y mantendrá el control.

Sentarse de manera cómoda, medio enfrentándose al paciente, cuando corresponda.

Discutir con el paciente la sugestión hipnótica que ha de utilizarse antes de la inducción.

Seleccionar una técnica de inducción (p. ej., péndulo de Chevreul, relajación, imaginar que se baja por una escalera, cerrar los ojos, levitación de brazos, relajación muscular simple, ejercicios de visualización, atención a la respiración, repetición de palabras/frases clave, etc.)

Utilizar el lenguaje del paciente lo máximo posible.

Dar una pequeña cantidad de sugerencias de forma positiva.

Combinar sugerencias con sucesos que se producen de forma natural.

Mostrar una actitud permisiva para ayudar a la inducción del trance.

Utilizar una voz monótona, rítmica y suave durante la inducción de la hipnosis.

Sincronizar las frases con las respiraciones del paciente.

Animar al paciente a que respire profundamente para intensificar el estado de relajación y disminuir la tensión.

Ayudar al paciente a escapar a un lugar placentero guiando su capacidad de imaginación.

Ayudar al paciente a identificar técnicas de profundización adecuadas (p. ej., movimiento de una mano a la cara, técnica de aumento de la imaginación, fraccionación, etc.)

Evitar adivinar lo que piensa el paciente.

Ayudar al paciente a utilizar todos sus sentidos durante el procedimiento.

Determinar si se va a utilizar capacidad de imaginación dirigida o no dirigida con el paciente, si procede.

Facilitar la rápida inducción por medio de una señal específica (verbal o visual) con experiencia.

Explicar al paciente que el nivel del trance no es importante para que la hipnosis tenga éxito.

Facilitar la salida del paciente del trance contando hasta un número prefijado, si procede.

Ayudar al paciente a salir del trance a su propio ritmo, si procede.

Responder de forma positiva al paciente después de cada episodio.

Animar al paciente a que utilice la autoinducción independiente del cuidador para manejar el problema bajo tratamiento.

Identificar situaciones, como procedimientos dolorosos, en los que el paciente requiera apoyo de personal adicional para conseguir una inducción eficaz.

Humor

5320

***Definición:* Facilitar que el paciente perciba, aprecie y exprese lo que es divertido, gracioso o absurdo al efecto de establecer relaciones, aliviar tensiones, liberar sentimientos de ira, facilitar la enseñanza o enfrentarse a sentimientos dolorosos.**

Actividades:

Determinar los tipos de humor apreciados por el paciente.

Determinar la respuesta típica del paciente al humor (risa o sonrisas).

Determinar la hora del día en la que el paciente es más receptivo.

Evitar áreas de contenidos sensibles para el paciente.

Discutir las ventajas de la risa con el paciente.

Seleccionar materiales humorísticos que creen una reacción alegre en el individuo.

Disponer de una selección de juegos, dibujos, bromas, vídeos, cintas, libros, etc., humorísticos.

Señalar la incongruencia de una situación, con humor.

Fomentar la visualización con humor (pintar una figura autoritaria imponente vestida en ropa interior).

Fomentar tonterías y guasas.

Retirar barreras ambientales que impidan o disminuyan la ocurrencia de humor espontánea.

Observar la respuesta del paciente y suspender la estrategia de humor, si no es efectiva.

Evitar el uso con un paciente con trastornos cognoscitivos.

Mostrar una actitud apreciativa sobre el humor.

Responder de forma positiva a los intentos humorísticos del paciente.

Identificación de riesgos

66io

***Definición:* Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.**

Actividades:

Instaurar una valoración sistemática de riesgos mediante instrumentos fiables y válidos.

Revisar el historial médico y los documentos del pasado para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores.

Mantener los registros y estadísticas precisos.

Identificar al paciente que precisa cuidados continuos.

Identificar al paciente con circunstancias sociales excepcionales que complican un alta oportuna y eficiente.

Determinar los sistemas de apoyo comunitario.

Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar.

Determinar los recursos económicos.

Determinar el nivel educativo.

Identificar las estrategias habituales de resolución de problemas de las personas y grupos.

Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual.

Determinar la presencia/ausencia de necesidades vitales básicas.

Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados.

Dar prioridad a las áreas de disminución de riesgos, en colaboración con el individuo/grupo.

Planificar las actividades de disminución de riesgos, en colaboración con el individuo/grupo.

Determinar los recursos institucionales para ayudar a disminuir los factores de riesgo.

Determinar los recursos comunitarios adecuados para cubrir las necesidades vitales y de salud básicas.

Proceder a derivar a otro personal de cuidados y/o instituciones, según corresponda.

Utilizar los medios para el establecimiento de metas mutuas, si procede.

Utilizar acuerdos con el paciente, si procede.

Identificación de riesgos: familia con recién nacido 6612

Definición: Identificar al individuo o familia con posibles dificultades para la experiencia de la paternidad y priorizar estrategias para prevenir problemas.

Actividades:

Determinar la edad de la madre.

Determinar el estadio de desarrollo de los padres.

Determinar la paridad de la madre.

Determinar el estado económico de la familia.

Conocer el nivel educativo de la madre.

Determinar el estado marital de la madre.

Conocer el grado de alfabetización.

Determinar si los hijos anteriores de la madre están todavía a su cuidado.

Determinar la comprensión de las lenguas utilizadas en la comunidad.

Determinar las implicaciones anteriores en servicios sociales.

Determinar el historial de abusos.

Identificar el estado de salud e inmunidad de los hermanos.

Vigilar las conductas que puedan indicar un problema de apego.

Revisar los registros prenatales y de parto para ver si hay indicios documentados de apego prenatal.

Revisar historial prenatal para determinar la presencia de factores que puedan predisponer al paciente a complicaciones.

Anotar los medicamentos que haya podido recibir la madre durante el período prenatal.

Revisar el historial prenatal para ver si hay factores estresantes que afecten a la reseiva de glucosa del recién nacido (diabetes, hipertensión inducida por el embarazo y trastornos cardíacos y renales).

Revisar el historial para ver si hay esquemas de crecimiento prenatal anormales, según lo detectado por ultrasonografía o cambios de fundus.

Revisar el historial materno de dependencia de sustancias químicas, anotando la duración, el tipo de drogas utilizadas (incluyendo el alcohol), y el momento y potencia de la última dosis antes del parto.

Conocer los sentimientos de la paciente acerca del embarazo no deseado.

Determinar si el embarazo no deseado es aprobado por la familia.

Determinar si el embarazo no deseado es apoyado por la familia.

Anotar los medicamentos recibidos por la madre durante el período intraparto.

Anotar cualquier anestésico o analgésico administrados a la madre durante el período intraparto.

Anotar la presencia de distrés fetal.

Anotar la presencia de hipoxia en el bebé.

Revisar el historial para determinar la presencia de cantidad anormal de líquido amniótico, según detección por ultrasonografía o cambios de fundus.

Determinar la razón de separación del recién nacido después del nacimiento.

Observar las interacciones padres-bebé, anotando las conductas que supuestamente indican apego.

Derivar al organismo social correspondiente para un seguimiento si existe falta de apego.

Dar prioridad a las áreas de disminución de riesgos en colaboración con el individuo/grupo.

Planificar las actividades de disminución de riesgos en colaboración con el individuo/grupo.

Identificación de riesgos: genéticos

6614

Definición: Identificación y análisis de posibles factores de riesgo genético en un individuo, familia o grupo.

Actividades:

Asegurar la intimidad y la confidencialidad.

Obtener o revisar un historial sanitario completo, incluyendo el historial prenatal y obstétrico, el historial del desarrollo y el estado de salud pasado y presente en relación con la condición genética confirmada o sospechada.

Obtener o revisar el entorno (posibles exposiciones a teratógenos o a carcinógenos) y el estilo de vida (tabaco, alcohol, calle o prescripción de exposición a drogas).

Determinar la presencia y la calidad del apoyo familiar, de otros sistemas de apoyo y habilidades prematuras de afrontamiento.

Obtener o estudiar una historia familiar global y construir el árbol genealógico de, como mínimo, tres generaciones.

Obtener un diagnóstico documentado de miembros de la familia afectados.

Investigar las opciones de pruebas de diagnóstico que confirmen o predigan la presencia de una alteración genética, como, por ejemplo, estudios bioquímicos o radiográficos, análisis de cromosomas, análisis de relaciones o prueba directa del ADN.

Informar acerca de los procedimientos de diagnóstico.

Discutir las ventajas, los riesgos y los costes económicos de las opciones diagnósticas.

Debatir asuntos sobre seguros y posible discriminación laboral, según sea pertinente.

Discutir la posibilidad de realizar pruebas a otros miembros de la familia, según sea pertinente.

Iniciar el asesoramiento genético según la identificación del riesgo, si es conveniente.

Remitir a especialistas en atención sanitaria genética para el asesoramiento genético según sea necesario.

Proporcionar al paciente un resumen escrito del asesoramiento de identificación del riesgo, según esté indicado.

Imaginación simple dirigida**6000**

Definición: Utilización intencionada de la imaginación para conseguir un estado, resultado o acción particular o para apartar la atención de las sensaciones indeseables.

Actividades:

Analizar si hay problemas emocionales graves, historial de enfermedad psiquiátrica o alucinaciones.

Detectar un nivel de energía disminuido actual, la incapacidad para concentrarse u otros síntomas que pueden interferir en la capacidad cognitiva de centrar la atención en imágenes mentales.

Describir el fundamento y los beneficios, limitaciones y tipos de las técnicas de imaginación dirigida disponibles.

Obtener información sobre las experiencias pasadas acerca de la resolución de problemas para determinar si la imaginación dirigida puede ser útil.

Discutir sobre la capacidad de crear imágenes mentales vividas y experimentarlas como si fueran reales.

Determinar la capacidad de realizar la imaginación dirigida sin cuidador (solo o con cinta).

Animar a la persona a elegir entre una variedad de técnicas de imaginación dirigida (dirigida por cuidador o con cinta).

Aconsejar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas que compriman y con los ojos cerrados.

Proporcionar un ambiente libre de interrupciones lo más cómodo posible (utilización de auriculares).

Discutir una imagen que el paciente haya experimentado y sea placentera y relajante, como estar tumbado en la playa, mirar cómo cae la nieve, flotar sobre una balsa o mirar una puesta de sol.

Individualizar las imágenes elegidas, considerando las creencias religiosas o espirituales, intereses artísticos u otras preferencias individuales.

Describir una escena que implique la mayor parte de los cinco sentidos.

Realizar sugerencias que induzcan a la relajación (imágenes que den paz, sensaciones placenteras o respiración rítmica), si procede.

Utilizar una voz modulada al dirigir la experiencia de imaginación.

Conseguir que el paciente viaje mentalmente a la escena y ayudar con la descripción detallada de la situación.

Utilizar direcciones y sugerencias permisivas al dirigir la imaginación, como «quizá», «si usted quiere» o «le podría gustar».

Conseguir que el paciente experimente lentamente la escena: ¿cómo se ve?, ¿cómo huele?, ¿cómo suena?, ¿cómo sabe?

Utilizar palabras o frases que transmitan imágenes placenteras (como *flotar*, *enternecerse* y *liberarse*).

Desarrollar la parte de limpieza o eliminación de la imaginación (todos los dolores aparecen como polvo rojo y se van corriente abajo en un arroyo al entrar).

Ayudar al paciente a desarrollar un método de finalización de la técnica de imaginación, como contar lentamente mientras se respira profundamente, movimientos lentos y pensamientos de sentirse relajado, fresco y alerta.

Animar al paciente a expresar los pensamientos y sentimientos acerca de la experiencia.

Preparar al paciente para experiencias inesperadas (pero a menudo terapéuticas), como llorar.

Enseñar al paciente a practicar la imaginación, si fuera posible.

Grabar en cinta la experiencia imaginada, si resulta útil.

Planificar con el paciente un tiempo adecuado para realizar la imaginación dirigida.

Utilizar técnicas de imaginación de forma preventiva.

Planificar un seguimiento para valorar los efectos de la imaginación y cualquier cambio resultante en la sensación y la percepción.

Continúa

442 Imaginación simple dirigida (6000)

Actividades **(ConL):**

Utilizar la imaginación dirigida como estrategia adyuvante a medicaciones para el dolor o junto con otras medidas, si procede.

Evaluar y registrar la respuesta a la imaginación dirigida.

Inducción al parto

6850

***Definición:* Iniciación o progresión del proceso de parto mediante métodos mecánicos o farmacológicos.**

Actividades:

Determinar la indicación médica y/u obstétrica para la inducción.

Revisar el historial obstétrico para obtener información que pueda influir sobre la inducción, tal como la edad de gestación y la duración de partos previos y contraindicaciones como placenta previa completa, rotura uterina clásica y deformidades estructurales de la pelvis.

Monitorizar tanto los signos vitales maternos como asimismo los fetales antes de la inducción.

Realizar o ayudar en la aplicación de agentes mecánicos o farmacológicos (laminaria y gel de prostaglandina) a intervalos adecuados, si es necesario, para mejorar la preparación del cérvix.

Observar si hay efectos secundarios derivados de los procedimientos utilizados para la preparación del cuello.

Volver a evaluar el estado cervical y verificar la presentación antes de dar inicio a otras medidas de inducción.

Realizar o ayudar con la amniotomía, si la dilatación cervical es adecuada y el vértice está bien colocado.

Determinar la frecuencia cardíaca fetal mediante auscultación o monitorización fetal electrónica postamniótica y según protocolo.

Fomentar la deambulación, si no hay contraindicaciones para la madre ni para el feto.

Observar si hay cambios en la actividad uterina.

Iniciar medicación i.v. (oxitocina) para estimular la actividad uterina, si es necesario, según prescripción médica.

Vigilar el progreso del parto, estando alerta por si hubiera señales anormales.

Evitar la hiperestimulación uterina debida a la perfusión de oxitocina para conseguir una frecuencia, duración y relajación de contracciones adecuadas.

Observar si hay signos de insuficiencia uteroplacentaria (desaceleraciones finales) durante el proceso de inducción.

Disminuir o aumentar la estimulación uterina (oxitocina), si es necesario, hasta la inminencia del parto.

2.ª edición 1996

Inducción de la hipotermia

3790

Definición: Alcance y mantenimiento de la temperatura corporal por debajo de 35 °C y controlar los efectos secundarios y/o prevenir las complicaciones.

Actividades:

Controlar los signos vitales, si procede.

Controlar la temperatura del paciente, con un monitor continuo de la temperatura central, si procede.

Colocar un monitor cardíaco al paciente,

Instaurar medidas de enfriamiento externo activo (p. ej., bolsas de hielo, manta con enfriamiento de agua, parches de enfriamiento con agua circulante), si procede.

Instaurar medidas de enfriamiento interno activo (p. ej., catéteres de enfriamiento intravasculares), si procede.

Controlar el color y la temperatura de la piel.

Controlar los escalofríos.

Utilizar calentamiento facial o manual con ropas aislantes para disminuir los escalofríos, si procede.

Administrar la medicación adecuada para prevenir o controlar los escalofríos.

Controlar y tratar las arritmias, si procede.

Controlar el desequilibrio electrolítico.

Controlar el desequilibrio ácido-base.

Controlar la ingesta y la eliminación.

Controlar el estado respiratorio.

Controlar los estudios de coagulación, incluidos el tiempo de protrombina (TP) y el tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPa) y los recuentos plaquetarios, si está indicado.

Controlar estrechamente al paciente en busca de signos y síntomas de hemorragia persistente.

Controlar el recuento de leucocitos, si procede.

Controlar el estado hemodinámico (p. ej., presión de enclavamiento capilar pulmonar, gasto cardíaco, resistencia vascular sistémica), utilizando el control hemodinámico invasivo, si procede.

Promover la ingesta adecuada de líquidos y nutrientes.

Información preparatoria: sensorial

5580

Definición: Descripción en términos concretos y objetivos de las sensaciones y hechos normales asociados con un procedimiento/tratamiento de cuidados de salud estresante que se avecina.

Actividades:

Identificar la secuencia de eventos y describir el entorno asociado con el procedimiento/tratamiento.

Identificar las sensaciones habituales (qué verán, sentirán, degustarán u oirán) que la mayoría de pacientes describe, asociadas con cada aspecto del procedimiento/tratamiento.

Describir las sensaciones en términos concretos y objetivos utilizando palabras descriptivas del paciente, omitiendo los adjetivos evaluativos que reflejan el grado de sensación o de respuesta emocional a una sensación.

Presentar las sensaciones y el procedimiento/tratamiento en la secuencia que más probablemente se presentará.

Relacionar las sensaciones con su causa cuando no puede ser evidente por sí misma.

Describir la duración esperable de las sensaciones y de los procedimientos o cuándo puede esperarse un cambio.

Personalizar la información utilizando para ello los pronombres personales.

Dar al paciente la oportunidad de hacer preguntas y clarificar malentendidos.

Informe de incidencias

7980

Definición: Informe escrito y oral de cualquier suceso del proceso de cuidados del paciente que sea inconsistente con los resultados esperados del paciente o con las operaciones de rutina del centro de cuidados sanitarios.

Actividades:

Identificar los sucesos (caídas de pacientes, reacciones a transfusiones de sangre y anomalías de los equipos) que requieran información, según se defina en las normas del centro.

Notificar al médico para que evalúe al paciente, si procede.

Notificar al supervisor de cuidados, si procede.

Documentar en el registro del paciente que se ha notificado al médico.

Completar formulario(s) de informe de incidentes para que incluya(n) información de los hechos, número de hospital del paciente, diagnóstico médico y fecha de ingreso.

Documentar información objetiva acerca del suceso en el registro del paciente.

Documentar las valoraciones e intervenciones de los cuidadores después del suceso.

Determinar e informar de los fallos de los dispositivos médicos que hayan conducido a una lesión en el paciente, si procede.

Mantener la confidencialidad del informe de incidentes, según las normas del centro.

Poner en marcha el Sistema de Informe de Dispositivos Médicos para muertes o lesiones como consecuencia de dispositivos médicos.

Discutir el suceso con el personal implicado para determinar la acción, si es que hubiera alguna necesaria.

Informe de turnos

8140

***Definición:* Intercambio de la información esencial de cuidados de pacientes con otro personal de cuidados al cambiar el turno.**

Actividades:

Revisar los datos demográficos pertinentes, incluyendo nombre, edad y número de habitación.

Identificar las enfermedades y razones principales del ingreso, si procede.

Resumir lo importante del historial pasado de salud, si es necesario.

Identificar los diagnósticos médico y de cuidados clave, si procede.

Identificar los diagnósticos médico y de cuidados resueltos, si procede.

Dar la información de forma concisa, centrándose en los datos recientes e importantes necesarios para el personal que asume la responsabilidad de los cuidados.

Describir el régimen de tratamiento, incluyendo la dieta, terapia de líquidos, medicamentos y ejercicios.

Identificar las pruebas de laboratorio y de diagnósticos que deban completarse en las próximas 24 horas.

Revisar los resultados recientes de las pruebas de diagnóstico y de laboratorio pertinentes, si procede.

Describir los datos de estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno.

Describir las Intervenciones de Enfermería llevadas a cabo.

Describir la respuesta del paciente y de la familia a las Intervenciones de Enfermería.

Resumir los progresos en las metas fijadas.

Resumir los planes de alta, si procede.

Inmovilización

0910

Definición: Estabilización, inmovilización y/o protección de una parte corporal lesionada con un dispositivo de soporte.

Actividades:

Colocar la parte corporal con bolsas de arena u otros dispositivos, si procede.

Apoyar con soporte la parte corporal afectada.

Colocar una tablilla aérea, si se considera oportuno.

Colocar un cabestrillo para el reposo de la parte corporal lesionada.

Acolchar la parte lesionada para evitar la fricción con otro dispositivo, si es el caso.

Entablillar la pierna lesionada en una posición extendida, si procede.

Entablillar el brazo lesionado en posición flexionada o extendida, si procede.

Mover la extremidad lesionada lo menos posible.

Estabilizar las articulaciones proximal y distal en la tablilla, cuando sea posible.

Comprobar la circulación de la parte corporal afectada.

Observar si hay hemorragia en el sitio de la lesión.

Vigilar la integridad de la piel que está debajo del dispositivo de apoyo.

Realizar el apoyo de los pies con una tabla de pies, si es el caso.

Realizar el apoyo de las manos paralizadas en una posición funcional.

Fomentar los ejercicios isométricos, cuando proceda.

Enseñar al paciente a observar y cuidar la tablilla.

Intercambio de información de cuidados de salud

7960

***Definición:* Proporcionar información a otros profesionales de la salud.**

Actividades:

Identificar al cuidador con el que se intercambia la información y el lugar donde se encuentra.

Determinar los datos demográficos esenciales.

Describir el historial de salud pertinente.

Informar de los diagnósticos médico y de cuidados actuales.

Determinar los diagnósticos médico y de cuidados resueltos, si procede.

Describir el plan de cuidados, incluyendo la dieta, las medicaciones y el ejercicio.

Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo.

Identificar el equipo y el material necesario para los cuidados.

Resumir los progresos del paciente en las metas fijadas.

Determinar la fecha de alta o traslado por anticipado.

Fijar la cita de retorno para el seguimiento de los cuidados.

Describir el papel de la familia en la continuación de los cuidados.

Determinar la capacidad del paciente y de la familia en el desarrollo de los cuidados después del alta.

Identificar otros centros que provean cuidados.

Pedir información a profesionales sanitarios de otros centros.

Coordinar los cuidados con otros profesionales de la salud.

Comentar las capacidades y recursos del paciente.

Compartir las preocupaciones del paciente o de la familia con otros profesionales de asistencia sanitaria.

Compartir la información de otros profesionales de la salud con el paciente y la familia, si procede.

Intermediación cultural

7330

***Definición:* Utilizar a propósito estrategias culturalmente adecuadas para establecer un puente o mediar entre la cultura del paciente y el sistema sanitario biomédico.**

Actividades:

Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tienen el paciente y el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento.

Fomentar una discusión abierta de las diferencias y semejanzas culturales.

Identificar, con el paciente, las prácticas culturales que pueden afectar negativamente a la salud, de manera que el paciente pueda elegir de manera informada.

Tratar las discrepancias abiertamente y aclarar los conflictos.

Conseguir, cuando no se puedan resolver los conflictos, un compromiso de tratamiento aceptable en función del conocimiento biomédico, del conocimiento del punto de vista del paciente y de las normas éticas.

Dar al paciente más tiempo del normal para que asimile la información y medite la toma de una decisión.

Mantenerse relajado y sin prisas en los contactos con el paciente.

Utilizar un lenguaje sencillo evitando tecnicismos.

Disponer la acomodación cultural (cenar tarde durante el Ramadán).

Incluir a la familia, cuando corresponda, en el plan para el cumplimiento del régimen prescrito.

Dar cabida a la implicación de la familia para apoyar o cuidar directamente.

Traducir la terminología del paciente sobre los síntomas a otro lenguaje de cuidados sanitarios que otros profesionales puedan comprender con facilidad.

Facilitar la comunicación intercultural (uso de un traductor, materiales/medios bilingües por escrito, comunicación no verbal precisa; evitar los estereotipos).

Proporcionar información al paciente sobre el sistema de cuidados sanitarios.

Proporcionar información a los profesionales de enfermería sobre la cultura del paciente.

Ayudar a los otros proveedores de salud a entender y aceptar las razones de incumplimiento del paciente.

Modificar el entorno terapéutico mediante la incorporación de elementos culturales adecuados.

Modificar las intervenciones convencionales (enseñanza al paciente) de manera culturalmente adecuada.

Interpretación de datos de laboratorio **7690**

Definición: Análisis crítico de los datos de laboratorio del paciente para ayudar en la toma de decisiones médicas.

Actividades:

Familiarizarse con las abreviaturas aceptadas por la institución.

Utilizar los márgenes de referencia del laboratorio que esté realizando los análisis.

Reconocer los factores fisiológicos que puedan afectar a los valores de laboratorio, incluyendo género, edad, embarazo, dieta (especialmente la hidratación), hora del día, nivel de actividad y estrés.

Reconocer los efectos de los fármacos en los valores de laboratorio, incluyendo medicamentos prescritos así como los medicamentos de venta libre.

Anotar hora y sitio de la recogida de especímenes, si procede.

Utilizar niveles pico de los fármacos al analizar la toxicidad.

Reconocer las dosis de los medicamentos que resultan útiles para la demostración de los niveles terapéuticos satisfactorios.

Considerar la influencia de la farmacocinética (media vida, pico, fusión de proteínas y excreciones) al evaluar los niveles tóxicos y terapéuticos de los fármacos.

Tener en cuenta que las anomalías de los análisis múltiples tienden a ser más importantes que las anormalidades de los análisis individuales.

Comparar los resultados con otros análisis de laboratorio y/o diagnóstico relacionados.

Comparar los resultados con valores anteriores obtenidos cuando el paciente no estaba enfermo (según disponibilidad) para determinar los niveles de base.

Monitorizar los resultados secuenciales de los análisis para ver las tendencias y cambios bruscos.

Consultar con las referencias/textos para determinar si hay implicaciones clínicas de análisis que no sean familiares.

Reconocer que los resultados de análisis incorrectos con frecuencia son el resultado de errores administrativos.

Realizar la confirmación de los resultados de análisis anormales brutos con estrecha atención a la identificación del paciente y del espécimen, estado del espécimen y rapidez de entrega al laboratorio.

Informar de los resultados de laboratorio al paciente, si procede.

Enviar las muestras separadas al laboratorio para la verificación de los resultados, si procede.

Informar de cambios súbitos de los valores de laboratorio al médico inmediatamente.

Informar de los valores críticos (según lo determine la institución) al médico inmediatamente.

Analizar si los resultados obtenidos son coherentes con el comportamiento y el estado clínico del paciente.

Intervención en caso de crisis

6160

Definición: Utilización de asesoramiento de corto plazo para ayudar al paciente a enfrentarse a las crisis y retomar un estado de funcionamiento mejor o igual al estado previo a la crisis.

Actividades:

Disponer un ambiente de apoyo.

Evitar dar falsas esperanzas.

Proporcionar un refugio seguro.

Determinar si el paciente presenta riesgo de seguridad para sí mismo o para otros.

Tener las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente u otras personas con riesgo de lesiones físicas.

Favorecer la expresión de sentimientos de una forma no destructiva.

Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y dinámica de la crisis.

Animar al paciente a centrarse en una implicación cada vez.

Ayudar en la identificación de valores y habilidades personales que puedan utilizarse en la resolución de la crisis.

Ayudar en la identificación de habilidades pasadas/presentes para enfrentarse a la crisis y su eficacia.

Ayudar en el desarrollo de nuevas habilidades para solucionar problemas, si resulta necesario.

Ayudar en la identificación de sistemas de apoyo disponibles.

Relacionar al paciente y a la familia con los recursos de la comunidad, si es necesario.

Proporcionar una guía para desarrollar y mantener el(los) sistema(s) de apoyo.

Presentar al paciente a personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.

Ayudar en la identificación de actuaciones alternativas para resolver la crisis.

Ayudar en la valoración de las posibles consecuencias de las diversas actuaciones.

Ayudar al paciente a decidirse sobre un curso de acción particular.

Ayudar en la formulación de un esquema de tiempos para la puesta en práctica del curso de acción elegido.

Evaluar con el paciente si se ha resuelto la crisis con el curso de acción elegido.

Planificar con el paciente la forma en que pueden utilizarse las habilidades de adaptación para tratar la crisis en el futuro.

Intubación y estabilización de vías aéreas

3120

Definición: Inserción o ayuda en la intubación y estabilización de una vía aérea artificial.

Actividades:

Seleccionar el tamaño y tipo correcto de vía aérea, orofaríngea o nasofaríngea.

Abordar la vía aérea oro/nasofaríngea, asegurándose de que alcanza la base de la lengua, colocando la lengua en posición hacia delante.

Fijar con esparadrapo la vía aérea oro/nasofaríngea en su sitio.

Observar si hay disnea, ronquidos o ruido inspiratorio cuando la vía aérea oro/nasofaríngea está colocada.

Cambiar la vía aérea oro/nasofaríngea diariamente e inspeccionar la mucosa.

Insertar una vía aérea obturadora del esófago (EOA), si procede.

Auscultar para ver si hay sonidos esofágicos bilaterales antes de inflar el balón esofágico de la EOA.

Colaborar con el médico para seleccionar el tamaño y tipo correcto de tubo endotraqueal o de traqueostomía.

Seleccionar vías aéreas artificiales con balones de gran volumen y baja presión.

Limitar la inserción de tubos endotraqueales y traqueostomías a personal cualificado y con experiencia.

Animar a los médicos a colocar tubos endotraqueales por vía orofaríngea, si procede.

Ayudar en la inserción del tubo endotraqueal reuniendo el equipo de intubación y el equipo de emergencia necesarios, colocar al paciente, administrar los medicamentos ordenados, y vigilar al paciente por si aparecieran complicaciones durante la inserción.

Ayudar en la traqueostomía de emergencia preparando el equipo de apoyo adecuado, administrando los medicamentos, disponiendo un ambiente estéril y observando si se producen cambios en el estado del paciente.

Enseñar al paciente y a la familia el procedimiento de intubación.

Auscultar el tórax después de la intubación.

Inflar el balón endotraqueal/traqueostomía con una técnica de mínimo volumen oclusivo o de mínima fuga.

Fijar el tubo endotraqueal/traqueostomía con cinta adhesiva, o un dispositivo de estabilización.

Marcar el tubo endotraqueal en la posición de los labios o fosas nasales, utilizando las marcas de centímetros del tubo endotraqueal, y registrar.

Verificar la colocación del tubo con una radiografía de tórax, asegurando la canulación de la tráquea 2 a 4 cm por encima de la carina.

Minimizar la palanca y tracción de la vía aérea artificial colgando el intubado de ventilador de soportes desde arriba, utilizando montajes flexibles de catéter, y soportando los tubos durante el giro, succión y conexión/desconexión del ventilador.

Irrigación de heridas

3680

Definición: Irrigación de una herida abierta para limpiar y extraer los restos y el drenaje excesivo.

Actividades:

Identificar alergias, especialmente a productos como el yodo y sus derivados.

Explicar el procedimiento al paciente mediante preparación sensorial.

Medicar al paciente antes de la irrigación, si es necesario, para controlar el dolor.

Proteger las ropas del paciente para que no se ensucien con la solución de irrigación o el drenaje de la herida.

Controlar periódicamente la cantidad y tipo de drenaje presentes en la herida con cada cambio de vendaje.

Colocar al paciente de forma tal que la solución de irrigación pueda ser recogida en un recipiente, dependiendo de la ubicación de la herida.

Mantener un campo estéril durante el procedimiento de irrigación, si procede.

Irrigar la herida con la solución adecuada con una jeringa de irrigación grande.

Evitar aspirar la solución con la jeringa.

Adherir un catéter a la jeringa para las aberturas pequeñas.

Evitar forzar el catéter en una herida abdominal para evitar así la perforación del intestino.

Instilar la solución de la irrigación lentamente, llegando a todas las zonas pertinentes.

Limpiar desde la zona más limpia de la herida a la más sucia.

Seguir irrigando la herida hasta que se agote el volumen prescrito o la solución retorne clara.

Colocar al paciente después de la irrigación de forma tal que se facilite el drenaje.

Limpiar y secar la zona alrededor de la herida después del procedimiento.

Proteger el tejido circundante para evitar heridas de la piel.

Vendar la herida con el tipo de vendaje estéril adecuado.

Aplicar un vendaje estéril, si procede.

Observar periódicamente el progreso del tejido granulado.

Informar al médico de cualquier signo de infección y/o necrosis.

Eliminar los vendajes sucios y los suministros de manera adecuada.

Irrigación de la vejiga **0550**

Definición: Infusión de una solución en la vejiga con propósitos de limpieza o medicación.

Actividades:

Determinar si la irrigación será continua o intermitente.

Practicar las precauciones universales.

Explicar el procedimiento al paciente.

Configurar los dispositivos de irrigación estéril, con utilización de técnica estéril según el protocolo del centro.

Limpiar el sitio de entrada o salida del conectar en Y con povidona yodada.

Instilar el líquido de irrigación según el protocolo del centro.

Controlar y mantener el nivel de flujo correcto, si es necesario.

Registrar la cantidad de líquido utilizado, características del mismo, cantidad egresada y capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con el protocolo del centro.

Irrigación intestinal

0420

Definición: Instilación de sustancias en el tracto gastrointestinal inferior.

Actividades:

Determinar la razón del lavado intestinal.

Evitar la aplicación si el paciente tiene un historial de colitis ulcerosa o enteritis local.

Comprobar la prescripción médica del lavado intestinal.

Elegir el tipo de enema adecuado.

Explicar el procedimiento al paciente.

Disponer intimidad de ambiente.

Informar al paciente de que pueden presentarse retortijones abdominales y urgencia de defecación.

Preparar el equipo necesario.

Colocar al paciente en posición, según el caso.

Proteger la ropa de cama.

Disponer cuña o similar, si procede.

Determinar la temperatura adecuada de la sustancia de irrigación.

Lubricar el tubo antes de la inserción, cuando proceda.

Insertar la sustancia por el recto, según indicación.

Determinar la cantidad de sustancia devuelta por el orificio anal.

Observar si se producen efectos secundarios como consecuencia de la solución de irrigación o la medicación oral.

Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.

Tomar nota sobre si los retornos del enema o laxante no son claros.

Limpiar la zona anal.

Llevar un diario

4740

Definición: Promover la escritura como medio para facilitar el reflejo y el análisis de sucesos pasados, experiencias, pensamientos y sentimientos.

Actividades:

Hablar de experiencias con intervenciones similares y receptividad a la intervención.

Establecer el objetivo y las indicaciones.

Explicar varios métodos para escribir un diario y decidir una técnica para hacerlo (p. ej., escribir un diario tal cual, siguiendo un tema o de forma intensiva).

Determinar un tiempo para realizar la tarea.

Animar a escribir sin interrupción al menos tres veces por semana durante 20 minutos.

Asegurar que el entorno es óptimo para realizar la tarea (p. ej., el cliente está en una posición cómoda, la sala está bien iluminada, el cliente lleva gafas).

Minimizar las distracciones emocionales, visuales, auditivas, olfatorias y viscerales.

Mantener la privacidad y garantizar la confidencialidad.

Permitir a la persona que seleccione el medio y el método (p. ej., bolígrafo, lápiz, rotulador, diario, ordenador, grabadora, etc.).

Reunir todos los materiales necesarios.

Enseñar a la persona a fechar las entradas en el diario para una futura consulta y reflexión.

Animar a escribir tal como suceden las cosas, sin limitar los temas.

Animar a describir y relatar los acontecimientos en cuanto a historias, imágenes y pensamientos y sentimientos asociados.

Describir las experiencias en los cinco sentidos si procede.

Favorecer la expresión de los pensamientos y sentimientos más profundos.

Enseñar a no prestar atención a puntuación, ortografía, estructura de frases y/o gramática.

Determinar la capacidad de continuar con la intervención de forma independiente en el futuro.

Revisar las entradas en el diario a intervalos definidos.

Controlar el logro de los objetivos establecidos.

Manejo ácido-base

1910

Definición: Promover el equilibrio ácido-base y prevenir las complicaciones derivadas de un desequilibrio ácido-base.

Actividades:

Mantener un acceso i.v. permeable.

Mantener las vías aéreas despejadas.

Controlar niveles de ABG y electrolitos, según disponibilidad.

Controlar el estado hemodinámico, incluyendo PVC, PAM, PAP y PCWP, según disponibilidad.

Observar si hay pérdida de ácido (vómitos, emisión nasogástrica, diarrea y diuresis), si es el caso.

Observar si hay pérdida de bicarbonato (drenaje de fístula y diarrea), si procede.

Colocación óptima para una ventilación adecuada (vía aérea despejada y elevar el cabecero de la cama).

Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria (niveles de P_{aO_2} bajos y P_{aCO_2} altos y fatiga muscular respiratoria).

Controlar el patrón respiratorio.

Controlar los factores determinantes de aporte de oxígeno tisular (niveles de P_{aO_2} , S_{aO_2} y hemoglobina y gasto cardíaco), según disponibilidad.

Suministrar oxigenoterapia, si fuera necesario.

Proporcionar apoyo con ventilación mecánica, si fuera necesario.

Determinar el consumo de oxígeno (niveles de SvO_2 y $avDO_2$) según disponibilidad.

Obtener muestras según orden médica para el análisis en el laboratorio del equilibrio ácido-base (niveles de ABG, orina y suero), según corresponda.

Observar si empeora el desequilibrio electrolítico con la corrección del desequilibrio ácido-base.

Disminuir el consumo de oxígeno (promover la comodidad, controlar la fiebre y reducir la ansiedad), según corresponda.

Controlar el estado neurológico (niveles de conciencia y confusión).

Administrar medicinas alcalinas prescritas (bicarbonato sódico), según corresponda, en función de los resultados de ABG.

Proporcionar una higiene bucal frecuente.

Instruir al paciente y/o a la familia sobre las acciones puestas en práctica para tratar el desequilibrio ácido-base.

Facilitar la orientación.

Manejo ácido-base: acidosis respiratoria

1913

Definición: Promover el equilibrio ácido-base y prevenir las complicaciones derivadas de niveles de pCO_2 en suero superiores a los deseados.

Actividades:

Obtener muestras para el análisis de laboratorio del equilibrio ácido-base (niveles de ABG, orina, suero), si procede.

Controlar los niveles de ABG por si hay disminución del pH, si procede.

Observar si hay indicaciones de acidosis respiratoria crónica (tórax en forma de tonel, problemas de uñas, respiración con los labios fruncidos y utilización de músculos accesorios), si procede.

Controlar los factores determinantes del aporte de oxígeno tisular (niveles de PaO_2 , SpO_2 y hemoglobina, y gasto cardíaco), según disponibilidad.

Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria (niveles de PaO_2 bajos y de $PaCO_2$ elevados y fatiga muscular respiratoria).

Colocar al paciente en una posición tal que promueva un óptimo equilibrio ventilación-perfusión (pulmones hacia abajo, prono, semi-Fowler), si procede.

Mantener despejadas las vías aéreas (succión, insertar o mantener vías aéreas artificiales, fisioterapia torácica y respiración de tos profunda), si procede.

Controlar el patrón respiratorio.

Controlar el trabajo de respiración (ritmo respiratorio, ritmo cardíaco, uso de músculos accesorios y diaforesis).

Proporcionar apoyo de ventilación mecánica, si fuera necesario.

Suministrar una dieta baja en hidratos de carbono y alta en grasas (alimentación de cuidados pulmonares) para reducir la producción de CO_2 , si está indicado.

Facilitar una higiene bucal frecuente.

Observar el funcionamiento y distensión gastrointestinal para evitar la disminución de los movimientos diafragmáticos, si procede.

Promover adecuados períodos de reposo (90 minutos de sueño sin molestias, organizar los cuidados de enfermería, limitar las visitas y coordinar las consultas), si procede.

Observar el estado neurológico (nivel de conciencia y confusión).

Instruir al paciente y/o a la familia sobre las acciones llevadas a cabo para tratar la acidosis respiratoria.

Acordar con las visitas del paciente un programa de visitas limitadas que permita períodos de descanso apropiados para disminuir el compromiso respiratorio, si está indicado.

Manejo ácido-base: alcalosis metabólica

1912

Definición: Promover el equilibrio ácido-base y prevenir las complicaciones resultantes de niveles de HCO_3^- en suero superiores a los deseados.

Actividades:

Obtener las muestras para el análisis de laboratorio del equilibrio ácido-base (niveles de ABG, orina y suero), según corresponda.

Observar los niveles de ABG por si aumenta el nivel de pH.

Mantener vía i.v. permeable, según proceda.

Controlar las ingestas o eliminaciones.

Controlar los factores condicionantes del aporte de oxígeno tisular (niveles de PaO_2 , SaO_2 y hemoglobina, y gasto cardíaco), según disponibilidad.

Evitar la administración de sustancias alcalinas (bicarbonato de sodio i.v. y antiácidos por vía oral o nasogástrica), si procede.

Observar si hay desequilibrios de electrolitos asociados a la alcalosis metabólica (hipocaliemia, hipercalcemia e hipocloremia), si procede.

Observar si hay exceso de bicarbonato asociado (hiperaldosteronismo, exceso de glucocorticoides y abuso de regaliz), si procede.

Observar si hay pérdida renal de ácido (terapia diurética), si está indicado.

Observar si hay pérdida gastrointestinal de ácido (vómitos, aspiración nasogástrica y diarrea con alto contenido de cloruro), según el caso.

Administrar ácido diluido (hidrocloruro isotónico) o monohidrocloruro de arginina, si procede.

Administrar antagonistas de receptor H_2 (ranitidina y cimetidina) para bloquear la secreción hipoclorhídrica del estómago, si procede.

Administrar anhidrasa carbónica-diuréticos inhibidores (acetazolamida y metazolamida) para aumentar la eliminación de bicarbonato, si procede.

Administrar cloruro para reemplazar la deficiencia de aniones (cloruro amónico o hidrocloruro de arginina, solución salina normal), si procede.

Administrar cloruro potásico i.v. prescrito hasta que la hipocaliemia subyacente sea corregida.

Administrar diuréticos con potasio (espironolactona y triamtireno), si es el caso.

Administrar antieméticos para reducir la pérdida de HCl en la emesis, si procede.

Reemplazar el déficit de líquido extracelular con solución salina i.v., si procede.

Irrigación nasogástrica con solución salina isotónica para evitar la pérdida de electrolitos por la irrigación, si procede.

Observar al paciente en tratamiento con digitalina por si hay toxicidad derivada de la hipocaliemia asociada a la alcalosis metabólica, si procede.

Observar si hay manifestaciones neurológicas y/o neuromusculares de alcalosis metabólica (ataques, confusión, estupor, coma, tetarúa y reflejos hiperactivos).

Ayudar en las actividades de la vida diaria, si procede.

Observar si hay manifestaciones pulmonares de alcalosis metabólica (broncospasmo e hipoventilación).

Observar si hay manifestaciones cardíacas de alcalosis metabólica (arritmias, disminución de la contractilidad y disminución del gasto cardíaco).

Observar si hay manifestaciones gastrointestinales de alcalosis metabólica (náuseas, vómitos y diarrea).

Instruir al paciente y/o a la familia sobre las acciones puestas en práctica para tratar la alcalosis metabólica.

Manejo ácido-base: alcalosis respiratoria

1914

Definición: Promoción del equilibrio ácido-base y prevención de complicaciones derivadas de niveles de pCO_2 en suero inferiores a los deseados.

Actividades:

Obtener las muestras solicitadas para el análisis de laboratorio del equilibrio ácido-base (niveles de ABG, orina y suero), si procede.

Vigilar los niveles ABG para determinar si hay aumento del pH.

Mantener la vía i.v. permeable.

Controlar ingresos y egresos.

Mantener las vías aéreas permeables.

Observar si hay hiperventilación que ocasione alcalosis respiratoria (hipoxemia, lesión del SNC, estados hipermetabólicos, distensión gastrointestinal, dolor y estrés).

Controlar el patrón respiratorio.

Vigilar por si hubiera indicios de insuficiencia respiratoria inminente (bajo nivel de PaO_2 , fatiga muscular respiratoria, bajo nivel de SaO_2/SvO_2).

Vigilar por si hubiera hipofosfatemia asociada con alcalosis respiratoria, si procede.

Estar alerta por si hubiera manifestaciones neurológicas y/o neuromusculares de alcalosis respiratoria (parestesia, tetania y ataques), si fuera preciso.

Vigilar por si hubiera manifestaciones cardiopulmonares de alcalosis respiratoria (arritmias, disminución del gasto cardíaco e hiperventilación).

Suministrar oxigenoterapia, si fuera necesario.

Proporcionar ventilación mecánica de apoyo, si fuera necesario.

Reducir el consumo de oxígeno para minimizar la hiperventilación (proporcionar comodidad, controlar la fiebre y reducir la ansiedad), si procede.

Facilitar períodos de descanso adecuados (90 minutos de sueño sin molestias, organizar los cuidados, limitar las visitas y coordinar las consultas), si procede.

Administrar sedantes, calmantes, bloqueantes neuromusculares (sólo al paciente con ventilación mecánica), si procede.

Facilitar la disminución del estrés.

Vigilar los ajustes del dispositivo de ventilación mecánica por si se produjera una ventilación muy pequeña (frecuencia, modo y volumen corriente), si procede.

Proporcionar higiene bucal frecuente.

Facilitar la orientación.

Instruir al paciente y/o a la familia sobre las acciones tomadas para tratar la alcalosis respiratoria.

Establecer con los visitantes un régimen de visitas limitado para permitir períodos de descanso adecuados y así reducir el compromiso respiratorio, si está indicado.

Manejo ambiental **6480**

***Definición:* Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.**

Actividades:

- Crear un ambiente seguro para el paciente.
- Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas flojas y muebles pequeños, móviles).
- Retirar del ambiente los objetos que sean peligrosos.
- Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas, si procede.
- Acompañar al paciente en las actividades realizadas fuera de la sala, si procede.
- Disponer de camas de baja altura, para cuando se precise.
- Disponer dispositivos de adaptación (banco de escalera o barandillas), si procede.
- Colocar los muebles en la habitación de una manera que se acomode mejor a las discapacidades del paciente o de la familia.
- Facilitar una sonda suficientemente larga que permita libertad de movimientos, si procede.
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente.
- Proporcionar una habitación individual, si está indicado.
- Al escoger el mobiliario tener en cuenta la estética del entorno.
- Proporcionar una cama y un entorno limpios y cómodos.
- Proporcionar un colchón firme.
- Proporcionar ropa de cama y vestidos en buen estado, libres de tintes residuales.
- Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance del paciente.
- Arreglar con esmero la ropa de cama y todo el material que esté a la vista del paciente.
- Obstaculizar la visión del paciente del aseo y de cualquier equipo utilizado para la eliminación.
- Eliminar los materiales utilizados durante el cambio de apósitos y la eliminación, así como cualquier olor residual antes de las visitas y de las comidas.
- Disminuir los estímulos ambientales, si procede.
- Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades del paciente, en caso de que se altere la temperatura corporal.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.
- Proporcionar música.
- Proporcionar auriculares para escuchar música en privado cuando ésta pueda molestar a otras personas.
- Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.
- Proporcionar comidas y tentempiés atractivos.
- Limpiar las zonas utilizadas para colocar utensilios para comer y beber antes de que el paciente los use.
- Limitar las visitas.
- Individualizar las restricciones de visitas para que se adapten a las necesidades del paciente o de la familia/ser querido.

Continúa

Actividades **(Cont.):**

Individualizar la rutina diaria de forma que se adapte a las necesidades del paciente.

Traer objetos familiares del hogar.

Facilitar el uso de efectos personales como pijamas, albornoces y productos de aseo.

Mantener una coherencia en cuanto a la asignación de personal en el tiempo.

Establecer medios inmediatos y continuos de llamada a los cuidadores y permitir que el paciente y la familia sepan que se les responderá inmediatamente.

Permitir que la familia/ser querido se queden con el paciente.

Educar al paciente y a las visitas acerca de los cambios y precauciones, de forma que no interrumpen inadvertidamente el ambiente planificado.

Proporcionar a la familia/ser querido información sobre la composición de un ambiente hogareño seguro para el paciente.

Favorecer la seguridad contra incendios, si procede.

Controlar plagas ambientales, si es el caso.

Proporcionar ambientadores, si es necesario.

Proporcionar cuidados a las flores/plantas.

Ayudar al paciente o a su familia a disponer postales, flores y regalos para facilitar que el paciente los vea.

Manejo ambiental: comunidad 6484

Definición: Vigilar e influir en las condiciones físicas, sociales, culturales, económicas y políticas que afecten a la salud de grupos y comunidades.

Actividades:

Iniciar la eliminación de factores de riesgo para la salud provenientes del ambiente.

Participar en equipos multidisciplinarios para identificar las amenazas a la seguridad de la comunidad.

Vigilar el estado de los riesgos para la salud conocidos.

Participar en programas comunitarios para enfrentarse a los riesgos conocidos.

Colaborar en el desarrollo de programas de acción comunitarios.

Fomentar la política gubernamental para reducir los riesgos especificados.

Animar a los vecinos a que se conviertan en participantes activos en la seguridad comunitaria.

Coordinar servicios para los grupos y comunidades de riesgo.

Realizar programas educativos dirigidos a los grupos de riesgo.

Trabajar con grupos medioambientales para asegurar las normas gubernamentales adecuadas.

Manejo ambiental: confort

6482

Definición: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.

Actividades:

Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.

Preparar la transición del paciente y de la familia dándoles una cálida bienvenida al nuevo ambiente.

Tener en cuenta la ubicación de los pacientes en habitaciones de múltiples camas (compañeros de habitación con preocupaciones ambientales similares cuando sea posible).

Proporcionar una habitación individual si la preferencia y necesidad del paciente (y de la familia) son el silencio y el descanso, si es posible.

Atender inmediatamente las llamadas del timbre, que siempre debe estar al alcance del paciente.

Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo.

Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.

Proporcionar un ambiente limpio y seguro.

Ofrecer la elección, siempre que sea posible, de actividades sociales y visitas.

Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.

Ajusar la temperatura ambiental que sea más cómoda para la persona, si fuera posible.

Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso.

Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.

Ajusar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.

Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona (secar las cejas; aplicar cremas dérmicas, o limpieza corporal, del pelo y la cavidad bucal).

Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, tablillas inmovilizadoras para la parte dolorosa del cuerpo).

Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación.

Evitar exponer la piel o las membranas mucosas a factores irritantes (cuña o drenaje de heridas).

Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y lesiones a los pacientes y sus familias, si procede.

Manejo ambiental: preparación del hogar

6485

Definición:* Preparación del hogar para proporcionar cuidados de manera segura y eficaz.**Actividades:***

Consultar con el paciente y la familia sobre la preparación para proporcionar los cuidados en casa.

Observar el ambiente del hogar para recibir al paciente.

Encargar y validar la operación de cualquier equipo necesario.

Encargar y confirmar la entrega de cualquier medicación y suministros necesarios.

Preparar programas de enseñanza para utilizar en casa que estén de acuerdo con cualquier enseñanza anterior ya concluida.

Organizar el programa del personal de apoyo.

Confirmar que los programas de urgencias están en su sitio.

Confirmar la fecha y la hora del traslado a casa.

Confirmar los preparativos para el transporte hacia casa con acompañantes, según sea necesario.

Realizar un seguimiento para asegurarse de que los programas son factibles y se llevaron a cabo.

Proporcionar información escrita respecto a la medicación, los suministros y los dispositivos de ayuda como guía para la familia, según sea necesaria.

Proporcionar documentación de acuerdo con las normas de la institución.

Manejo ambiental: prevención de la violencia

6487

Definición: Control y manipulación del ambiente físico para disminuir potenciales conductas violentas dirigidas hacia uno mismo, los demás o el ambiente.

Actividades:

Eliminar las armas potenciales del ambiente (objetos afilados, cuerdas).

Controlar de forma sistemática el ambiente para mantenerlo libre de peligros.

Registrar al paciente durante el procedimiento de ingreso y sus pertenencias por si tuviera armas o armas potenciales, si procede.

Controlar la seguridad de los artículos que traen las visitas.

Instruir a las visitas y demás cuidadores acerca de las cuestiones relevantes sobre la seguridad para el paciente.

Limitar al paciente el uso de armas potenciales (objetos afilados y cuerdas).

Vigilar al paciente durante la utilización de armas potenciales (cuchillas de afeitar).

Colocar al paciente con riesgo de autolesión con un compañero para disminuir el aislamiento y la oportunidad de abandonarse a pensamientos de autolesión, si resulta oportuno.

Asignar habitaciones individuales a los pacientes que puedan ser potencialmente violentos para los demás.

Colocar al paciente en una habitación situada cerca del control de enfermería.

Limitar el acceso a ventanas, a menos que estén cerradas y a prueba de golpes, si procede.

Cerrar las habitaciones de útiles y el almacén.

Utilizar platos de papel y utensilios de plástico durante las comidas.

Colocar al paciente en un ambiente menos restrictivo que permita el necesario nivel de observación.

Instalar vigilancia continuada de todas las zonas de acceso del paciente para mantener la seguridad del mismo e intervenir terapéuticamente, si es necesario.

Retirar a las demás personas próximas al paciente violento o potencialmente violento.

Reservar una zona de seguridad establecida (habitación de aislamiento) en la cual colocar al paciente cuando se ponga violento.

Utilizar manoplas, entablillados, cascos o sujeción para limitar la movilidad y la capacidad de autolesionarse, cuando corresponda.

Proporcionar perchas de plástico, en lugar de metálicas, si procede.

Manejo ambiental: proceso de acercamiento 6481

Definición: Manipulación del entorno del paciente para facilitar el desarrollo de la relación padre-hijo.

Actividades:

Crear un ambiente hogareño.

Proporcionar una cama limpia, cómoda.

Crear un ambiente que ofrezca intimidad.

Colocar en una habitación privada, si fuera posible.

Proporcionar cuidados primarios.

Limitar el número de personas en la sala de partos.

Mantener una coherencia en cuanto a asignación de personal en el tiempo.

Individualizar la rutina diaria de forma que se adapte a las necesidades del paciente.

Disponer de un centro de alimentación o cafetería accesible.

Colocar la cuna del bebé cerca de la cabecera de la cama de la madre.

Mantener la temperatura corporal del recién nacido cálida.

Colocar una sonda suficientemente larga que permita libertad de movimientos, si procede.

Facilitar una mecedora.

Facilitar una silla cómoda para el padre/ser querido.

Mantener un bajo nivel de estímulos en el ambiente del paciente y de la familia.

Disminuir el número de personas en el ambiente.

Proteger a la familia de las interrupciones por parte de las visitas.

Explicar las opciones y luego dejar que la familia elija el ambiente hospitalario y el plan de visitas que mejor se adecuó a sus necesidades.

Permitir las visitas familiares, según se desee.

Permitir que el padre/ser querido duerma en la habitación con la madre.

Limitar las horas de visita para fomentar el descanso de la madre.

Reducir las interrupciones por llamadas telefónicas.

Reducir las interrupciones por parte del personal hospitalario.

Desarrollar estrategias que permitan la presencia de los seres queridos todo lo que se desee.

Manejo ambiental: seguridad

6486

Definición: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.

Actividades:

Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognoscitiva y el historial de conducta del paciente.

Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos).

Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.

Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.

Disponer dispositivos de adaptación (banqueta de escalera o barandillas) para aumentar la seguridad del ambiente.

Utilizar dispositivos de protección (restricción física, puertas cerradas, vallas y portones) para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas.

Notificar a las instituciones autorizadas para proteger el ambiente (Ministerio de Sanidad, servicios medioambientales, Agencia de Protección del Medio Ambiente y policía).

Proporcionar al paciente números telefónicos de urgencias (policía, departamento de salud local, centro nacional de toxicología).

Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente.

Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro (remitirse a asistencia para el hogar),

iniciar y/o realizar programas de eliminación de peligros ambientales (plomo, radón).

Educar a las personas o grupos de alto riesgo sobre los peligros ambientales.

Colaborar con otras agencias (departamento de salud, policía y Agencia de Protección del Medio Ambiente) para mejorar la seguridad ambiental.

Manejo ambiental: seguridad del trabajador

6489

Definición: Control y manipulación del ambiente de trabajo para fomentar la seguridad y la salud de los trabajadores.

Actividades:

Mantener registros confidenciales de la salud de los empleados.

Determinar el estado físico del empleado para trabajar.

Identificar los peligros y factores de estrés existentes en el ambiente de trabajo (físicos, biológicos, químicos y ergonómicos).

Determinar las normas de salud y seguridad en el trabajo aplicables, así como su cumplimiento en el puesto de trabajo.

Informar a los trabajadores sobre sus derechos y obligaciones según el departamento de seguridad y salud en el trabajo (póster del departamento de seguridad y salud en el trabajo, copias de leyes y copias de las normas).

Informar a los trabajadores sobre las sustancias a las que pueden estar expuestos.

Utilizar etiquetas o carteles para advertir a los trabajadores sobre potenciales peligros del sitio de trabajo.

Mantener registros de lesiones y enfermedades en el trabajo en formularios aceptables para el departamento de seguridad y salud en el trabajo, y participar en las inspecciones de dicho departamento.

Llevar el registro de lesiones y enfermedades de los trabajadores.

Identificar los factores de riesgos de lesiones y enfermedades del trabajo mediante la revisión de los patrones de lesiones y enfermedades de los registros.

Iniciar la modificación ambiental para eliminar o minimizar riesgos (programas de educación para evitar lesiones de espalda).

Poner en marcha programas de investigación en los sitios de trabajo para la detección precoz de lesiones y enfermedades no profesionales pero relacionadas con el trabajo (pruebas de presión sanguínea, de audición y visión y de la función pulmonar).

Poner en marcha programas de fomento de la salud en los sitios de trabajo en función de las valoraciones de los riesgos sanitarios (dejar de fumar, control del estrés e inmunizaciones).

Identificar y tratar las situaciones graves en el sitio de trabajo.

Desarrollar protocolos de emergencia y preparar a empleados seleccionados en los cuidados de urgencia.

Coordinar el seguimiento de los cuidados de las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo.

Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo

2760

Definición: Protección y recuperación segura de la parte corporal afectada de un paciente, a la vez que se le ayuda a adaptarse a capacidades perceptivas perturbadas.

Actividades:

- Observar si hay respuestas anormales a los tres tipos principales de estímulos: sensoriales, visuales y auditivos.
- Evaluar el estado mental guía, la comprensión, la función motora, la función sensorial, el grado de atención y las respuestas afectivas.
- Proporcionar afirmaciones realistas acerca del déficit perceptivo del paciente.
- Realizar el cuidado personal de una forma consistente con una completa explicación.
- Asegurar que las extremidades afectadas estén en una posición correcta.
- Adaptar el ambiente al déficit centrándose en el costado no afectado durante el período agudo.
- Supervisar y/o ayudar en la transferencia y la deambulación.
- Tocar el hombro no afectado al iniciar una conversación.
- Colocar la comida y bebidas dentro del campo visual y girar el plato, si es necesario.
- Reordenar el ambiente para la utilización del campo visual derecho o izquierdo, como por ejemplo la colocación de objetos personales, la televisión o los materiales de lectura dentro del campo visual del lado no afectado.
- Proporcionar recordatorios frecuentes para reconducir la atención del paciente, orientando al paciente en el ambiente.
- Evitar movimientos rápidos en la habitación.
- Evitar mover objetos en el ambiente.
- Colocar la cama en la habitación para que las personas se aproximen y cuiden al paciente por el lado no afectado.
- Mantener las barandillas levantadas por el lado afectado, si procede.
- Enseñar al paciente a explorar con la vista de izquierda a derecha.
- Realizar movimientos de amplitud y masajes del lado afectado.
- Animar al paciente a que toque y utilice la parte corporal afectada.
- Consultar con el terapeuta ocupacional y el fisioterapeuta el tiempo y estrategias para facilitar la recuperación de las partes corporales anuladas y su función.
- Centrar gradualmente la atención del paciente en el lado afectado a medida que el paciente muestre capacidad de compensar la anulación.
- Mover gradualmente los objetos personales y la actividad al lado afectado a medida que el paciente muestre capacidad de compensar la anulación.
- Situarse en el lado afectado al deambular con el paciente a medida que éste muestre capacidad de compensar la anulación.
- Ayudar al paciente a asearse primero el lado afectado a medida que muestre capacidad para compensar la anulación.
- Ayudar al paciente a bañarse y arreglarse el lado afectado primero a medida que muestre capacidad de compensar la anulación.
- Centrar los estímulos táctiles y verbales en el lado afectado a medida que el paciente muestre capacidad de compensar la anulación.
- Instruir a los cuidadores acerca de la causa, los mecanismos y el tratamiento de la anulación unilateral.
- Incluir a la familia en el proceso de rehabilitación para apoyar los esfuerzos del paciente y ayudar con los cuidados, si procede.

Manejo de electrolitos

2000

Definición'. Fomento del equilibrio de electrolitos y prevención de complicaciones derivadas de niveles de electrolitos en suero anormales o indeseados.

Actividades:

Observar si los electrolitos en suero son anormales, según disponibilidad.

Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos.

Mantener acceso i.v. permeable.

Suministrar líquidos según prescripción, si procede.

Mantener un registro adecuado de ingesta y eliminación.

Mantener solución intravenosa que contenga electrolito(s) a un flujo constante, si procede.

Administrar electrolitos suplementarios (oral, nasogástrico e i.v.) según prescripción, si correspondiera.

Realizar consulta con el médico sobre la administración de medicamentos productores de electrolitos (espironolactona), si procede.

Administrar resinas que fusionan o eliminan los electrolitos (sulfonato sódico de poliestireno Kayexalato), según prescripción, si correspondiera.

Obtener muestras de especímenes para análisis de laboratorio de los niveles de electrolitos (gases en sangre arterial, orina y suero), si procede.

Observar si se producen pérdidas de líquidos ricos en electrolitos (succión nasogástrica, drenaje de ileostomía, diarrea, drenaje de heridas y diaforesis).

Instituir medidas para controlar la pérdida excesiva de electrolitos (descanso intestinal, cambio del tipo de diurético o administración de antipiréticos), si procede.

Irrigar tubos nasogástricos con solución salina normal.

Minimizar la cantidad de trochos de hielo o de ingesta oral consumida por paciente con tubos gástricos conectados para succionar.

Disponer una dieta adecuada para el desequilibrio de electrolitos del paciente (alimentos ricos en potasio, pobres en sodio y bajos en hidratos de carbono).

Instruir al paciente y a la familia sobre modificaciones dietéticas específicas, si procede.

Disponer un ambiente seguro para el paciente con manifestaciones neurológicas o neuromusculares de desequilibrio de electrolitos.

Fomentar la orientación.

Enseñar al paciente y a la familia el tipo, causa y tratamiento del desequilibrio de electrolitos, si procede.

Realizar consulta con el médico si persistieran o empeoraran los signos y síntomas del desequilibrio de electrolitos.

Monitorizar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.

Observar si aparecen efectos secundarios por el suplemento de electrolitos prescrito (irrigación gastrointestinal).

Monitorizar de cerca los niveles de potasio en suero en pacientes que estén tomando digital o diuréticos.

Colocar monitor cardíaco, si procede.

Tratar las arritmias cardíacas, según política del centro.

Preparar al paciente para la diálisis (ayuda en la colocación de catéter para la diálisis), si procede.

I.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Continúa

Manejo de electrolitos: hipercalcemia

2001

Definición: Favorecer el equilibrio del calcio y prevención de las complicaciones derivadas de niveles de calcio en suero superiores a los deseados.

Actividades:

Vigilar la evolución de los niveles de calcio en suero (calcio iónico) en poblaciones de riesgo (p. ej., pacientes con neoplasias malignas, hiperparatiroidismo, inmovilización prolongada por fracturas graves o múltiples o lesiones de médula espinal).

Calcular la concentración de la fracción iónica de calcio cuando sólo se conocen las concentraciones de calcio total (p. ej., utilizar la albúmina sérica y fórmulas adecuadas).

Controlar a los pacientes que toman medicamentos que contribuyen a la elevación continuada del calcio (p. ej., diuréticos tiazídicos, síndrome de leche y alcalinos en pacientes con úlcera péptica, intoxicación por vitamina A y D, litio).

Controlar los ingresos y egresos.

Vigilar la función renal (niveles de nitrógeno de urea en sangre y creatina).

Observar si existen síntomas de toxicidad digitálica (informe de niveles en suero por encima del margen terapéutico, monitorizar frecuencia y ritmos cardíacos antes de la administración de la dosis, y observar si hay efectos secundarios).

Observar si hay manifestaciones clínicas de hipercalcemia (p. ej., orina excesiva, sed excesiva, debilidad muscular, mala coordinación, anorexia, náuseas intratables [signo tardío], calambres abdominales, estreñimiento [signo tardío], confusión).

Controlar si hay manifestaciones psicosociales de hipercalcemia (p. ej., confusión, alteración de la memoria, habla titubeante, letargia, conducta psicótica aguda, coma, depresión y cambios de personalidad).

Observar si hay manifestaciones cardiovasculares de hipercalcemia (p. ej., disritmias, intervalo PR prolongado, acortamiento del intervalo QT y segmentos ST, onda T en forma de cono, bradicardia sinusal, bloqueos cardíacos, hipertensión y paro cardíaco).

Observar si hay manifestaciones gastrointestinales de hipercalcemia (anorexia, náuseas, vómitos, síntomas de úlcera péptica, dolor abdominal, estreñimiento, distensión abdominal e íleo paralítico).

Observar si hay manifestaciones neuromusculares de hipercalcemia (debilidad, indisposición, parestesias, mialgia, cefalea, hipotonía, disminución de los reflejos tendinosos y mala coordinación).

Controlar el dolor óseo.

Observar si hay desequilibrios de los electrolitos asociados a la hipercalcemia (hipo o hiperfosfatemia, acidosis hiperclorémica e hipocaliemia por diuresis), si es el caso.

Proporcionar terapias para promover la excreción renal de calcio y limitar la acumulación de calcio excesivo (p. ej., hidratación i.v. de líquidos con suero salino normal o suero salino seminormal y diuréticos, movilizar al paciente, limitar la ingesta dietética de calcio), si procede.

Administrar los medicamentos prescritos para reducir las concentraciones séricas de calcio iónico (p. ej., calcitonina, indometacina, pílcamicina, fosfato, bicarbonato de sodio y glucocorticoides), si procede.

Vigilar si hay reacciones alérgicas sistémicas a la calcitonina.

Observar si hay sobrecarga de líquidos derivada de la terapia de hidratación (peso diario, eliminación de orina, distensión de la vena yugular, sonidos pulmonares y presión auricular derecha), si procede.

Evitar la administración de vitamina D (calciferol o ergocalciferol), que facilita la absorción gastrointestinal del calcio, por prescripción médica.

Aconsejar evitar la ingesta de calcio (productos lácteos, alimentos marinos, nueces, brécol, espinacas y suplementos), si procede.

Evitar medicamentos que impidan la eliminación renal de calcio (carbonato de litio y diuréticos de fiazida), si procede.

Continúa

478 Manejo de electrolitos: hipercalcemia (2001)

Actividades *(Cont.):*

Observar si hay indicios de formación de cálculos renales (dolor intermitente, náuseas, vómitos y hematuria) derivados de la acumulación de calcio, si procede.

Fomentar una dieta rica en frutas (arándanos, ciruelas y pasas de ciruelas) para aumentar la acidez de la orina y reducir el riesgo de formación de cálculos de calcio, si está indicado.

Buscar causas del aumento de los niveles de calcio (indicios de deshidratación grave e insuficiencia renal), si es el caso.

Fomentar la movilidad para evitar la resorción ósea.

Instruir al paciente y/o a la familia en medicamentos que han de evitarse en la hipercalcemia (ciertos antiácidos).

Instruir al paciente y/o a la familia sobre las medidas puestas en práctica para tratar la hipercalcemia.

Observar si se produce hipocalcemia derivada de un tratamiento agresivo de la hipercalcemia.

Observar si se produce hipercalcemia recurrente de 1 a 3 días posteriores al cese de las medidas terapéuticas.

Manejo de electrolitos: hipercaliemia

2002

Definición: Fomentar el equilibrio de potasio y prevención de complicaciones derivadas de niveles de potasio en suero superiores a los deseados.

Actividades:

Obtener muestras para el análisis en laboratorio de los niveles de potasio y de desequilibrios de electrolitos relacionados (p. ej., gases en sangre arterial, niveles en orina y suero).

Evitar falsos resultados de hipercaliemia por métodos de recogida inadecuados (p. ej., uso prolongado de torniquetes durante el acceso venoso, ejercicio inhabitual de la extremidad antes del acceso venoso, retraso en la entrega de la muestra al laboratorio).

Comprobar todas las elevaciones extremadamente altas de potasio.

Vigilar las causas de aumento de niveles de potasio en suero (p. ej., insuficiencia renal, ingesta excesiva y acidosis), si procede.

Vigilar manifestaciones neurológicas de hipercaliemia (debilidad muscular, disminución de sensibilidad, hiporreflexia y parestesias).

Observar si hay manifestaciones cardíacas de hipercaliemia (disminución del gasto cardíaco, bloqueos cardíacos, ondas T en pico, fibrilación y asístole).

Controlar las manifestaciones gastrointestinales de hipercaliemia (p. ej., náuseas, cólico intestinal).

Observar si se produce hipercaliemia asociada a una reacción sanguínea, si correspondiera.

Comprobar los valores de laboratorio por ver cambios de oxigenación o equilibrio ácido-base, si procede.

Observar si hay síntomas de oxigenación tisular inadecuada (p. ej., palidez, cianosis y llenado capilar lento).

Administrar resinas que fusionan o eliminan los electrolitos (p. ej., sulfonato sódico de poliestireno, Kayexalato), según prescripción, si correspondiera.

Administrar medicamentos prescritos para cambiar el potasio en la célula (p. ej., 50% de dextrosa e insulina, bicarbonato sódico, clomro calcico y gluconato calcico), si procede.

Insertar catéter rectal para la administración de resinas de intercambio o fusión de cationes (p. ej., sulfonato sódico de poliestireno, Kayexalato por recto), si procede.

Mantener restricciones de potasio.

Mantener vía i.v.

Administrar diuréticos prescritos, si procede.

Evitar medicamentos con potasio (p. ej., espironolactona y triamtereno), si procede.

Observar si se produce el efecto terapéutico del diurético (p. ej., aumento de la producción de orina, disminución de PVC/PCWP y disminucim de sonidos respiratorios adventicios).

Controlar la función renal (p. ej., niveles de nitrógeno de urea en sangre y creatinina), si procede.

Vigilar el estado de líquidos (p. ej., ingesta y eliminación, peso, ruidos respiratorios accesorios, falta de aliento), si es preciso.

Realizar sondaje vesical, si procede.

Preparar al paciente para la diálisis (ayuda en la colocación de catéter para la diálisis), si procede.

Controlar la respuesta hemodinámica del paciente a la diálisis, según paciente.

Controlar el volumen recibido y devuelto de dializado peritoneal, si procede.

Animar a seguir regímenes dietéticos (p. ej., evitar alimentos ricos en potasio, satisfacer las necesidades dietéticas con sustitutos de la sal y alimentos pobres en potasio), si procede.

Continúa

480 Manejo de electrolitos: hipercaliemia (2002)

Actividades **(Cont.):**

Observar si hay intoxicación digitálica (p.ej. informe de niveles en suero por encima del margen terapéutico, monitorizar frecuencia y ritmo cardíacos antes de la administración de la dosis, y observar si hay efectos secundarios), si procede.

Observar si se ha producido una ingesta de potasio accidental (p. ej., potasio de penicilina G o dietético), si procede.

Monitorizar los niveles de potasio después de intervenciones terapéuticas (p. ej., diuresis, diálisis, resinas fijadoras de electrolitos y excretoras de electrolitos).

Observar si se produce hipocaliemia por rebote (diuresis excesiva, excesivo uso de resinas de intercambio de cationes y con posterioridad a la diálisis).

Controlar si hay inestabilidad cardíaca y/o paro cardíaco y estar preparado para instaurar SVCA, si procede.

Explicar al paciente la justificación del empleo de diuréticos.

Instruir al paciente y a la familiar sobre las medidas instituidas para tratar la hipercaliemia.

Manejo de electrolitos: hiperfosfatemia

2005

***Definición:* Favorecer el equilibrio de fosfato sérico y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de aquél superiores a los deseados.**

Actividades:

Controlar las tendencias de los niveles séricos de fósforo (p. ej., fósforo inorgánico) en poblaciones de riesgo (p. ej., pacientes que reciben quimioterapia, pacientes con ingesta alta de fosfatos, pacientes con ingesta alta de vitamina D).

Controlar cuidadosamente los niveles de fosfato en el paciente que presenta trastornos con efectos en aumento de los niveles de fósforo (p. ej., insuficiencia renal aguda y crónica, hipoparatiroidismo, cetoacidosis diabética, acidosis respiratoria, necrosis muscular profunda, rabdomiólisis).

Obtener muestras para el análisis en el laboratorio de los niveles de fosfato y de electrolitos asociados (niveles de gases en sangre arterial [ABG] y niveles en suero y orina), si procede.

Observar si hay desequilibrios de electrolitos asociados a la hiperfosfatemia.

Vigilar si hay manifestaciones de hiperfosfatemia (p. ej., sensaciones de hormigueo en las puntas de los dedos y alrededor de la boca, anorexia, náuseas, vómitos, debilidad muscular, hiperreflexia, tetania, taquicardia).

Vigilar si hay síntomas de calcificaciones de tejidos blandos, articulaciones y arterias (p. ej., descenso del gasto urinario, alteración de la visión, palpitaciones).

Administrar medicamentos quelantes del fosfato y diuréticos por prescripción con las comidas para disminuir la absorción del fosfato de la dieta, si procede.

Aliviar los efectos gastrointestinales producidos por la hiperfosfatemia.

Evitar el estreñimiento derivado de los medicamentos quelantes del fosfato.

Evitar laxantes y enemas que contienen fosfato.

Administrar suplementos de calcio y vitamina D por prescripción para reducir los niveles de fosfato, si procede.

Evitar alimentos ricos en fosfato (productos lácteos, cereales integrales, nueces, frutas secas o verduras y vísceras), si procede.

Preparar al paciente para la diálisis (ayudar en la colocación del catéter para la diálisis), si procede.

Poner en práctica medidas para la prevención de ataques nerviosos.

Instruir al paciente y/o a la familia sobre las medidas realizadas para tratar la hiperfosfatemia.

Enseñar al paciente y/o a la familia los signos y síntomas de una hipocalcemia inminente (p. ej., cambios del gasto urinario).

Manejo de electrolitos: hipermagnesemia

2003

***Definición:* Mantener el equilibrio del magnesio sérico y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de aquél superiores a los deseados.**

Actividades:

Obtener muestras para el análisis en el laboratorio de los niveles de magnesio, si procede.

Controlar la evolución de los niveles de magnesio, si es posible.

Buscar la existencia de desequilibrios electrolíticos asociados con la hipermagnesemia (niveles elevados de BUN y de creatinina), si procede.

Determinar la ingesta dietética y farmacéutica de magnesio.

Determinar las causas del aumento de los niveles de magnesio (p. ej., infusiones de magnesio, nutrición parenteral, soluciones de diálisis ricas en magnesio, antiácidos, laxantes y frecuentes enemas de sulfato de magnesio, terapia con litio, insuficiencia o fallo renal).

Controlar las causas de excreción alterada de magnesio (p. ej., insuficiencia renal, edad avanzada).

Controlar el gasto urinario en pacientes en tratamiento con magnesio.

Observar si hay manifestaciones cardiovasculares de hipermagnesemia (hipotensión, sofocos, bradicardia, depresión respiratoria, apnea y anomalías cardiográficas, QRS ancho, QT prolongado y ondas T picudas).

Aumentar la ingesta de líquidos para promover la dilución de los niveles séricos de magnesio y el gasto urinario, si está indicado.

Observar si existen manifestaciones de hipermagnesemia en el SNC (somnolencia, letargía y coma).

Observar si existen manifestaciones neuromusculares de hipermagnesemia (debilidad de reflejos tendinosos, parálisis muscular y flacidez muscular).

Administrar cloruro calcico por prescripción (o gluconato calcico) i.v. como antagonista de los efectos neuromusculares producidos por la hipermagnesemia, si procede.

Mantener reposo en cama y limitar las actividades.

Colocar al paciente en aquella posición que favorezca la ventilación.

Preparar al paciente para la diálisis (ayudar en la colocación del catéter para la diálisis), si procede.

Instruir al paciente y/o a la familia sobre las medidas tomadas para tratar la hipermagnesemia.

Manejo de electrolitos: hipernatremia

2004

Definición: Favorecer el equilibrio del sodio sérico y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de aquél superiores a los deseados.

Actividades:

- Controlar las tendencias de los niveles séricos de sodio en poblaciones de riesgo (p. ej., pacientes inconscientes, pacientes muy viejos o muy jóvenes, pacientes con deterioro cognitivo, pacientes que reciben infusiones intravenosas hipertónicas).
- Controlar cuidadosamente los niveles de sodio en el paciente que presenta trastornos con efectos en aumento de los niveles de sodio (p. ej., diabetes insípida, deficiencia de ADH, golpe de calor, casi ahogamiento en el mar, diálisis).
- Vigilar si hay manifestaciones neurológicas o musculoesqueléticas de hiponatremia (p. ej., inquietud, irritabilidad, debilidad, desorientación, delirios, alucinaciones, aumento de tono o rigidez muscular, temblores e hiperreflexia, convulsiones, coma [signos tardíos]).
- Vigilar si hay manifestaciones cardiovasculares de hiponatremia (p. ej., hipotensión ortostática, piel enrojecida, edema periférico y pulmonar, elevación leve de la temperatura corporal, taquicardia, venas del cuello planas).
- Vigilar si hay manifestaciones gastrointestinales de hiponatremia (p. ej., lengua seca e hinchada y mucosas pegajosas).
- Obtener las muestras adecuadas para el análisis en el laboratorio de alteración de los niveles de sodio (sodio en suero y orina, cloruro en suero y orina, osmolalidad de la orina y gravedad específica).
- Controlar los desequilibrios electrolíticos asociados con la hipernatremia (p. ej., hipercloremia e hiperglucemia), si procede.
- Buscar indicios de deshidratación (disminución de sudor, disminución de la diuresis, disminución de la turgencia de la piel y sequedad de mucosas).
- Observar si se producen pérdidas insensibles de líquidos (diaforesis e infección respiratoria).
- Controlar ingresos y egresos.
- Pesar a diario y observar las tendencias.
- Mantener una vía i.v. permeable.
- Ofrecer líquidos a intervalos regulares a pacientes debilitados.
- Administrar una ingesta adecuada de agua a pacientes que reciben terapia de alimentación entera!
- Buscar vías alternativas de ingesta cuando la ingesta oral es inadecuada.
- Administrar solución salina isotónica (0,9%), solución salina hipotónica (0,45 o 0,3%), dextrosa hipotónica (5%) o diuréticos, en función del estado de los líquidos y la osmolalidad de la orina.
- Administrar antidiuréticos prescritos (desmopresina o vasopresina) en presencia de diabetes insípida.
- Evitar la administración/ingesta de fármacos con alto contenido de sodio (sulfonato sódico de poliestireno, Kayexalato, bicarbonato sódico y solución salina hipertónica).
- Mantener las restricciones de sodio, incluido el control de medicaciones con alto contenido de sodio.
- Administrar solución salina normal y expansores del plasma en presencia de hipernatremia asociada a hipovolemia.
- Observar la aparición de efectos secundarios derivados de hipernatremia (edema cerebral y ataques nerviosos).
- Vigilar la función renal (niveles de BUN y creatinina), si resulta oportuno.
- Vigilar el estado hemodinámico, incluyendo PVC, PAM, PAP y PCPE, según disponibilidad.
- Proporcionar una higiene bucal frecuente.
- Facilitar las medidas encaminadas a disminuir la sed.

Continúa

Actividades (Cont.):

Favorecer la integridad de la piel (vigilar las zonas de la piel con riesgo de roturas, realizar cambios de posición frecuentes, evitar úlceras por presión y proveer una nutrición adecuada), si procede.

Instruir al paciente sobre el uso de sustitutos de la sal, si procede.

Instruir al paciente/familia acerca de alimentos y medicamentos de venta libre con alto contenido de sodio (comidas enlatadas y determinados antiácidos).

Poner en práctica medidas para la prevención de ataques nerviosos, si está indicado en casos graves de hipernatremia.

Instruir al paciente y/o familia sobre las medidas llevadas a cabo para tratar la hipernatremia.

Instruir a la familia o al cuidados principal sobre los signos y síntomas de hipovolemia (si la hipernatremia está relacionada con ingesta o eliminación anormal de líquidos).

Manejo de electrolitos: hipocalcemia

2006

Definición: Favorecer el equilibrio del calcio sérico y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de aquél inferiores a los deseados.

Actividades:

- Controlar la evolución de los niveles de calcio en suero (calcio ionizado), en poblaciones de riesgo (p. ej., hipoparatiroidismo primario o inducido quirúrgicamente, disección radical del cuello [especialmente las primeras 24 a 48 horas después de la intervención] y cirugía tiroidea y paratiroidea, pacientes que reciben transfusiones masivas de sangre citrada, bypass cardiopulmonar).
- Vigilar cuidadosamente muy de cerca los niveles de calcio en el paciente que presenta trastornos con efectos reductores en los niveles de calcio (p. ej., osteoporosis, pancreatitis, insuficiencia renal, consumo inadecuado de vitamina D, hemodilución, diarrea crónica, enfermedad del intestino delgado, cáncer tiroideo medular, albúmina sérica baja, abuso de alcohol, disfunción tubular renal, quemaduras o infecciones graves, reposo en cama prolongado).
- Calcular la concentración de la fracción iónica del calcio cuando sólo se conocen los niveles de calcio total (p. ej., utilizar la albúmina sérica y fórmulas adecuadas).
- Vigilar si hay manifestaciones clínicas de hipocalcemia (p. ej., tetania [signo clásico], hormigueo en las puntas de los dedos, pies o boca, espasmos de los músculos de la cara o las extremidades, signo de Trousseau, signo de Chvostek, reflejos tendinosos profundos alterados, convulsiones [signo tardíotj).
- Vigilar si hay manifestaciones psicosociales de hipocalcemia (p. ej., cambios de personalidad, alteración de la memoria, confusión, ansiedad, irritabilidad, depresión, delirio, alucinaciones y psicosis).
- Observar si se producen manifestaciones cardiovasculares como resultado de la hipocalcemia (disminución de la contractilidad, disminución del gasto cardíaco, hipotensión, segmento ST alargado e intervalo QT prolongado).
- Observar si tienen lugar manifestaciones gastrointestinales derivadas de la hipocalcemia (náuseas, vómitos, estreñimiento y dolor abdominal de tipo cólico).
- Observar si se producen manifestaciones tegumentarias como consecuencia de la hipocalcemia (descamación, eccema, alopecia e hiperpigmentación).
- Observar si hay desequilibrios de los electrolitos asociados a la hipocalcemia (hiperfosfatemia, hipomagnesemia y alcalosis).
- Controlar a los pacientes que reciben medicamentos que contribuyen a una pérdida continua de sodio (p. ej., diuréticos de asas, antiácidos que contienen aluminio, aminoglucósidos, cafeína, cisplatino, corticosteroides, mitramicina, fosfatos, isoniácida).
- Controlar el estado hídrico, incluyendo la ingesta y eliminación.
- Vigilar función renal (niveles de BUN y creatinina).
- Mantener una vía i.v. permeable.
- Administrar sales de calcio adecuadas por prescripción (carbonato calcico, cloruro calcico y gluconato calcico), que utilizan sólo calcio diluido en dextrosa al 5% en agua (D5W), administrado lentamente con una bomba de infusión volumétrica, si está indicado.
- Mantener el reposo en cama en pacientes que reciben terapia de sustitución con calcio parenteral para controlar el efecto secundario de hipotensión postural.
- Controlar la presión arterial en pacientes que reciben terapia de sustitución con calcio parenteral.
- Controlar cuidadosamente las infusiones de cloruro calcico por los efectos adversos (incidencia más alta de desprendimiento tisular con infiltración IV; normalmente no es una medicación inicial de elección en los planes de tratamiento).
- Observar si se producen efectos secundarios como consecuencia de la administración i.v. de calcio ionizado (cloruro calcico), como aumento de los efectos de digital, intoxicación digitalica, bradicardia, hipotensión postural, paro cardíaco, tromboflebitis, daños en tejidos blandos con extravasación, coágulos y formación de trombos, si procede.

Continúa

Actividades **(Cont.):**

Evitar la administración de fármacos que disminuyan el calcio ionizado en suero (bicarbonato y sangre con citrato), si procede.

Evitar la administración de sales de calcio con bicarbonato y prevenir la precipitación.

Observar la existencia de espasmos agudos de laringe y tetania que requieran la actuación urgente sobre las vías aéreas.

Observar si se produce un aumento de la tetania como consecuencia de la hiperventilación o presión de nervios eferentes (por cruzar las piernas), si procede.

Iniciar precauciones para las convulsiones en pacientes con hipocalcemia grave.

Iniciar precauciones de seguridad en pacientes con manifestaciones psicosociales potencialmente perjudiciales (p. ej., confusión).

Animar a una mayor ingesta oral de calcio (p. ej., de 1.000 a 1.500 mg/día como mínimo de productos lácteos, salmón y sardinas en conserva, ostras frescas, frutos secos, brócoli, espinacas y suplementos), si procede.

Proporcionar la ingesta adecuada de vitamina D (p. ej., suplemento de vitamina y visceras) para facilitar la absorción gastrointestinal de calcio, si procede.

Administrar fármacos para disminuir el fosfato (p. ej., hidróxido de aluminio, acetato calcico o carbonato calcico) si está indicado en pacientes con insuficiencia renal crónica.

Establecer medidas para aliviar el dolor.

Vigilar la posible aparición de hipercalcemia originada por un exceso en la corrección de la hipocalcemia.

Instruir al paciente y/o a la familia sobre las medidas tomadas para tratar la hipocalcemia.

Enseñar al paciente la necesidad de cambios en el estilo de vida para controlar la hipocalcemia (ejercicios regulares con carga de peso, disminuir la ingesta de alcohol y cafeína, disminuir el tabaco, estrategias para reducir los riesgos de caídas).

Enseñar al paciente las medicaciones que disminuyen la velocidad de la pérdida ósea (p. ej., calcitonina, alendronato, raloxifeno, risedronato).

Manejo de electrolitos: hipocaiiemia

2007

Definición: Favorecer el equilibrio de potasio sérico y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de aquél inferiores a los deseados.

Actividades:

Obtener muestras para el análisis en el laboratorio de los niveles de potasio y desequilibrios de electrolitos asociados (niveles en ABG, orina y en suero), si procede.

Controlar la presencia precoz de hipocaiiemia para prevenir secuelas potencialmente mortales en pacientes de riesgo (p. ej., fatiga, anorexia, debilidad muscular, descenso de la motilidad intestinal, parestesias, disritmias).

Vigilar los valores de laboratorio asociados con la hipocaiiemia (aumento de glucosa, alcalosis metabólica, disminución de la osmolalidad de la orina, potasio en orina, hipocloremia e hipocalcemia), si procede.

Controlar los cambios intracelulares causantes de una disminución de los niveles de potasio en suero (alcalosis metabólica; dieta, especialmente toma de hidratos de carbono y administración de insulina), si procede.

Comprobar causa(s) renal(es) de la disminución de los niveles de potasio en suero (diuréticos, diuresis, alcalosis metabólica y nefritis con pérdida de potasio), si procede.

Vigilar causa(s) gastrointestinal(es) de disminución de los niveles de potasio en suero (diarreas, fístulas, vómitos y aspiración nasogástrica continua), si procede.

Monitorizar causa(s) dilucional(es) de disminución de los niveles de potasio en suero (administración de soluciones hipotónicas y aumento de la retención de agua, secundario a una ADH inadecuada), si procede.

Administrar los suplementos de potasio prescritos.

Colaborar con el médico y el farmacéutico para la obtención de preparados de potasio adecuados cuando se suplementa potasio (p. ej., suplementos i.v. de potasio sólo para una hipocaiiemia grave o sintomática o cuando no puede utilizarse el tubo digestivo).

Monitorizar las funciones renales, ECG y los niveles de potasio en suero durante su reposición, si procede.

Prevenir/reducir irritaciones por el suplemento de potasio (administrar suplementos de potasio por vía oral o nasogástrica durante o después de las comidas para minimizar la irritación gastrointestinal, se prefieren los comprimidos microencapsulados de liberación prolongada para disminuir la irritación y la erosión gastrointestinal, dividir las dosis orales diarias más grandes).

Prevenir/reducir la irritación del suplemento intravenoso de potasio (p. ej., considerar la infusión a través de una vía central para concentraciones mayores de 10 mEq/l, diluir el potasio i.v. adecuadamente, administrar el suplemento i.v. lentamente, aplicar anestésico tópico en la zona i.v.), si procede.

Mantener la vía i.v. permeable.

Proporcionar monitorización cardíaca continua si la velocidad de sustitución del potasio supera 10 mEq/h.

Administrar diuréticos ahorradores de potasio de manera limitada (espironolactona o triamtereno), si procede.

Observar si hay toxicidad digitálica (informe de niveles en suero por encima del margen terapéutico, comprobar la frecuencia y el ritmo cardíacos antes de administrar la dosis, y vigilar por si hubiera efectos secundarios), si es el caso.

Evitar la administración de sustancias alcalinas (bicarbonato de sodio i.v. y antiácidos por vía oral o nasogástrica), si procede.

Vigilar manifestaciones neurológicas de hipocaiiemia (debilidad muscular, alteración del nivel de conciencia, somnolencia, apatía, letargia, confusión y depresión).

Monitorizar manifestaciones cardíacas de hipocaiiemia (hipotensión, aplanamiento de la onda T, inversión de la onda T, onda U, ectopia, taquicardia y pulso débil).

Vigilar manifestaciones renales de hipocaiiemia (orina ácida, disminución de la osmolalidad de la orina, nicturia, poliuria y polidipsia).

Observar manifestaciones gastrointestinales de hipocaiiemia (anorexia, náusea, espasmos, estreñimiento, distensión e fleo paralítico).

Continúa

488 Manejo de electrolitos: hipocaliemia (2007)

Actividades (Cont):

Observar manifestaciones pulmonares de hipocaliemia (hipoventilación y debilidad muscular respiratoria).

Colocar al paciente en una posición que facilite la ventilación.

Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria (niveles de P_{aO_2} bajos y de P_{aCO_2} elevados y fatiga muscular respiratoria).

Observar si hay efecto rebote de hipercaliemia.

Observar si hay poliuria.

Controlar el estado de líquidos, incluyendo entradas y salidas, si es preciso.

Suministrar alimentación rica en potasio (sustitutos de la sal, frutos secos, plátanos, hortalizas, tomates, verduras amarillas, chocolate y productos lácteos), si procede.

Instruir al paciente y/o la familia sobre las medidas tomadas para tratar la hipocaliemia.

Proporcionar formación al paciente relacionada con la hipocaliemia derivada del abuso de laxantes o diuréticos.

Manejo de electrolitos: hipofosfatemia

2010

Definición: Favorecer el equilibrio de fosfato sérico y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de aquél inferiores a los deseados.

Actividades:

- Controlar las tendencias de los niveles séricos de fósforo inorgánico en poblaciones de riesgo (p. ej., alcohólicos, pacientes con anorexia nerviosa, ancianos muy debilitados).
- Controlar cuidadosamente los niveles de fosfato en el paciente que manifiesta trastornos con efectos reductores de los niveles de fosfato (p. ej., hiperparatiroidismo, cetoacidosis diabética, quemaduras térmicas graves, hiperventilación intensa prolongada, administración demasiado diligente de hidratos de carbono simples en desnutrición proteico-calórica grave).
- Obtener muestras para el análisis en el laboratorio de los niveles de fosfato y electrolitos asociados (niveles de ABG, orina y suero), si procede.
- Observar si se producen desequilibrios de los electrolitos asociados a la hipofosfatemia (hipocaliemia, hipomagnesemia, alcalosis respiratoria; acidosis metabólica).
- Observar si se produce la disminución de fosfato como consecuencia de la disminución de la ingesta y absorción (hambre, hiperalimentación sin fosfato, vómitos, enfermedad pancreática o del intestino delgado, diarrea e ingestión de antiácidos con aluminio o hidróxido de magnesio).
- Observar si se produce una disminución de los niveles de fosfato derivada de la pérdida renal (hipocaliemia, hipomagnesemia y envenenamiento con metales pesados, alcohol, hemodiálisis con dializado pobre en fosfato, diuréticos tiazídicos y deficiencia de vitamina D).
- Observar si se produce una disminución de los niveles de fosfato derivada de cambios extra o intracelulares (administración de glucosa, administración de insulina, alcalosis e hiperalimentación).
- Observar si se producen manifestaciones neuromusculares derivadas de la hipofosfatemia (debilidad, laxitud, malestar, temblores, parestesias, ataxia dolor muscular, aumento de fosfoquinasa de creatinina, electromiograma anormal y rabdomiólisis).
- Observar si se producen manifestaciones de hipofosfatemia en el SNC (irritabilidad, fatiga, pérdida de memoria, disminución de la atención, confusión, convulsiones, coma, EEG anormal, entumecimiento, disminución de los reflejos, función sensorial deteriorada y parálisis de los nervios craneales).
- Observar si hay manifestaciones esqueléticas de hipofosfatemia (dolor óseo, fracturas y rigidez de articulaciones).
- Observar si se producen manifestaciones cardiovasculares derivadas de la hipofosfatemia (disminución de la contractilidad, disminución del gasto cardíaco, insuficiencia cardíaca y ectopia).
- Observar si se producen manifestaciones pulmonares como consecuencia de la hipofosfatemia (respiraciones rápidas, superficiales; disminución del volumen corriente, y disminución de la ventilación por minuto).
- Observar si se producen manifestaciones gastrointestinales originadas por la hipofosfatemia (náuseas, vómitos, anorexia, función hepática deteriorada e hipertensión portal).
- Observar si se producen manifestaciones hematológicas derivadas de la hipofosfatemia (anemia, aumento de la afinidad de la hemoglobina con el oxígeno que conduce a aumento de la SaO_2 , aumento del riesgo de infección derivado de deterioro de la función de los leucocitos, y trombocitopenia, hematoma y hemorragia derivadas de disfunción plaquetaria).
- Administrar suplementos prescritos de fosfato i.v. (la velocidad de sustitución no debe ser mayor de 10 mEq/h), si procede.
- Administrar terapia de sustitución oral de fosfato cuando sea posible (vía preferida).
- Controlar cuidadosamente los lugares i.v. por extravasación (se produce desprendimiento y necrosis tisular por infiltración de suplementos de fosfato).
- Controlar la corrección rápida o excesiva de la hipofosfatemia (p. ej., hiperfosfatemia, hipocalcemia, hipotensión, hipercaliemia, hipernatremia, tetania, calcificaciones metastásicas).
- Vigilar la función renal durante la administración de suplementos parenterales de fosfato, si procede.
- Evitar la administración de medicamentos quelantes del fosfato y diuréticos (Amphojel y Basaljel).

Continúa

490 Manejo de electrolitos: hipofosfatemia (2010)

Actividades *(Cont.)*:

Favorecer el aumento de la ingesta oral de fosfato (productos lácteos, cereal integral, nueces, frutos secos o verduras y vísceras), si procede.

Mantener la fortaleza muscular (ayudar con los ejercicios de arco de recorrido de movimientos pasivos o activos).

Instaurar cuidados preventivos para evitar la infección (la hipofosfatemia causa una disminución grave de los granulocitos).

Instruir al paciente y/o a la familia sobre las medidas puestas en marcha para tratar la hipofosfatemia.

Manejo de electrolitos: hipomagnesemia

2008

Definición: Favorecer el equilibrio del magnesio sérico y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de aquél más bajos de los deseados.

Actividades:

Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de magnesio, si procede.

Vigilar tendencias de los niveles de magnesio, según disponibilidad.

Observar si se producen desequilibrios de los electrolitos asociados a la hipomagnesemia (hipocaiiemia, hipocalcemia), si procede.

Observar si hay disminución de ingesta por malnutrición terapia prolongada con líquidos i.v. o uso de nutrición enteral o parenteral que contiene cantidades insuficientes de magnesio, si procede.

Observar si hay disminución de los niveles de magnesio derivada de la disminución de la absorción de magnesio (resección quirúrgica intestinal, insuficiencia pancreática y enfermedad inflamatoria intestinal aumento de la ingesta de calcio en la dieta), si procede.

Controlar la excreción urinaria aumentada de magnesio (p. ej., diuréticos, trastornos renales, excreción renal después de trasplante, cetoacidosis diabética, hiper/hipoparatiroidismo), si procede.

Controlar la pérdida gastrointestinal aumentada de magnesio (p. ej., succión de sonda nasogástrica, diarrea, drenaje de fistulas, pancreatitis aguda), si procede.

Controlar la suficiencia renal en pacientes que reciben sustitución de magnesio.

Ofrecer alimentos ricos en magnesio (cacao en polvo, nueces, cereales, alimentos del mar, carnes y legumbres), si es el caso.

Observar si se producen efectos secundarios derivados del reemplazo de magnesio por vía i.v. (enrojecimiento, sudores, sensación de calor e hipocalcemia), si procede.

Disponer de gluconato calcico durante el reemplazo rápido de magnesio en caso de tetania hipocalcémica asociada o apnea, si procede.

Evitar la administración de medicamentos que hacen perder magnesio (p. ej., diuréticos de asa y tiazídicos, antibióticos aminoglucósidos, anfotericina B, digoxina y cisplatino), si resulta oportuno.

Administrar suplementos orales prescritos, si está indicado, varios días después de la normalización del nivel de magnesio.

Administrar el magnesio i.v. prescrito para la hipomagnesemia sintomática, si procede.

Observar si se producen manifestaciones de hipomagnesemia en el SNC (letargia, insomnio, alucinaciones auditivas y visuales, agitación y cambios de la personalidad).

Observar si se producen manifestaciones neuromusculares como resultado de la hipomagnesemia (debilidad, tirones musculares, parestesias, calambres de pies o piernas, parestesias, reflejos tendinosos profundos hiperactivos, signo de Chvostek, signo de Trousseau, disfagia, nistagmo, convulsiones y tetania).

Observar si se producen manifestaciones gastrointestinales derivadas de hipomagnesemia (náuseas, vómitos, anorexia, diarrea y distensión abdominal).

Observar si se producen manifestaciones cardíacas como consecuencia de hipomagnesemia (p. ej., complejos QRS ensanchados, torsades de pointes, taquicardia ventricular; ondas T aplanadas; segmentos ST deprimidos; QT prolongado; ectopia; taquicardia; elevación del nivel sérico de digoxina).

Instruir al paciente y/o a la familia sobre las medidas establecidas para tratar la hipomagnesemia.

Manejo de electrolitos: hiponatremia

2009

Definición: Favorecer el equilibrio del sodio sérico y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de aquél inferiores a los deseados.

Actividades:

- Controlar las tendencias de los niveles séricos de sodio en poblaciones de riesgo (p. ej., ancianos confundidos, pacientes que siguen una dieta hiposódica o se tratan con diuréticos).
- Controlar cuidadosamente los niveles de sodio en el paciente que presenta trastornos con efectos reductores de los niveles de sodio (p. ej., cáncer de pulmón en grano de avena, deficiencia de aldosterona, insuficiencia suprarrenal, síndrome de secreción inadecuada de vasopresina [SIADH], hiperglucemia, vómitos, diarrea, intoxicación por agua, fístulas, sudoración excesiva).
- Observar si se producen manifestaciones neurológicas o neuromusculares como resultado de la hiponatremia (letargia, aumento de la presión intracraneal, estado mental alterado, jaquecas, aprensión, fatiga, temblores, debilidad muscular o calambres, hiperreflexia, ataques convulsivos, coma [signos tardíos]).
- Observar si se producen manifestaciones cardiovasculares como resultado de la hiponatremia (hipotensión, presión sanguínea elevada, piel fría y húmeda, poca turgencia cutánea e hipo o hipervolemia).
- Observar si se producen manifestaciones gastrointestinales originadas por la hiponatremia (anorexia, mucosa seca, descenso de la producción de saliva, náuseas, vómitos, retortijones abdominales y diarrea).
- Obtener muestras para el análisis en el laboratorio de los niveles de sodio alterados (sodio en suero y orina, cloruro sódico en suero y orina, osmolalidad de la orina y peso específico de la orina).
- Observar si se producen desequilibrios de los electrolitos asociados a la hiponatremia (hipocaliemia, acidosis metabólica e hipoglucemia).
- Observar si se producen pérdidas renales de sodio (oliguria).
- Controlar la función renal (niveles de BUN y creatinina).
- Controlar ingresos y egresos.
- Pesar diariamente al paciente y vigilar su evolución.
- Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitación, presión venosa central elevada o presión capilar pulmonar enclavada, edema, distensión de venas del cuello y ascitis), si procede.
- Controlar el estado hemodinámico, incluyendo PVC, PAM, PAP y PCPE, según disponibilidad.
- Limitar la ingesta de sodio como tratamiento de primera elección más seguro de hiponatremia en pacientes con un volumen de líquidos normal o excesivo (800 ml/24 horas).
- Mantener la restricción de líquidos si resulta oportuno.
- Facilitar la ingesta de alimentos/líquidos ricos en sodio, si resulta apropiado.
- Controlar todos los líquidos parenterales para ver el contenido de sodio.
- Administrar suero salino hipertónico (del 3 al 5%) a 3 ml/kg/h o según la política, para la corrección prudente de la hiponatremia en cuidados intensivos, sólo bajo estrecha observación, si procede.
- Evitar la corrección rápida o sobrecorrección de la hiponatremia (nivel de Na en suero superior a 125 mEq/l) e hipocaliemia.
- Administrar expansores del plasma con precaución y sólo en presencia de hipovolemia.
- Evitar la administración excesiva de líquidos i.v. hipotónicos, especialmente en presencia del síndrome de hormona antidiurética inadecuada.
- Administrar diuréticos sólo si se indica (tiazidas, diuréticos de asa similares a la furosemida o el ácido etacrínico).
- Limitar las actividades del paciente para conservar energía, si procede.
- instaurar precauciones para las convulsiones si está indicado en casos graves de hiponatremia.
- Instruir al paciente y/o a la familia sobre las medidas llevadas a la práctica para el tratamiento de la hiponatremia.

Manejo de ideas ilusorias

6450

Definición: Fomento de la comodidad, seguridad y orientación de la realidad de un paciente que experimenta creencias falsas, fijas, que tienen poca o ninguna base real.

Actividades:

- Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente.
- Dar al paciente oportunidades de discutir las ilusiones con el cuidador.
- Evitar discutir sobre las creencias falsas; establecer dudas concretas.
- Evitar reforzar las ideas ilusorias.
- Centrar la discusión en sentimientos subyacentes, en vez de en el contenido de la ilusión («Parece como si usted sintiera miedo»).
- Disponer comodidad y seguridad en sí mismo.
- Animar al paciente a que fundamente las creencias ilusorias con las personas en quienes confía (prueba de realidad).
- Animar al paciente a que cuente las ilusiones a los cuidadores antes de actuar sobre ellas.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones en las que es socialmente inaceptable discutir las ilusiones.
- Establecer actividades recreativas y de diversión que requieran atención o habilidad.
- Comprobar la capacidad de cuidados de sí mismo.
- Ayudarle, si procede.
- Vigilar el estado psíquico del paciente.
- Facilitar un descanso y nutrición adecuados.
- Realizar el seguimiento de las ilusiones por si hubiera presencia de contenidos que resulten dañinos o violentos para el paciente mismo.
- Proteger al paciente y a los demás de las conductas basadas en la ilusión que puedan resultar dañinas.
- Mantener un ambiente seguro.
- Proporcionar un nivel adecuado de vigilancia/supervisión para controlar al paciente.
- Tranquilizar al paciente.
- Disponer la comodidad y seguridad del paciente y los demás cuando el paciente sea incapaz de controlar su conducta (ambiente limitado, restricciones de área, sujeción física o reclusión).
- Disminuir los estímulos ambientales excesivos, si es necesario.
- Ayudar al paciente a evitar o eliminar los factores estresantes que precipiten las ilusiones.
- Mantener una rutina diaria coherente.
- Asignar cuidadores coherentes a diario.
- Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos diariamente y si es necesario.
- Informar sobre los medicamentos al paciente/seres queridos.
- Observar al paciente por si se producen efectos secundarios y los efectos terapéuticos deseados derivados del medicamento.
- Educar a la familia y seres queridos sobre la manera de tratar con el paciente que experimenta ilusiones.
- Informar sobre la enfermedad al paciente/seres queridos, si las ilusiones están fundadas en una enfermedad (delirio, esquizofrenia o depresión).

Manejo de la anafilaxia

6412

***Definición:* Fomento de la ventilación y de la perfusión de los tejidos adecuadas para un individuo con una reacción alérgica (antígeno-anticuerpo) grave.**

Actividades:

Identificar y eliminar la fuente de la alergia, si es posible.

Administrar adrenalina acuosa subcutánea al 1:1.000 con la dosis adecuada a la edad.

Colocar al paciente en posición cómoda.

Aplicar un torniquete inmediatamente junto al punto alérgico de entrada (p. ej., sitio de inyección, sitio i.v., picadura de insecto, etc.), cuando sea posible, según sea necesario.

Establecer y mantener la vía aérea despejada.

Administrar oxígeno a una velocidad de flujo alta (10-15 l/min).

Monitorizar los signos vitales.

iniciar una infusión i.v. de solución salina normal, de Ringer lactato o de un dilatador del volumen plasmático, según corresponda.

Tranquilizar al individuo y a los miembros de su familia.

Observar si hay señales de shock (p. ej., dificultad respiratoria, arritmias cardíacas, convulsiones e hipotensión).

Comprobar si hay autoinformes de muerte inminente.

Mantener actualizada la hoja de actividades, incluyendo los signos vitales y la administración de la medicación.

Administrar líquidos i.v. con rapidez (1.000 ml/h) para apoyar la presión arterial, según prescripción médica o protocolo.

Administrar espasmolíticos, antihistamínicos o corticosteroides, según esté indicado, y documentar si existe urticaria, angioedema o broncospasmo.

Consultar con otros proveedores de cuidados sanitarios y remitir, según sea necesario.

Observar la recurrencia de la anafilaxia durante las 24 horas siguientes.

Enseñar al individuo y a la familia a utilizar una inyección de adrenalina.

Enseñar al individuo y a la familia a prevenir episodios futuros.

Manejo de la anafilaxia

6412

***Definición:* Fomento de la ventilación y de la perfusión de los tejidos adecuadas para un individuo con una reacción alérgica (antígeno-anticuerpo) grave.**

Actividades:

Identificar y eliminar la fuente de la alergia, si es posible.

Administrar adrenalina acuosa subcutánea al 1:1.000 con la dosis adecuada a la edad.

Colocar al paciente en posición cómoda.

Aplicar un torniquete inmediatamente junto al punto alérgico de entrada (p. ej., sitio de inyección, sitio i.v., picadura de insecto, etc.), cuando sea posible, según sea necesario.

Establecer y mantener la vía aérea despejada.

Administrar oxígeno a una velocidad de flujo alta (10-15 l/min).

Monitorizar los signos vitales.

Iniciar una infusión i.v. de solución salina normal, de Ringer lactato o de un dilatador del volumen plasmático, según corresponda.

Tranquilizar al individuo y a los miembros de su familia.

Observar si hay señales de shock (p. ej., dificultad respiratoria, arritmias cardíacas, convulsiones e hipotensión).

Comprobar si hay autoinformes de muerte inminente.

Mantener actualizada la hoja de actividades, incluyendo los signos vitales y la administración de la medicación.

Administrar líquidos i.v. con rapidez (1.000 ml/h) para apoyar la presión arterial, según prescripción médica o protocolo.

Administrar espasmolíticos, antihistamínicos o corticosteroides, según esté indicado, y documentar si existe urticaria, angioedema o broncospasmo.

Consultar con otros proveedores de cuidados sanitarios y remitir, según sea necesario.

Observar la recurrencia de la anafilaxia durante las 24 horas siguientes.

Enseñar al individuo y a la familia a utilizar una inyección de adrenalina.

Enseñar al individuo y a la familia a prevenir episodios futuros.

Manejo de la conducta 4350

Definición: Ayudar al paciente a controlar el comportamiento negativo.

Actividades:

Hacer que el paciente se sienta responsable de su comportamiento.

Comunicar la esperanza de que el paciente mantendrá el control.

Consultar a la familia para establecer la base cognitiva del paciente.

Establecer límites con el paciente.

Abstenerse de discutir o regatear los límites establecidos con el paciente.

Establecer hábitos.

Establecer una coherencia de turnos en el ambiente y la rutina de cuidados.

Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio para establecerlas.

Evitar las interrupciones.

Aumentar la actividad física, si procede.

Limitar el número de cuidadores.

Hablar en voz baja y con un tono suave.

Evitar preocupar al paciente.

Redirigir la atención alejándola de las fuentes de agitación.

Evitar proyectar una imagen amenazadora.

Evitar discusiones con el paciente.

Ignorar las conductas inadecuadas.

Reducir la conducta agresiva pasiva.

Alabar los esfuerzos de autocontrol.

Medicar, si es necesario.

Aplicar sujeciones en muñecas/piernas/pecho, si es necesario.

Manejo de la conducta: autolesión

4354

Definición: Ayuda al paciente para que disminuya o elimine la conducta de autolesión o abuso de sí mismo.

Actividades:

Determinar el motivo/razón de la(s) conducta(s)

Desarrollar expectativas y consecuencias adecuadas de la conducta, dado el nivel de la función cognitiva y capacidad de autocontrol del paciente.

Comunicar las expectativas y consecuencias de la conducta al paciente.

Retirar los objetos peligrosos del ambiente del paciente.

Utilizar, si procede, mitones, espinilleras, cascos o sujeción que limiten la movilidad y la capacidad de iniciar autolesiones.

Disponer vigilancia continua del paciente y del ambiente.

Comunicar el riesgo a los demás cuidadores.

Instruir al paciente en estrategias de control (entrenamiento de afirmación, entrenamiento de control de impulsos y relajación muscular progresiva), si procede.

Anticiparse a las situaciones desencadenantes que puedan provocar la autolesión e intervenir para evitarlas.

Ayudar al paciente a identificar las situaciones y/o sentimientos que puedan provocar la autolesión.

Establecer un trato con el paciente, si resulta oportuno, «para que no se haga daño».

Animar al paciente a que hable con los cuidadores cuando surja el impulso de autolesionarse.

Enseñar al paciente, dándole seguridad, a enfrentarse de manera efectiva a las conductas y a expresar adecuadamente los sentimientos.

Administrar medicamentos, si procede, para disminuir la ansiedad, estabilizar el humor y disminuir la autoestimulación.

Al tratar con conductas de peligro de autolesión, el enfoque debe ser sereno y no punitivo.

Evitar dar una respuesta positiva a la conducta de autolesión.

Presentar las consecuencias predeterminadas si el paciente se involucra en conductas de autolesión.

Colocar al paciente en un ambiente más protector (restricción de zona y reclusión) si aumentan los impulsos/comportamientos de autolesión.

Ayudar al paciente, según sea el nivel de función cognitiva, a identificar y asumir la responsabilidad de las consecuencias de su conducta (que se vende él mismo las heridas autoinfligidas).

Ayudar al paciente a identificar las situaciones y sentimientos desencadenantes que provoquen la conducta de autolesión.

Ayudar al paciente a identificar las estrategias de control más apropiadas que pudieran utilizarse y sus consecuencias.

Observar si se producen efectos secundarios derivados de la utilización de fármacos en el paciente y los resultados esperados.

Instruir sobre la medicación al paciente/seres queridos.

Proporcionar a la familia/seres queridos guías sobre el control de la conducta de autolesión fuera del ambiente de cuidados.

Proporcionar al paciente/seres queridos enseñanza sobre la enfermedad si la conducta de autolesión tiene una base de enfermedad (trastornos de la personalidad o autismo).

Observar si se producen impulsos de autolesión en el paciente que puedan progresar hacia pensamientos/gestos de suicidio.

Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención 4352

Definición: Provisión de medios terapéuticos para reconducir de manera segura el déficit de atención y/o hiperactividad del paciente a la vez que se facilita una función óptima.

Actividades:

- Proporcionar un ambiente estructurado y físicamente seguro, si es necesario.
- Utilizar un enfoque sereno, concreto, que dé seguridad.
- Determinar las expectativas y consecuencias de una conducta adecuada, dado el nivel de función cognitiva del paciente y la capacidad de autocontrol.
- Desarrollar un plan de control de la conducta que sea llevado a cabo de manera coherente por parte de todos los cuidadores.
- Comunicar las normas, expectativas de conducta y las consecuencias con un lenguaje sencillo con ayudas visuales, si es preciso.
- Evitar discutir o regatear los límites establecidos con el paciente.
- Proporcionar la seguridad de que el personal ayudará al paciente con el control de su conducta, si es necesario.
- Alabar los comportamientos deseados y los esfuerzos de autocontrol.
- Proporcionar consecuencias coherentes tanto para las conductas deseadas como para las indeseadas.
- Llamar la atención del paciente antes de iniciar las interacciones verbales (llamar por el nombre o establecer un contacto visual).
- Dar todas las instrucciones/explicaciones de forma lenta y con un lenguaje sencillo y concreto.
- Pedir al paciente que repita las instrucciones antes de comenzar las tareas.
- Descomponer las instrucciones de múltiples pasos en pasos simples.
- Permitir que el paciente lleve a cabo una instrucción antes de darle otra.
- Proporcionar ayuda, si es necesario, para completar la(s) tarea(s).
- Proporcionar una respuesta positiva para la conclusión de cada paso.
- Proporcionar ayudas que aumenten la estructura ambiental, la concentración y la atención a las tareas (relojes, calendarios, señales e instrucciones escritas paso a paso).
- Disminuir o retirar las pistas verbales y físicas, a medida que no sean necesarias.
- Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente.
- Mantener un programa de rutina que incluya un equilibrio de tiempo estructurado (actividades físicas y no físicas) y tranquilo.
- Limitar las opciones, si es necesario.
- Redirigir o distraer al paciente de la fuente de hiperestimulación (un grupo o una situación problemática).
- Utilizar controles externos, si es necesario, para calmar al paciente (descansos, reclusión y restricción física).
- Comprobar el estado físico del paciente hiperactivo (peso corporal, hidratación y estado de los pies en los pacientes que caminan).
- Vigilar la ingesta de líquidos y nutricional.
- Proporcionar alimentos y líquidos altos en proteínas y calorías que puedan ser consumidos «a la carrera».
- Limitar la ingesta excesiva de alimentos y líquidos.
- Limitar la ingesta de alimentos y líquidos que incorporen cafeína.
- Instruir sobre las habilidades para solucionar problemas.
- Fomentar la expresión de sentimientos de una manera adecuada.

Enseñar/reforzar habilidades sociales adecuadas.

Establecer límites en conductas intrusivas, interruptoras.

Proporcionar enseñanza sobre la enfermedad al paciente/seres queridos si la hiperactividad o falta de atención está fundamentada en una enfermedad (trastorno de déficit de atención, hiperactividad, manías y esquizofrenia).

Administrar medicamentos (estimulantes y antipsicóticos) para promover los cambios de conducta deseados.

Observar si se producen efectos secundarios consecuencia de los medicamentos y los resultados de conducta deseados.

Proporcionar enseñanza sobre medicación al paciente/seres queridos.

Comentar las expectativas de conducta razonables del paciente con la familia/seres queridos.

Enseñar técnicas de control de la conducta a los seres queridos.

Ayudar al paciente y seres implicados (familia, empleados y profesores) para que adapten el ambiente del hogar, trabajo o escuela a las limitaciones impuestas por la falta de atención o hiperactividad crónica.

Facilitar la capacidad de adaptación de la familia mediante grupos de apoyo, cuidados y consejo familiar, si procede.

Manejo de la conducta: sexual

4356

Definición: Limitación y prevención de conductas sexuales socialmente inaceptables.

Actividades:

Identificar las conductas sexuales inaceptables, en función del ambiente particular y población de los pacientes.

Especificar expectativas explícitas (fundamentadas en el nivel de función cognitiva y la capacidad de autocontrol) relacionadas con la conducta sexual o manifestaciones verbales que puedan dirigirse hacia otros o hacia objetos del ambiente.

Discutir con el paciente las consecuencias de la conducta sexual socialmente inaceptable y de las manifestaciones verbales de la misma.

Comentar el impacto negativo que puede tener sobre los demás la conducta sexual socialmente inaceptable.

Evitar la asignación de compañeros de habitación con dificultades de comunicación, historial de actividad sexual inadecuada o gran vulnerabilidad (niños pequeños).

Asignar al paciente una habitación privada si ha sido valorado como de alto riesgo de conducta sexual socialmente inaceptable.

Limitar la movilidad física del paciente (restricción de zona), si es necesario, para disminuir la oportunidad de conductas sexuales socialmente inaceptables.

Comunicar el riesgo a los demás cuidadores.

Proporcionar un nivel adecuado de supervisión/vigilancia para controlar al paciente.

Practicar un enfoque tranquilo, concreto, al responder a las observaciones y conductas sexuales socialmente inaceptables.

Reconducir cualquier conducta/manifestación verbal sexual socialmente inaceptable.

Discutir con el paciente la razón de que la conducta/manifestación verbal sexual sea inaceptable.

Presentar las consecuencias predeterminadas de la conducta sexual indeseable.

Enseñar/reforzar habilidades sociales apropiadas.

Proporcionar educación sexual, correspondiente al nivel de desarrollo.

Discutir con el paciente las formas aceptables de realización de las necesidades sexuales individuales en privado.

Desanimar la iniciación de relaciones sexuales o íntimas en situaciones de mucho estrés.

Animar la expresión adecuada de sentimientos sobre situaciones del pasado o crisis traumáticas.

Proporcionar asesoramiento, si es necesario, al paciente que haya sufrido abusos sexuales.

Ayudar a la familia en la comprensión y manejo de las conductas sexuales inaceptables.

Dar oportunidad al personal a que procese sus sentimientos sobre la conducta sexual del paciente que sea socialmente inaceptable.

Manejo de la demencia

6460

Definición: Proveer un ambiente modificado para el paciente que experimenta un estado de confusión crónico.

Actividades:

- Incluir a los miembros de la familia en la planificación, provisión y evaluación de cuidados, en el grado deseado.
- Establecer los esquemas usuales de comportamiento para actividades como dormir, utilización de medicamentos, eliminación, ingesta de alimentos y cuidados propios.
- Determinar el historial físico, social y psicológico del paciente, hábitos corrientes y rutinas.
- Identificar el tipo y grado de déficit cognitivo mediante herramientas de evaluación normalizadas.
- Observar el funcionamiento cognitivo con una herramienta de evaluación normalizada.
- Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para el estado cognitivo del paciente.
- Disponer un ambiente de baja estimulación (música tranquila de efecto relajante; ambiente no intenso y simple, con dibujos familiares en la decoración; realizar expectativas que no sobrepasen la capacidad de proceso cognitivo, y comidas en grupos pequeños).
- Disponer una iluminación adecuada pero sin reflejos.
- Identificar y reír los peligros potenciales del ambiente del paciente.
- Colocar pulseras de identificación al paciente.
- Disponer un ambiente físico estable y una rutina diaria.
- Preparar para la interacción con contacto visual y tacto, si procede.
- Presentarse a sí mismo al iniciar el contacto.
- Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción y hablar despacio.
- Dar una orden simple cada vez.
- Hablar con un tono de voz claro, bajo y respetuoso.
- Utilizar la distracción, en lugar de la confrontación, para manejar el comportamiento.
- Proporcionar un respeto positivo incondicional.
- Evitar el contacto y la proximidad, si esto es causa de estrés o ansiedad.
- Asignar personas a cargo de los cuidados que sean familiares para el paciente (evitar rotaciones frecuentes del personal).
- Evitar situaciones extrañas, en lo posible (cambios y designaciones de habitación sin personas familiares).
- Establecer períodos de reposo para evitar la fatiga y reducir el estrés.
- Tomar nota de la alimentación y del peso.
- Proporcionar espacio para paseos seguros.
- Evitar frustrar al paciente interrogándolo con preguntas de orientación que no pueden ser respondidas.
- Proporcionar pistas —tales como sucesos actuales, estaciones del año, lugares y nombres— para ayudar en la orientación.
- Sentar al paciente en una mesa pequeña en grupos de tres a cinco durante las comidas, si es el caso.
- Dejarle comer solo, si procede.
- Proporcionar alimentos que se coman con las manos para mantener la nutrición del paciente que no se sienta a comer.
- Proporcionar al paciente una orientación general de la estación del año mediante pistas apropiadas (decoraciones de vacaciones, decoraciones y actividades típicas de una estación y acceso a zonas exteriores cerradas).
- Disminuir el nivel de ruidos evitando sistemas de alarma y luces de alarma que suenen o zumben.

Continúa

Actividades **(Cont.):**

Seleccionar los programas de televisión y radio en función de las capacidades e intereses de proceso cognitivo.

Seleccionar actividades individuales de uno en uno y en grupo adaptadas a las capacidades e intereses cognitivos del paciente.

Etiquetar las fotos familiares con los nombres de las personas que aparecen en ellas.

Seleccionar papeles pintados para la decoración de las habitaciones de los pacientes que muestren paisajes, escenas u otras imágenes familiares.

Solicitar a los miembros de la familia y amigos que vean al paciente de uno en uno a dos cada vez, si fuera necesario, para disminuir la estimulación.

Discutir con los miembros de la familia y los amigos la mejor manera de interactuar con el paciente.

Ayudar a la familia a comprender que quizá sea imposible que el paciente aprenda nueva información.

Limitar el número de elecciones que tenga que hacer el paciente, para que no le cause ansiedad.

Disponer límites, como cinta roja o amarilla en el suelo, cuando no se disponga de unidades de bajo estímulo.

Colocar el nombre del paciente en grandes letras mayúsculas en la habitación y en la ropa, si es preciso.

Utilizar símbolos, que no sean los escritos, para ayudar al paciente a localizar la habitación, el baño u otras áreas.

Observar cuidadosamente si hay causas que aumenten una confusión que pueda ser aguda y reversible.

Retirar o cubrir los espejos, si el paciente tiene miedo o se siente agitado por ellos.

Comentar aspectos de seguridad e intervenciones en el hogar

Manejo de la demencia: baño

6462

Definición: Control de la conducta agresiva durante la higiene corporal.

Actividades:

Personalizar la limpieza de acuerdo con las preferencias habituales de higiene y/o las tradiciones culturales.

Utilizar un acercamiento flexible permitiendo elecciones y control sobre el momento del día y el tipo de limpieza (ducha, baño o limpieza con esponja).

Si es posible evitar los términos «baño» y «ducha» para disminuir la ansiedad.

Asegurar la intimidad y la seguridad mientras se desviste y se limpia.

Simular un entorno parecido al del hogar, siempre que sea posible (p. ej., mampara, música suave, aromaterapia, iluminación tenue).

Proporcionar un entorno confortable (p. ej., temperatura, iluminación tenue, poco ruido).

Dar un motivo para el baño (p. ej., «Vamos a tomar un baño antes de que venga tu hija»).

Evitar un traslado rápido hacia el cuarto de baño.

Entrar lentamente en la bañera, permitiendo que primero pruebe el chorro de agua con la mano.

Dar tiempo suficiente, sin precipitaciones.

Desvestir gradualmente al paciente en el cuarto de baño mientras se comenta algún tema distinto al del baño.

Utilizar productos para el baño familiares para favorecer la relajación.

Asegurarse de que el agua esté a la temperatura adecuada.

Reducir la sensación de frío proporcionando toallas calientes, limpiando la cara y el pelo al final, limpiando primero los pies o disponiendo de champú de profesional.

Colocar una toalla caliente sobre la cabeza y los hombros del paciente mientras se lavan las extremidades inferiores.

Después del baño masajear la piel con una loción hidratante.

Ver al paciente como una persona global centrándose en ella más que en la tarea.

Asignar un cuidador de confianza con actitud cariñosa.

Responder adecuadamente a las percepciones del paciente (p. ej., temperatura, dolor y miedo a ahogarse).

Utilizar la persuasión, no la coacción.

Utilizar un tono de voz suave y tranquilizador.

Hablar sobre temas de interés del paciente de manera agradable y tranquila.

Tocar al paciente con suavidad.

Dar instrucciones cortas y sencillas.

Animar al paciente a colaborar en el baño en función de sus capacidades.

Utilizar la distracción, más que la confrontación, para controlar la conducta del paciente.

Mantener un entorno tranquilo.

Asignar un cuidador del mismo sexo, si está disponible.

Si se presenta una conducta agresiva, conocer precedentes o «desencadenantes».

Observar si hay signos verbales y no verbales de aviso de aumento de la agitación.

Si el movimiento resulta doloroso, antes del baño administrar medicación para el dolor.

Dar la posibilidad de realizar un baño con esponja, en caso de que los otros métodos produzcan agitación.

Sacar la dentadura postiza o dar algo de comer al paciente para evitar que muerda durante el baño.

Proporcionar una manopla o alguna cosa que sujetar durante el baño.

Utilizar material de baño cómodo.

Manejo de la diarrea

0460

Definición: Prevención y alivio de la diarrea.

Actividades:

Determinar la historia de la diarrea.

Obtener una muestra de heces para realizar cultivo y determinar la sensibilidad si la diarrea continuara.

Evaluar el perfil de la medicación por si hubiera efectos secundarios gastrointestinales.

Enseñar al paciente el uso correcto de los medicamentos antidiarreicos.

Solicitar al paciente/miembro familiar que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.

Evaluar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional.

Fomentar la realización de comidas en pequeñas cantidades, frecuentes, y añadir fibras de forma gradual.

Enseñar al paciente a eliminar los alimentos que formen gases o picantes de la dieta.

Sugerir la prueba de eliminar los alimentos que contengan lactosa.

Identificar los factores (medicamentos, bacterias y alimentación por tubo) que puedan ocasionar o contribuir a la existencia de la diarrea.

Observar si hay signos y síntomas de diarrea.

Ordenar al paciente que notifique al personal cada episodio de diarrea que se produzca.

Observar la turgencia de la piel regularmente.

Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración.

Medir la producción de diarrea/defecación.

Pesar regularmente al paciente.

Notificar al médico cualquier aumento de frecuencia o tono de los sonidos intestinales.

Realizar consulta con el médico si persisten los signos y síntomas de la diarrea.

Instruir sobre dietas pobres en fibra, ricas en proteínas y de alto valor calórico, si procede.

Enseñar a evitar los laxantes.

Enseñar al paciente/familia a llevar un diario de comidas.

Enseñar al paciente técnicas de disminución de estrés, si procede.

Ayudar al paciente a practicar técnicas de disminución de estrés.

Vigilar la preparación segura de las comidas.

Practicar acciones que supongan un descanso intestinal (NPO, dieta líquida).

Manejo de la disreflexia

2560

Definición: Prevención y eliminación de los estímulos causados por reflejos hiperactivos y respuestas autónomas inadecuadas en un paciente que padece una lesión de columna cervical o dorsal superior.

Actividades:

Identificar y minimizar los estímulos que puedan precipitar la disreflexia (p. ej., distensión de la vejiga, cálculos renales, infección, impactación fecal, exploración rectal, inserción de supositorios, desgarro de piel y ropa ajustada o ropa de cama ajustada).

Observar si hay signos y síntomas de disreflexia autónoma (p. ej., hipertensión paroxísmica, bradicardia, taquicardia, diaforesis por encima del nivel de la lesión, calor facial, palidez por debajo del nivel de la lesión, dolor de cabeza, congestión nasal, congestión de los vasos temporales y del cuello, congestión de la conjuntiva, escalofríos sin fiebre, erección pilomotora y dolor torácico).

Investigar y eliminar la causa de la molestia (vejiga distendida, impactación fecal, lesiones de la piel, ropas de cama ajustadas, medias elásticas compresivas y vendajes abdominales).

Colocar la cabecera de la cama en posición vertical, si procede, para disminuir la presión arterial y estimular el retorno venoso cerebral.

Quedarse con el paciente y monitorizar su estado cada 3 o 5 minutos si se produce hiperreflexia.

Administrar antihipertensivos por vía intravenosa, según prescripción.

Instruir al paciente y a la familia acerca de las causas, síntomas, tratamiento y prevención de la disreflexia.

Manejo de la disritmia **4090**

Definición: Prevenir, reconocer y facilitar el tratamiento del ritmo cardíaco anormal.

Actividades:

- Determinar el historial del paciente y de la familia respecto de enfermedades cardíacas y disritmias.
- Observar y corregir los déficit de oxígeno, desequilibrios ácido-base y desequilibrios de electrolitos que puedan precipitar las disritmias.
- Aplicar los electrodos de ECG y conectar al monitor cardíaco.
- Ajustar los parámetros de alarma del monitor de ECG.
- Asegurar una monitorización continua del ECG a pie de cama por parte de personas cualificadas.
- Monitorizar los cambios de ECG que aumenten el riesgo de desarrollo de disritmias: intervalo QT prolongado, contracciones ventriculares prematuras frecuentes y ectopia cercana a la onda T.
- Facilitar la realización de un ECG de 12 electrodos, si procede.
- Tomar nota de actividades asociadas con la aparición de disritmias.
- Tomar nota de la frecuencia y la duración de la disritmia.
- Monitorizar la respuesta hemodinámica a la disritmia.
- Determinar si el paciente sufre dolor torácico o síncope asociado con la disritmia.
- Asegurar una rápida disponibilidad de medicamentos de urgencia para la disritmia.
- Canalizar y mantener una vía i.v, si procede.
- Administrar Soporte Vital Cardíaco Avanzado, si procede.
- Administrar los líquidos y vasoconstrictores prescritos i.v., si está indicado, para facilitar la perfusión tisular.
- Ayudar con la inserción de un marcapasos intravenoso o externo temporal, si procede.
- Enseñar al paciente y a la familia los riesgos asociados a la(s) disritmia(s).
- Preparar al paciente y a la familia para los estudios de diagnóstico (cateterismo cardíaco o estudios fisiológicos eléctricos).
- Ayudar al paciente y a la familia en la comprensión de las opciones de tratamiento.
- Enseñar al paciente y a la familia las acciones y los efectos secundarios de los fármacos prescritos.
- Enseñar al paciente los cuidados propios asociados con el uso de marcapasos y dispositivos AICD (desfibriladores) permanentes, si está indicado.
- Enseñar al paciente y a la familia las medidas para disminuir el riesgo de recurrencia de la(s) disritmia(s).
- Enseñar al paciente y a la familia cómo acceder al sistema médico de urgencias.
- Enseñar a un miembro de la familia la resucitación cardiopulmonar, si se considera oportuno.

Manejo de la eliminación urinaria

0590

Definición: Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo.

Actividades:

Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, si procede.

Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.

Identificar factores que contribuyen a episodios de incontinencia.

Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario.

Anotar la hora de la última eliminación urinaria, si procede.

Enseñar al paciente/familia a registrar la producción urinaria, si procede.

Insertar supositorios uretrales, si procede.

Obtener muestra a mitad de la eliminación para el análisis de orina, si procede.

Remitir al médico si se producen signos y síntomas de infección del tracto urinario.

Enseñar al paciente a obtener muestras de orina a mitad de la micción al primer signo de infección.

Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar, si procede.

Enseñar al paciente a beber un cuarto de litro de líquido con las comidas, entre las comidas y al anochecer.

Ayudar al paciente con el desarrollo de la rutina de ir al aseo, si procede.

Enseñar al paciente a vaciar la vejiga antes de los procedimientos pertinentes.

Registrar la hora de la primera eliminación después del procedimiento, si procede.

Restringir los líquidos, si procede.

Enseñar al paciente a observar los signos y síntomas de infección del tracto urinario.

Manejo de la energía

0180

Definición: Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

Actividades:

- Determinar los déficits en el estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
- Utilizar instrumentos válidos para medir la fatiga, si está indicado.
- Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/ser querido.
- Corregir los déficits del estado fisiológico (p. ej., anemia inducida por quimioterapia) como elementos prioritarios.
- Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga utilizando combinaciones de categorías farmacológicas y no farmacológicas, si procede.
- Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia.
- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
- Consultar con el dietista posibles modos de aumentar la ingesta de alimentos con alto contenido energético.
- Negociar las horas de las comidas deseadas, que pueden o no coincidir con los horarios habituales del hospital.
- Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.
- Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras disritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria).
- Animar a realizar ejercicios aeróbicos, según la tolerancia.
- Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
- Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad.
- Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognoscitiva y el autocontrol/regulación de la actividad.
- Establecer límites a la hiperactividad cuando interfiera con otras personas o con el paciente.
- Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía (requisitos para la restricción de actividad o reposo en cama).
- Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.
- Ayudar al paciente a priorizar las actividades para acomodar los niveles de energía.
- Ayudar al paciente/ser querido a establecer metas realistas de actividades.
- Ayudar al paciente a identificar las preferencias de actividades.
- Ayudar al paciente a elegir actividades que reconstruyan la resistencia de forma gradual.
- Ayudar al paciente a identificar las tareas que pueden ser realizadas por los familiares y amigos en casa para evitar o aliviar la fatiga.
- Considerar la comunicación electrónica (p. ej., correo electrónico o mensajería instantánea) para mantener el contacto con los amigos cuando las visitas no son posibles o aconsejables.
- Ayudar al paciente a limitar el sueño diurno proporcionando actividades que fomenten el estar despierto de forma plena, si procede.
- Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación.
- Limitar la cantidad de visitas y las interrupciones por parte de las mismas, si procede.
- Favorecer el reposo/limitación de actividades (aumentar el número de períodos de descanso) con períodos de descanso protegidos de elección.
- Facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad.

Continúa

514 Manejo de la energía (0180)

Actividades (Cont):

Establecer actividades físicas que reduzcan la competencia de aporte de oxígeno a las funciones corporales vitales (evitar la actividad inmediatamente después de las comidas).

Utilizar ejercicios de movimientos articulares activos para aliviar la tensión muscular.

Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.

Ofrecer ayudas para favorecer el sueño (p. ej., música o medicaciones).

Fomentar las siestas, si resulta apropiado.

Ayudar al paciente a programar períodos de descanso.

Evitar realizar actividades de cuidados durante los períodos de descanso programados.

Planificar las actividades para los períodos en los que el paciente tiene más energía.

Ayudar al paciente a sentarse en el borde de la cama, si no puede moverse o caminar.

Ayudar en las actividades físicas normales (deambulación, traslados, giros y cuidado personal), si resulta necesario.

Controlar la administración y efecto de los estimulantes y sedantes.

Favorecer la actividad física (deambulación o realización de actividades de la vida diaria), coherente con los recursos energéticos del paciente.

Evaluar el aumento programado de los niveles de actividades.

Controlar la respuesta de oxígeno del paciente (frecuencia cardíaca, ritmo cardíaco y frecuencia respiratoria) a los autocuidados o actividades de cuidados por parte de otros.

Ayudar al paciente a autoinmunizarse desarrollando y utilizando un registro de ingesta calórica y de gasto de energía, si procede.

Instruir al paciente y/o a los seres queridos sobre la fatiga, sus síntomas comunes y las recurrencias latentes.

Enseñar al paciente y a los seres queridos aquellas técnicas de autocuidados que minimicen el consumo de oxígeno (técnicas de automonitorización y por pasos en la realización de las actividades diarias).

Instruir al paciente y/o a los seres queridos a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad.

Instruir al paciente y/o a los seres queridos sobre el estrés e intervenciones de enfrentamiento para disminuir la fatiga.

Instruir al paciente y/o a los seres queridos a avisar al proveedor de cuidado médico si los síntomas de fatiga persisten.

Manejo de la hiperglucemia **2120**

Definición: Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.

Actividades:

- Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado.
- Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas.
- Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina, según indicación.
- Comprobar los niveles de gases en sangre arterial, electrolitos y betahidroxibutirato, según disponibilidad.
- Vigilar presión sanguínea ortostática y pulso, si está indicado.
- Administrar insulina, según prescripción.
- Potenciar la ingesta oral de líquidos.
- Realizar balance hídrico (incluyendo ingesta y eliminación), si procede.
- Mantener una vía i.v., si lo requiere el caso.
- Administrar líquidos i.v., si es preciso.
- Administrar potasio, según prescripción.
- Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia.
- Ayudar en la deambulación si hay hipotensión ortostática.
- Facilitar la higiene bucal, si fuera necesario.
- Identificar las causas posibles de la hiperglucemia.
- Anticiparse a aquellas situaciones en las que aumentarán las necesidades de insulina (enfermedad interrecurrente).
- Restringir el ejercicio cuando los niveles de glucosa en sangre sean > 250 mg/dl, especialmente si hay cuerpos cetónicos en la orina.
- Instruir al paciente y seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.
- Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre.
- Ayudar al paciente a interpretar los niveles de glucosa en sangre.
- Revisar los registros de glucosa en sangre con el paciente y/o la familia.
- Instruir sobre la prueba de cuerpos cetónicos en orina, si resulta oportuno.
- Instruir sobre las indicaciones e importancia de la prueba de cuerpos cetónicos en orina, si corresponde.
- Instruir al paciente para que comunique al personal sanitario los niveles moderados o altos de cuerpos cetónicos en la orina.
- Instruir al paciente y cuidador acerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad, incluyendo el uso de insulina y/o antidiabéticos orales; control de la ingesta de líquidos; reemplazo de los hidratos de carbono, y citando debe solicitarse asistencia sanitaria profesional, si procede.
- Proporcionar ayuda en el ajuste de un régimen para evitar y tratar la hiperglucemia (aumento de insulina o antidiabético oral), si está indicado.
- Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios.
- Realizar análisis de los niveles de glucosa en sangre a los miembros de la familia.

Manejo de la hipervolemia

4170

Definición: Disminución del volumen de líquido extracelular y/o intracelular y prevención de complicaciones en un paciente con sobrecarga de líquidos.

Actividades:

Pesar a diario y evaluar tendencias.

Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo CVP, MAP, PAP y PCWP, según disponibilidad.

Vigilar los niveles de albúmina y proteínas totales en suero, según disponibilidad.

Observar el patrón respiratorio por si hubiera dificultad respiratoria (disnea, taquipnea y apnea).

Comprobar la función renal (niveles de BUN y Cr), si procede.

Vigilar la ingesta y eliminación.

Comprobar los signos vitales, si procede.

Observar cambios del edema periférico, si es el caso.

Realizar el seguimiento de los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquido (aumento de la gravedad específica, aumento de BUN, disminución de hematocrito y aumento de los niveles de osmolalidad de la orina).

Ajustar la frecuencia de flujo de perfusión intravenosa (transfusión sanguínea) adecuada.

Vigilar líquidos i.v. prescritos (evitar la libre ingesta de agua en pacientes con sobrecarga de líquidos e hponatremia) para determinar si son adecuados.

Administrar diuréticos prescritos, si resulta oportuno.

Observar el efecto terapéutico del diurético (aumento de la diuresis, disminución de PVC/PCWP y disminución de sonidos respiratorios adventicios).

Explicar al paciente la razón de la utilización de la terapia de diuréticos.

Administrar agentes de descarga prescritos (morfina, furosemida y nitroglicerina), si procede.

Comprobar los niveles de potasio después de la diuresis.

Preparar al paciente para la diálisis (ayudar en la colocación del catéter para la diálisis), si procede.

Observar el cambio de peso del paciente antes y después de la diálisis, si corresponde.

Monitorizar la respuesta hemodinámica del paciente a la diálisis, si procede.

Comprobar el volumen inyectado y devuelto resultado del dializador peritoneal, si es el caso.

Observar el líquido del dializador peritoneal devuelto por si hubiera indicios de complicaciones (infección, hemorragia excesiva y coágulos), si procede.

Elevar el cabecero de la cama para mejorar la ventilación, si procede.

Mantener la PEEP en el paciente con edema pulmonar en ventilador mecánico, cuando sea oportuno.

Utilizar aspiración endotraqueal de sistema cerrado para el paciente con edema pulmonar en ventilación mecánica con PEEP, si procede.

Cambiar de posición frecuentemente al paciente con edema dependiente.

Promover la integridad de la piel (vigilar las zonas de riesgo de lesiones, disponer frecuentes cambios de postura, evitar formación de úlceras y proporcionar una nutrición adecuada), si procede.

Observar si se produce poliuria.

Observar si hay indicios de deshidratación (mala turgencia de la piel, retraso del llenado capilar, pulso débil/a saltos, sed intensa, mucosas secas, disminución de la producción de orina e hipotensión).

Instruir al paciente/familia en el uso de un registro de deposiciones, si es posible.

Instruir al paciente/familia sobre las medidas puestas en práctica para tratar la hipervolemia.

Disponer una dieta adecuada, si está indicado.

Fomentar una imagen corporal positiva y la autoestima si hay preocupación como consecuencia de la excesiva retención de líquidos, si corresponde.

Manejo de la hipoglucemia

2130

Definición: Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre inferiores a lo normal.

Actividades:

Identificar al paciente con riesgo de hipoglucemia.

Determinar signos y síntomas de la hipoglucemia.

Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado.

Monitorizar si hay signos y síntomas de hipoglucemia (palidez, diaforesis, taquicardia, palpitaciones, hambre, parestesia, temblores, incapacidad de concentración, confusión, habla incoherente, conducta irracional o incontrolable, visión borrosa, somnolencia, incapacidad para despertarse del sueño o ataques convulsivos, debilidad, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, impaciencia, escalofríos, frío, mareos, náuseas, cefaleas, cansancio, calor, pesadillas, gritos durante el sueño, mala coordinación, cambios de conducta, coma).

Administrar hidratos de carbono simples, si está indicado.

Proporcionar hidratos de carbono complejos y proteína, si está indicado.

Administrar glucagón, si procede.

Contactar con servicios médicos de urgencia, si es necesario.

Administrar glucosa intravenosa, si está indicado.

Mantener una vía i.v. permeable, si procede.

Mantener vías aéreas libres, si es el caso.

Proteger contra lesiones, si es necesario.

Examinar sucesos anteriores a la hipoglucemia para determinar la posible causa.

Proporcionar información sobre la conveniencia del autocontrol de la hipoglucemia.

Enseñar al paciente y familia los signos y los síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia.

Aconsejar al paciente que disponga de hidratos de carbono simples en todo momento.

Indicar al paciente que debe obtener y llevar identificación médica de emergencia adecuada.

Instruir a los seres queridos en la utilización y administración de glucagón, si resulta oportuno.

Instruir en las interacciones de la dieta, insulina/agentes orales y ejercicio.

Proporcionar ayuda al paciente en la toma de decisiones para evitar la hipoglucemia (reduciendo los agentes insulina/orales y/o aumentando la ingesta de alimentos para ejercicio).

Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre.

Fomentar el continuo contacto telefónico con un equipo de atención al diabético para consultar los ajustes en el régimen del tratamiento.

Colaborar con el paciente y con el equipo de atención al diabético para realizar cambios en el régimen de insulina (inyecciones múltiples diarias), según esté indicado.

Modificar los niveles deseables de glucosa en sangre para prevenir la hipoglucemia en ausencia de síntomas.

Informar al paciente del aumento del riesgo y/o normalización de los niveles de glucosa en sangre tras el ejercicio intensivo.

Enseñar al paciente los posibles cambios en los síntomas de la hipoglucemia con la terapia intensiva y la normalización de los niveles de glucosa en sangre.

Manejo de la hipovolemia

4i80

Definición: Expansión del volumen de líquido intravascular en un paciente con volumen reducido.

Actividades:

Comprobar el estado de líquidos, incluyendo ingresos y excreta, si procede.

Mantener una vía i.v. permeable.

Observar los niveles de hemoglobina y hematocrito, si procede.

Vigilar la pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea).

Vigilar signos vitales, cuando proceda.

Calcular las necesidades de líquidos según la zona de superficie corporal y el tamaño de la quemadura, si es el caso.

Controlar la respuesta del paciente a la estimulación de líquidos.

Administrar soluciones hipotónicas (5% de solución acuosa de dextrosa, D5 o solución salina 0,45) para la rehidratación intracelular, si es el caso.

Administrar soluciones isotónicas (salina normal y soluciones de Ringer lactato) para la rehidratación extracelular, si corresponde.

Combinar soluciones cristaloides (salina normal y soluciones de Ringer lactato) y coloides (Hespan y Hemocé Plasmanato) para reemplazar el volumen intravascular, según prescripción.

Iniciar la administración de líquidos prescrita, si procede.

Vigilar la zona de punción i.v. por si hubiera signos de infiltración o infección, si corresponde.

Controlar pérdidas de líquidos insensibles (diaforesis e infección respiratoria).

Promover la integridad de la piel (vigilar las zonas de riesgo, realizar cambios posturales frecuentes, prevenir las lesiones y suministrar una nutrición adecuada), cuando corresponda.

Asistir al paciente que deambula en caso de hipotensión postural.

Instruir al paciente para que evite los cambios bruscos de posición, sobre todo de la posición supina a la sedente o de bipedestación.

Proporcionar una higiene bucal frecuente.

Supervisar el peso.

Observar si hay indicios de deshidratación (poca turgencia de la piel, retraso del llenado capilar, pulso débil/ suave, sed intensa, sequedad de membranas y mucosas, disminución de la diuresis e hipotensión).

Fomentar la ingestión oral de líquidos (distribuir los líquidos durante el período de 24 horas y administrar líquidos con las comidas), si está indicado.

Vigilar el estado hemodinámico, incluyendo PVC, PAM, PAP y PCPE, si estuvieran disponibles.

Administrar líquidos i.v. a temperatura ambiente.

Mantener un flujo de perfusión i.v. constante.

Mantener la posición adecuada que asegure la perfusión periférica.

Disponer de productos sanguíneos para la transfusión, si fuera necesario.

Realizar autotransfusión de la sangre perdida, si corresponde.

Administrar productos sanguíneos (plaquetas y plasma congelado fresco), si procede.

Vigilar la aparición de reacción transfusional, si procede.

Colocar al paciente en la posición de Trendelenburg cuando esté hipotenso, si está indicado.

Administrar con precaución los vasodilatadores prescritos (nitroglicerina, nifedipina y bloqueadores del canal del calcio) al calentar al paciente postoperatorio inmediato, si procede.

Instruir al paciente y/o a la familia sobre las medidas tomadas para tratar la hipovolemia.

Observar si hay signos clínicos y síntomas de sobrehidratación/exceso de líquidos.

Vigilar por si hubiera signos de insuficiencia renal aguda (aumento de BUN y de los niveles de creatinina, mioglobinemia y disminución de la diuresis), si es el caso.

Manejo de la inmunización/vacunación

6530

Definición: Control del estado de inmunización, facilitando el acceso a las inmunizaciones y suministro de vacunas para evitar enfermedades contagiosas.

Actividades:

- Explicar a los padres el programa de inmunización recomendado necesario para los niños, su vía de administración, razones y beneficios de su uso, reacciones adversas y lista de efectos secundarios (p. ej., hepatitis B, difteria, tétanos, tos ferina, *Haemophilus influenzae*, poliomielitis, sarampión, paperas, rubéola y varicela).
- Informar a los individuos de las inmunizaciones protectoras contra enfermedades que actualmente no son obligatorias por ley (vacunas contra la gripe, neumonía y hepatitis B).
- Explicar a las personas/familias las vacunas disponibles en el caso de incidencia y/o exposición especial (cólera, gripe, rabia, fiebre de las Montañas Rocosas, viruela, fiebre tifoidea, tifus, fiebre amarilla y tuberculosis).
- Suministrar información escrita acerca de la inmunización preparada por los CDC.
- Proporcionar una cartilla de vacunación para registrar fecha y tipo de las inmunizaciones administradas.
- Identificar las técnicas de administración apropiadas, incluyendo la administración simultánea.
- Conocer las últimas recomendaciones sobre el uso de las inmunizaciones.
- Seguir los cinco principios de administración de medicación.
- Anotar la historia médica y de alergias del paciente.
- Administrar inyecciones a los bebés en la parte anterolateral del muslo, cuando proceda.
- Documentar la información sobre la vacunación según protocolo del centro (p. ej., fabricante, número de lote, fecha de caducidad).
- Informar a la persona/familia acerca de las inmunizaciones exigidas por la ley para entrar en el colegio, guardería, universidad, etc.
- Revisar los registros de inmunizaciones escolares para completarlos anualmente.
- Notificar a la persona/familia cuándo dejan de ser válidas las inmunizaciones.
- Seguir los consejos del servicio de salud de la comunidad autónoma para la administración de inmunizaciones.
- Informar a los viajeros de las vacunas adecuadas para países extranjeros.
- Conocer las contraindicaciones de la inmunización (reacción anafiláctica a vacunas anteriores y enfermedades moderadas o graves con o sin fiebre).
- Explicar que un retraso en la administración en serie no significa que haya que comenzar el programa desde el principio otra vez.
- Procurar el consentimiento informado para administrar las vacunas.
- Ayudar a las familias a realizar la planificación económica para pagar las inmunizaciones (cobertura de seguros y clínicas con departamentos sanitarios).
- Identificar los suministradores que participan en el programa autonómico de «Vacunas para niños» para proporcionar vacunas gratis.
- Informar al paciente acerca de las medidas de alivio útiles después de la administración de fármacos en un niño.
- Observar al paciente durante un período determinado después de la administración de la medicación.
- Programar las inmunizaciones a intervalos adecuados.
- Determinar el estado de inmunización en cada visita realizada en un centro de atención sanitaria (incluyendo sala de urgencias y admisión en hospitales), y proporcionar las inmunizaciones si se precisa.
- Aconsejar programas y políticas que proporcionen inmunizaciones gratis o accesibles para toda la población.
- Apoyar un registro nacional para seguir el estado de inmunización.

Manejo de la medicación

2380

Definición: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

Actividades:

- Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo.
- Comentar las preocupaciones económicas respecto al régimen de la medicación.
- Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse, si procede.
- Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- Vigilar los niveles de suero en sangre (electrolitos, protrombina, medicamentos), si procede.
- Observar si se producen interacciones no terapéuticas por la medicación.
- Revisar periódicamente con el paciente y/o la familia los tipos y dosis de medicamentos tomados.
- Rechazar medicaciones antiguas, suspendidas o contraindicadas, si procede.
- Facilitar los cambios de medicación con el médico, si procede.
- Observar si hay respuesta a los cambios en el régimen de medicación, si procede.
- Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.
- Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.
- Determinar los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tal como se han prescrito.
- Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito.
- Consultar con otros profesionales de cuidados para minimizar el número y la frecuencia de administración de los medicamentos para conseguir el efecto terapéutico.
- Enseñar al paciente y/o a la familia el método de administración de los fármacos, si procede.
- Explicar al paciente y/o a la familia la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.
- Proporcionar al paciente y/o a los miembros de la familia información escrita y visual para potenciar la autoadministración de los medicamentos, según sea necesario.
- Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los fármacos.
- Obtener la orden médica para la automedicación del paciente, si procede.
- Establecer un protocolo para el almacenamiento, adquisición y control de los medicamentos dejados a pie de cama con propósitos de automedicación.
- Investigar los posibles recursos económicos para la adquisición de los fármacos prescritos, si procede.
- Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida del paciente.
- Proporcionar alternativas para la sincronización y modalidad de autoadministración de medicamentos con el propósito de minimizar los efectos en el estilo de vida del paciente.
- Ayudar al paciente y a los miembros de la familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a ciertos medicamentos, si procede.
- Enseñar al paciente cuándo debe conseguir atención médica.
- Identificar los tipos y las cantidades de fármacos de venta libre utilizados.
- Proporcionar información acerca del uso de medicamentos de venta libre y la influencia que pueden tener en el estado existente.

Conocer si el paciente está utilizando remedios caseros basados en su cultura y los posibles efectos que puedan tener sobre el uso de medicamentos de venta libre y medicamentos prescritos.

Revisar con el paciente las estrategias para controlar el régimen de medicación.

Proporcionar al paciente una lista de recursos con los que puede ponerse en contacto para obtener mayor información sobre el régimen de medicación.

Ponerse en contacto con el paciente y la familia después del alta, si procede, para responder a preguntas y comentar inquietudes asociadas al régimen de medicación.

Animar al paciente a realizarse análisis para determinar los efectos de la medicación.

Manejo de la nutrición

1100

Definición: Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.

Actividades:

Preguntar al paciente si tiene alergia a algún alimento.

Determinar las preferencias de comidas del paciente.

Determinar -en colaboración con el dietista, si procede- el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.

Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.

Fomentar la ingesta de hierro en las comidas, si procede.

Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C, si es el caso.

Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca/zumos de fruta), cuando sea preciso.

Dar comidas ligeras, en puré y blandas, si procede.

Proporcionar un sustituto del azúcar, cuando resulte oportuno.

Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.

Ofrecer hierbas y especias como alternativa a la sal.

Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.

Realizar una selección de comidas.

Ajusar la dieta al estilo de vida del paciente, según cada caso.

Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si es necesario.

Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico.

Pesar al paciente a intervalos adecuados.

Animar al paciente a que utilice dentaduras de ajuste correcto y/o que obtenga cuidados dentales.

Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.

Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.

Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.

Ayudar al paciente a recibir asistencia de los programas nutricionales comunitarios apropiados, si es preciso.

Manejo de la quimioterapia

2240

Definición: Ayuda al paciente y a la familia para que comprendan la acción y minimizar los efectos secundarios de los agentes antineoplásicos.

Actividades:

Controlar los exámenes de cribado previos al tratamiento en pacientes con riesgo de efectos secundarios de inicio más temprano, duración más prolongada y más preocupantes.

Promover actividades para modificar los factores de riesgo identificados.

Observar si hay efectos secundarios y efectos tóxicos derivados del tratamiento.

Proporcionar información al paciente y a la familia sobre el funcionamiento de los fármacos antineoplásicos sobre las células malignas.

Instruir al paciente y a la familia acerca de los efectos de la quimioterapia sobre el funcionamiento de la médula ósea.

Instruir al paciente y a la familia sobre los modos de prevención de infecciones, tales como evitar las multitudes y poner en práctica buenas técnicas de higiene y lavado de manos.

Informar al paciente que notifique inmediatamente la existencia de fiebre, hemorragias nasales, hematomas excesivos y heces de color oscuro.

Informar al paciente y a la familia que eviten el uso de compuestos con ácido acetilsalicílico.

Poner en práctica precauciones para prevenir la neutropenia y hemorragias.

Determinar la experiencia previa del paciente con náuseas y vómitos relacionados con la quimioterapia.

Administrar medicaciones, si es necesario, para controlar los efectos secundarios (p. ej., antieméticos para las náuseas y los vómitos).

Minimizar los estímulos de ruidos, luz y olores (especialmente los de alimentos).

Enseñar al paciente técnicas de relajación y de visualización para poner en práctica antes, durante y después del tratamiento, si procede.

Ofrecer al paciente una dieta blanda y de fácil digestión.

Administrar los fármacos quimioterápicos por la noche, para que el paciente esté durmiendo en el momento en el que los efectos eméticos son mayores.

Asegurar una ingesta adecuada de líquidos para evitar la deshidratación y los desequilibrios de electrolitos.

Controlar la efectividad de las medidas para controlar las náuseas y vómitos.

Administrar seis comidas de pequeña cantidad al día, según tolerancia.

Instruir al paciente para que evite comidas que producen calor, picantes.

Proporcionar comidas nutritivas, apetitosas para el paciente.

Vigilar el estado nutricional y el peso.

Controlar las indicaciones de infección de la mucosa bucal.

Fomentar una buena higiene bucal mediante el uso de dispositivos de limpieza dental, como hilo dental sin cera y sin deshilacharse, cepillos dentales sónicos o VVaterpik (irrigador de agua), si procede.

Poner en marcha actividades de restablecimiento de la salud bucal, como uso de saliva artificial, estimulantes de la saliva, aerosoles bucales sin alcohol, pastillas sin azúcar y tratamientos con flúor, si procede.

Enseñar al paciente a autoexaminarse la cavidad bucal, incluidos los signos y síntomas que debe notificar para su evaluación (p. ej., quemazón, dolor, dolorimiento a la palpación).

Instruir al paciente sobre la necesidad de realizar un seguimiento dental frecuente porque la caries dental se forma rápidamente.

Enseñar al paciente a utilizar la suspensión de nistatina oral para controlar infecciones fúngicas, si procede.

Continúa

528 Manejo de la quimioterapia (2240)

Actividades (Cont):

Enseñar al paciente a evitar temperaturas extremas y tratamientos químicos del cabello mientras se recibe tratamiento.

Informar al paciente que se espera una caída del cabello, según lo determine el tipo de tratamiento utilizado.

Ayudar al paciente a planificar la caída de pelo, si procede, enseñándole las alternativas disponibles, como pelucas, pañuelos, sombreros o turbantes.

Enseñar al paciente a lavarse y peinarse el pelo suavemente y dormir sobre una funda de seda para la almohada para prevenir una mayor caída del pelo, si procede.

Tranquilizar al paciente explicándole que el pelo volverá a crecer una vez finalizado el tratamiento, si procede.

Enseñar al paciente y a la familia a observar si hay toxicidad de órganos, según lo determine el tipo de tratamiento utilizado.

Discutir los aspectos potenciales de la disfunción sexual, si procede.

Enseñar las consecuencias del tratamiento sobre la función sexual, incluida la duración del uso de los anticonceptivos, si procede.

Controlar el nivel de fatiga pidiéndole al paciente que la describa.

Enseñar al paciente y a la familia técnicas para el manejo de la energía, si procede.

Ayudar al paciente a controlar la fatiga con la planificación de períodos de descanso frecuentes, espaciar las actividades y limitar las demandas diarias, si procede.

Facilitar la expresión de los miedos sobre el pronóstico o el éxito de los tratamientos.

Proporcionar información concreta objetiva relacionada con los efectos del tratamiento para reducir la incertidumbre, el miedo y la ansiedad del paciente sobre los síntomas relacionados con el tratamiento.

Instruir a los supervivientes de larga duración y a sus familias sobre la posibilidad de malignidades secundarias y sobre la importancia de informar cualquier aumento de susceptibilidad a infecciones, fatiga o hemorragias.

Seguir las normas recomendadas para que la manipulación de fármacos antineoplásicos parenterales durante la preparación y administración de los medicamentos sea segura.

Manejo de la radioterapia **6600**

Definición: Ayudar a un paciente a comprender y minimizar los efectos secundarios de un tratamiento con radiación.

Actividades:

Controlar los exámenes de cribado previos al tratamiento en pacientes con riesgo de efectos secundarios de inicio más temprano, duración más prolongada y más preocupantes.

Promover actividades para modificar los factores de riesgo identificados.

Controlar si hay efectos secundarios y efectos tóxicos del tratamiento.

Proporcionar información al paciente y a la familia respecto al efecto de la radiación en las células malignas.

Observar las precauciones recomendadas para las radiaciones en el manejo de pacientes con marcapasos cardíacos.

Observar si se producen alteraciones en la integridad de la piel y tratarlas adecuadamente.

Evitar el uso de cintas adhesivas y demás sustancias irritantes para la piel.

Proporcionar cuidados especiales a la piel en los pliegues de tejido, que son proclives a la infección (nalgas, perineo e ingles).

Evitar el uso de desodorantes o loción para después de afeitar en la zona tratada.

Comentar la necesidad de cuidados de la piel, como mantenimiento de marcas de tinta, evitar el jabón y demás ungüentos y protección durante el baño solar o aplicación de calor.

Ayudar al paciente en la planificación derivada de la pérdida de cabello, explicando las alternativas disponibles, como pelucas, bufandas, sombreros y turbantes.

Enseñar al paciente a lavar y peinar el cabello suavemente y a dormir sobre fundas de almohada de seda para evitar mayor pérdida de cabello, si es el caso.

Asegurar al paciente que el pelo volverá a crecer después de que haya concluido el tratamiento con radiación, cuando proceda.

Observar si hay indicios de infección de las membranas mucosas bucales.

Fomentar una buena higiene bucal mediante el uso de dispositivos de limpieza dental, como hilo dental sin cera y sin deshilacharse, cepillos dentales sónicos o Waterpik (irrigador de agua), si procede.

Poner en marcha actividades de restablecimiento de la salud bucal, como uso de saliva artificial, aerosoles bucales, estimulantes de saliva, aerosoles bucales sin alcohol, y consumo de pastillas sin azúcar y tratamientos con flúor, si procede.

Enseñar al paciente a autoexaminarse la cavidad bucal, incluidos los signos y síntomas que debe notificar para su evaluación (p. ej., quemazón, dolor, dolorimiento a la palpación).

Instruir al paciente sobre la necesidad de realizar un seguimiento dental frecuente porque la caries dental se forma rápidamente.

Observar si se producen anorexia, náuseas, vómitos, cambios en el sentido del gusto, esofagitis y diarrea en el paciente, si procede.

Fomentar una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.

Fomentar una dieta terapéutica, para evitar complicaciones.

Discutir los aspectos potenciales de la disfunción sexual, si procede.

Enseñar las consecuencias del tratamiento sobre la función sexual, incluida la duración del uso de los anticonceptivos, si procede.

Administrar medicaciones, si es necesario, para controlar los efectos secundarios (p. ej., antieméticos para las náuseas y los vómitos).

Controlar el nivel de fatiga pidiéndole al paciente que la describa.

Enseñar al paciente y a la familia técnicas para el manejo de la energía, si procede.

Ayudar al paciente a controlar la fatiga con la planificación de períodos de descanso frecuentes, espaciar las actividades y limitar las demandas diarias, si procede.

Continúa

Actividades (Cont.):

Fomentar el reposo inmediatamente después del tratamiento con radiación.

Ayudar al paciente a conseguir niveles de confort adecuados con el uso de técnicas de manejo del dolor que sean efectivas y aceptables para él.

Forzar la ingesta de líquidos para así mantener la perfusión renal y de la vejiga, si procede.

Observar si hay indicios de infección del tracto urinario.

Observar si hay signos y síntomas de infección sistémica, anemia y hemorragia.

Enseñar al paciente y a la familia los efectos de la terapia sobre la función de la médula ósea, si procede.

Instruir al paciente y a la familia sobre las formas de prevenir la infección, como evitar multitudes, tener una buena higiene y técnicas para lavarse las manos, si procede.

Instaurar precauciones de neutropenia y hemorragia si está indicado.

Facilitar la discusión de los sentimientos acerca del equipo de tratamiento con radiación por parte del paciente, si procede.

Facilitar la expresión de los temores acerca del pronóstico o éxito de los tratamientos con radiación.

Proporcionar información concreta y objetiva relacionada con los efectos del tratamiento para reducir la incertidumbre, el miedo y la ansiedad del paciente sobre los síntomas relacionados con el tratamiento.

Instruir a los supervivientes a largo plazo y a sus familias sobre la posibilidad de aparición de segundas neoplasias y la importancia de avisar de la mayor sensibilidad a infección, fatiga o hemorragia.

Poner en marcha y mantener la protección contra la radiación, de acuerdo con el protocolo del centro, para el paciente que recibe tratamiento de radiación interna (colocación de semilla de oro o agentes radiofarmacéuticos).

Explicar los protocolos de protección contra la radiación al paciente, a la familia y a las visitas.

Ofrecer actividades recreativas mientras el paciente se encuentra en la situación de protección contra la radiación.

Limitar las horas de visita en la habitación, según cada caso.

Limitar el tiempo del personal en la habitación si el paciente está aislado por precauciones contra la radiación.

Alejarse uno mismo de las fuentes de radiación mientras se administran los cuidados (quedarse en la cabecera de la cama de pacientes con implantes uterinos), si procede.

Usar uno mismo un delantal/escudo de plomo mientras se ayuda con los procedimientos que implican radiación.

Manejo de la sedación

2260

Definición: Administración de sedantes, control de la respuesta del paciente y disposición del apoyo psicológico necesario durante el procedimiento diagnóstico o terapéutico.

Actividades:

Revisar el historial del paciente y los resultados de las pruebas de diagnóstico para determinar si el paciente cumple con los criterios del centro para que se le administre sedación consciente por parte de una enfermera titulada.

Preguntar al paciente o a la familia sobre cualquier experiencia anterior con la sedación consciente.

Comprobar si existen alergias a fármacos.

Determinar la última ingesta de alimentos y líquido.

Revisar otros medicamentos que esté tomando el paciente y comprobar la ausencia de contraindicaciones para la sedación consciente.

Instruir al paciente y a la familia sobre los efectos de la sedación consciente.

Obtener el consentimiento escrito.

Evaluar el nivel de conciencia del paciente y los reflejos de protección antes de proceder con la sedación consciente.

Obtener signos vitales basales, saturación de oxígeno, ECG, altura y peso.

Asegurarse de que el equipo de reanimación de urgencia está disponible con facilidad, puede suministrar O₂ al 100%, medicación de urgencia y un desfibrilador.

Canalizar una vía i.v.

Administrar medicación según prescripción médica o protocolo (con cuidado) y de acuerdo con la respuesta del paciente.

Comprobar el nivel de conciencia y los signos vitales del paciente, saturación de oxígeno y ECG según los protocolos del centro.

Observar si se producen efectos adversos como consecuencia de la medicación, incluyendo agitación, depresión respiratoria, hipotensión, somnolencia indebida, hipoxemia, arritmias, apnea o exacerbación de un estado preexistente.

Asegurar la disponibilidad y administrar antagonistas, si procede, de acuerdo con prescripción médica o protocolo.

Determinar si el paciente cumple con los criterios de alta o traslado de unidad (escala Aldrete), según protocolo del centro.

Registrar las acciones y la respuesta del paciente, según la política del centro.

Dar el alta o trasladar al paciente, según protocolo del centro.

Proporcionar instrucciones de alta escritas, según protocolo del centro.

Manejo de la sensibilidad periférica alterada

2660

Definición: Prevenir o minimizar lesiones o molestias en el paciente con la sensibilidad alterada.

Actividades:

Comprobar la discriminación filo/romo o calor/frío.

Observar si hay parestesia: entumecimiento, hormigueos, hiperestesia e hipoestesia.

Animar al paciente a que utilice la parte corporal no afectada para determinar la temperatura de la comida, líquidos, agua del baño, etc.

Animar al paciente a que utilice la parte corporal no afectada para identificar la localización y la textura de los objetos.

Enseñar al paciente o a la familia a vigilar la posición de las partes corporales durante el baño, al sentarse, al acostarse o cambiar de posición.

Enseñar al paciente o a la familia a examinar la piel a diario para determinar si hay alteraciones en la integridad de la misma.

Vigilar el ajuste de los dispositivos de sujeción, prótesis, zapatos y vestimenta.

Enseñar al paciente o a la familia a utilizar el termómetro para comprobar la temperatura del agua.

Alentar el uso de guantes térmicos aislantes al manipular utensilios de cocina.

Fomentar el uso de guantes u otras prendas de protección sobre la parte corporal afectada cuando ésta está en contacto con objetos que ^debido a sus características térmicas, de textura u otras- puedan ser potencialmente peligrosos.

Evitar o vigilar atentamente el uso del calor o del frío, como compresas calientes, bolsa de agua caliente y paquetes de hielo.

Animar al paciente a que utilice zapatos flexibles, con buena horna y de tacón bajo.

Colocar el arco de cama sobre la parte afectada para evitar el contacto de la ropa con la zona afectada.

Comprobar los zapatos, bolsillos y prendas para determinar arrugas u objetos extraños.

Enseñar al paciente a utilizar intervalos de tiempo determinados, en vez de la presencia de molestia, como señal para cambiar la posición.

Utilizar dispositivos de alivio de la presión, si procede.

Proteger las partes corporales de cambios de temperaturas extremos.

Inmovilizar la cabeza, cuello y espalda, si procede.

Comprobar la capacidad de evacuar o defecar.

Establecer un medio de evacuación, si se precisa.

Establecer un medio de evacuación intestinal, si se requiere.

Administrar analgésicos, si es necesario.

Observar si hay tromboflebitis y trombosis venosa profunda.

Comentar o identificar la causas de sensaciones anormales o cambios de sensibilidad.

Enseñar al paciente a comprobar visualmente la posición de las partes corporales, si la propiocepción está deteriorada.

Manejo de la tecnología

7880

Definición: Uso de equipo y dispositivos técnicos para monitorizar el estado del paciente o mantener la vida.

Actividades:

- Cambiar o reemplazar el equipo de cuidados del paciente, según protocolo.
- Proporcionar el equipo en espera, si procede.
- Mantener el equipo en buenas condiciones de funcionamiento.
- Arreglar el equipo que no funcione correctamente.
- Poner a cero y calibrar el equipo, si procede.
- Mantener el equipo de emergencia en un sitio adecuado y de fácil accesibilidad.
- Asegurar una toma de tierra adecuada de los equipos electrónicos.
- Enchufar los equipos en tomas eléctricas conectadas a una fuente de alimentación de emergencia.
- Disponer la comprobación periódica de los equipos por medio de bioingeniería, si es el caso.
- Recargar las baterías del equipo de cuidados portátil del paciente.
- Ajustar los límites de alarma del equipo, si procede.
- Responder a las alarmas de los equipos.
- Consultar con otros miembros del equipo de cuidados y recomendar equipos/dispositivos para uso del paciente.
- Utilizar alteraciones de los datos derivados de una máquina como estímulo para la reevaluación del paciente.
- Comparar los datos derivados de la máquina con la percepción que tiene la enfermera del estado del paciente.
- Explicar los riesgos y beneficios potenciales del uso de esta tecnología.
- Facilitar la obtención del consentimiento autorizado, cuando proceda.
- Colocar el equipo de pie de cama estratégicamente para facilitar el acceso por parte del paciente y para evitar caídas de los tubos y cables.
- Conocer el equipo y dominar su uso.
- Enseñar al paciente y a la familia a manejar el equipo, si procede.
- Enseñar al paciente y a la familia los resultados esperados del paciente y los efectos secundarios asociados con el uso del equipo.
- Facilitar la toma de decisiones éticas relacionadas con la utilización de tecnologías de mantenimiento de la vida y de apoyo de la vida, según cada caso.
- Mostrar a los miembros de la familia la forma de comunicarse con el paciente conectado al equipo de apoyo de la vida.
- Facilitar la interacción entre la familia y el paciente que recibe terapia de apoyo de la vida.
- Vigilar el efecto que tiene la utilización del equipo sobre el funcionamiento fisiológico, psicológico y social del paciente y de la familia.
- Comprobar la eficacia de la tecnología en los resultados del paciente.

Manejo de la tecnología reproductora

7886

Definición: Ayudar a un paciente en las etapas de un tratamiento de infertilidad complejo.

Actividades:

- Proporcionar educación acerca de las diversas modalidades de tratamiento (inseminación intrauterina, fecundación in vitro, trasplante de gametos intrafalopio, trasplante de cigotos intrafalopio, espermatozoides de donante, ovocitos de donante, portadora gestacional y sustitución).
- Discutir los dilemas éticos antes de iniciar una modalidad de tratamiento particular.
- Explorar los sentimientos acerca de la tecnología reproductora asistida (ovocito o espermatozoides de donante conocido frente a donante anónimo, embriones congelados, reducción selectiva y uso de un útero huésped).
- Remitir a asesoramiento para preconcepción, si es necesario.
- Enseñar las técnicas de predicción y detección de la ovulación (temperatura basal y análisis de orina).
- Enseñar la administración de estimulantes ovulatorios.
- Programar las pruebas, si es necesario, en función del ciclo menstrual.
- Coordinar las actividades del equipo multidisciplinario para el proceso de tratamiento.
- Ayudar a las personas de fuera a conseguir alojamiento mientras participan en el programa.
- Proporcionar información a los donantes de gametos y sus parejas.
- Colaborar con el equipo de fecundación in vitro en el análisis y selección de los donantes de gametos.
- Explorar las cuestiones psicosociales que implica la donación de gametos antes de la administración de medicamentos contra molestias.
- Coordinar la sincronización de los ciclos hormonales del donante y del receptor.
- Extraer la muestra para la determinación endocrina.
- Realizar exámenes de ultrasonido para determinar el crecimiento folicular.
- Participar en las reuniones de equipo para correlacionar los resultados de las pruebas en la evaluación de la madurez de los ovocitos.
- Preparar el equipo para la recuperación de ovocitos.
- Ayudar en la congelación y conservación de los embriones, según se indique.
- Ayudar en los procedimientos de fecundación.
- Preparar a la paciente para el trasplante de embrión.
- Proporcionar una guía anticipada acerca de las reacciones emocionales típicas, incluyendo extremos de angustia y euforia.
- Discutir los riesgos, incluyendo la probabilidad de aborto, embarazo ectópico e hiperestimulación de los ovarios.
- Enseñar las precauciones de un embarazo ectópico.
- Explicar los síntomas de hiperestimulación ovárica que deben ser informados.
- Realizar las pruebas de embarazo.
- Mostrar apoyo en la aflicción que se produce con el fracaso de la implantación.
- Programar el seguimiento de la medicación, pruebas y exámenes por ultrasonidos.
- Ayudar en la monitorización hormonal y por ultrasonido de embarazo precoz.
- Remitir a asesoramiento genético, relacionado con edad materna en el momento de la concepción, si es necesario.
- Remitir a grupos de apoyo de infertilidad, si es preciso.
- Realizar el seguimiento de pacientes que han interrumpido el tratamiento debido a un embarazo, adopción o por haber decidido seguir sin tener niños.

Ayudar a los padres a centrarse en áreas de éxito de su vida no relacionadas con el estado de fertilidad.

Enseñar métodos para asegurar el puesto de trabajo en razón de las necesarias ausencias durante el tratamiento.

Proporcionar asesoramiento acerca de cuestiones económicas y seguros.

Informar de los resultados del tratamiento al registro nacional.

Manejo de la terapia electroconvulsiva

2570

Definición: Ayuda en el suministro seguro y eficaz de terapia electroconvulsiva en el tratamiento de una enfermedad psiquiátrica.

Actividades:

Animar al paciente (y a los familiares, si procede) a expresar los sentimientos respecto a la posibilidad de TEC.

Explicar al paciente y/o familiares el tratamiento.

Dar apoyo emocional al paciente y/o familiares, si se considera necesario.

Asegurarse de que el paciente (o el representante legal designado si el paciente no está capacitado para dar su consentimiento informado) comprende adecuadamente la TEC cuando el médico solicita el consentimiento informado para administrar TEC.

Confirmar que hay una orden por escrito y el consentimiento firmado para la TEC.

Anotar la altura y el peso del paciente en la historia clínica.

Interrumpir o disminuir las medicaciones contraindicadas para la TEC por prescripción médica.

Revisar las instrucciones de medicación con el paciente externo que recibirá TEC.

Informar al médico de cualquier anomalía de resultados analíticos del paciente.

Asegurarse de que el paciente que recibe TEC ha seguido los requisitos NPO y las instrucciones de las medicaciones tal como haya prescrito el médico.

Ayudar al paciente a vestirse con ropa poco ajustada (es decir, preferentemente un pijama de hospital).

Realizar la preparación preoperatoria rutinaria (p. ej., retirar la dentadura postiza, joyas, gafas, lentes de contacto; obtener los signos vitales; hacer evacuar al paciente).

Al preparar la colocación de los electrodos, asegurarse de que el paciente lleva el pelo limpio, seco y sin adornos.

Antes y después del procedimiento en pacientes insulínodépendientes, obtener una lectura rápida de glucosa en sangre.

Asegurarse de que el paciente lleva la pulsera identificativa.

Antes y durante el tratamiento administrar la medicación prescrita por el médico.

Documentar lo específico de la preparación pretratamiento.

Comunicar verbalmente signos vitales no habituales, molestias/síntomas físicos, incidentes inusuales a la enfermera de la TEC o al psiquiatra de la TEC antes del tratamiento.

Ayudar al equipo terapéutico a colocar las derivaciones de los diferentes monitores (p. ej., EEG, ECG) y a controlar el equipo (p. ej., pulsioxímetro, manguito de presión sanguínea, estimulador nervioso periférico) en el paciente.

Colocar en la boca del paciente algo para morder y apoyar el mentón permitiendo la permeabilidad de las vías aéreas durante la aplicación del estímulo eléctrico.

Documentar el tiempo transcurrido, así como el tipo y la cantidad de movimiento, durante la convulsión.

Documentar los datos relacionados con el tratamiento (p. ej., medicaciones administradas, respuesta del paciente).

Colocar al paciente inconsciente de lado en la camilla con las barandillas laterales elevadas.

Realizar las valoraciones postoperatorias rutinarias (p. ej., monitorizar los signos vitales, estado mental, pulsioxímetro, ECG).

Administrar oxígeno, si está prescrito.

Aspirar las secreciones orofaríngeas, si es necesario.

Administrar líquidos intravenosos, si está prescrito.

Dar cuidados de apoyo y control de la conducta para la desorientación y la agitación postictal.

Avisar al anestesiista o al psiquiatra de la TEC si el estado del paciente se desestabiliza o si no se recupera como se esperaba.

Documentar los cuidados proporcionados y la respuesta del paciente.

Observar al paciente en la zona de reanimación hasta que esté totalmente despierto, orientado en el tiempo y el espacio y sea capaz de realizar de manera independiente actividades de autocuidado.

Ayudar al paciente, cuando esté adecuadamente alerta, orientado y físicamente estable, a volver a la unidad de enfermería o a otra zona de recuperación.

Informar del tratamiento y de la respuesta del paciente al tratamiento al personal de enfermería que recibe al paciente post-TEC.

Determinar el nivel de observación que precisa el paciente una vez vuelve a la unidad o a la zona de recuperación.

Observar al paciente en la unidad de enfermería o la zona de recuperación, según precise.

Establecer precauciones para caídas, si es necesario.

Observar al paciente la primera vez que intente deambular para asegurarse que ha recuperado completamente el control muscular desde que ha recibido un relajante muscular durante la TEC.

Antes de administrar medicación oral, alimentos o líquidos, asegurarse de que el paciente ha recuperado el reflejo nauseoso.

Observar los posibles efectos secundarios de la TEC en el paciente (p. ej., dolor muscular, cefalea, náuseas, confusión, desorientación).

Administrar medicaciones (p. ej., analgésicos, antieméticos), según prescripción para los efectos secundarios del tratamiento.

Tratar la desorientación mediante la restricción de estímulos ambientales y reorientando con frecuencia al paciente.

Animar al paciente a expresar sus sentimientos respecto a la experiencia de la TEC.

Recordar al paciente amnésico que ha recibido TEC.

Proporcionar apoyo emocional al paciente, si es necesario.

Reforzar la enseñanza sobre la TEC con el paciente y los familiares, si procede.

Informar a los familiares del estado del paciente, si procede.

Dar de alta al paciente que ha recibido TEC acompañado de un adulto responsable cuando el paciente esté recuperado del tratamiento según el protocolo de la institución.

Colaborar con el equipo terapéutico para evaluar la eficacia de la TEC (p. ej., humor, estado cognitivo) y modificar el plan de tratamiento del paciente, si es necesario.

Manejo de la terapia trombolítica

4270

Definición: Recogida y análisis de datos del paciente para ofrecer una provisión urgente adecuada de un agente que disuelve un trombo.

Actividades:

Comprobar la identidad del paciente.

Obtener la historia de la enfermedad actual y antecedentes médicos.

Realizar una exploración física (p. ej., aspecto general, frecuencia cardíaca, presión sanguínea, frecuencia respiratoria, temperatura, grado de dolor, estatura y peso).

Explicar todos los procedimientos al paciente y a la pareja.

Permitir que haya alguien al lado del paciente si es posible.

Obtener una pulsioximetría y aplicar oxígeno si es adecuado.

Realizar una evaluación dirigida del sistema que esté indicado por la historia de la enfermedad actual.

Realizar un ECG de 12 derivaciones, si procede.

Iniciar una vía intravenosa y obtener muestras de sangre para análisis.

Obtener inmediatamente una tomografía computarizada craneal, si procede.

Realizar una gammagrafía de ventilación/perfusión, si procede.

Considerar pautas para la candidatura (p. ej., criterios de inclusión y de exclusión al tratamiento).

Determinar si el paciente recibirá el tratamiento.

Obtener el consentimiento informado.

Preparar la terapia trombolítica si está indicada.

Obtener otra vía de acceso intravenosa.

Evitar la obtención de muestras arteriales para prevenir complicaciones hemorrágicas.

Preparar trombolíticos según protocolo de la institución.

Administrar trombolíticos según pautas específicas de administración.

Administrar medicaciones adicionales según prescripción.

Controlar continuamente el ritmo cardíaco, los signos vitales, el grado de dolor, los ruidos cardiorrespiratorios, el nivel de conciencia, la perfusión periférica, la ingesta y la eliminación, el cambio del estado neurológico y la resolución de síntomas según las indicaciones.

Observar signos de hemorragia.

Realizar otras pruebas radiológicas si está indicado (p. ej., radiografía de tórax).

Preparar para iniciar medidas de soporte vital básico y avanzado si está indicado.

Preparar para el traslado para la curación definitiva (p. ej., laboratorio de cateterización cardíaca, UCI).

Manejo de la ventilación mecánica: invasiva **3300**

Definición: Ayudar a un paciente a recibir un soporte respiratorio artificial con un dispositivo insertado en la tráquea.

Actividades:

Controlar las condiciones que indican la necesidad de un soporte de ventilación (p. ej., fatiga de los músculos respiratorios, disfunción neurológica secundaria a traumatismo, anestesia, sobredosis de drogas, acidosis respiratoria refractaria).

Observar si hay insuficiencia respiratoria inminente.

Consultar con otros cuidados para la selección de ventilación (modo inicial habitualmente de control de volumen con frecuencia respiratoria, nivel de FIO₂, y volumen corriente diana especificado).

Obtener la evaluación basal de cuerpo entero del paciente al inicio y con cada cambio de cuidador.

Iniciar la preparación y la aplicación del respirador.

Asegurarse de que las alarmas del ventilador están conectadas.

Explicar al paciente y a la familia las razones de las sensaciones esperadas asociadas al uso de respiradores mecánicos.

Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado.

Comprobar regularmente todas las conexiones del ventilador.

Observar si se producen un descenso del volumen espirado y un aumento de la presión inspiratoria.

Administrar agentes paralizantes musculares, sedantes y analgésicos narcóticos prescritos, según proceda.

Controlar las actividades que aumentan el consumo de O₂ (fiebre, escalofríos, convulsiones, dolor o actividades básicas de enfermería) que pueden sustituir los ajustes de soporte del ventilador y causar una desaturación de O₂.

Controlar los factores que aumentan el trabajo respiratorio del paciente/ventilador (obesidad mórbida, embarazo, ascitis masiva, cabecera de la cama bajada, muesca en el tubo endotraqueal, condensación en los tubos del ventilador, filtros obstruidos).

Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio (p. ej., aumento de la frecuencia cardíaca o respiratoria, hipertensión, diaforesis, cambios del estado mental).

Vigilar la eficacia de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente.

Poner en marcha técnicas tranquilizadoras, si procede.

Proporcionar cuidados para aliviar el distrés del paciente (p. ej., posición, limpieza traqueobronquial, terapia broncodilatadora, sedación y/o analgesia, comprobaciones frecuentes del equipo).

Proporcionar medios de comunicación (papel y lápiz o tablilla alfabética).

Vaciar el agua condensada de las trampillas.

Asegurarse de cambiar los circuitos del ventilador cada 24 horas.

Realizar una técnica antiséptica en todos los procedimientos de succión, si proceden.

Vigilar las lecturas de presión del ventilador, la sincronización paciente/ventilador y el murmullo vesicular del paciente.

Realizar aspiración, en función de la presencia de sonidos adventicios y/o aumento de las presiones de inspiración.

Controlar la cantidad, color y consistencia de las secreciones pulmonares, y documentar los resultados periódicamente.

Detener la alimentación nasogástrica durante la aspiración y de 30 a 60 minutos antes de la fisioterapia torácica.

Continúa

540 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva (3300)

Actividades (ConL):

Silenciar las alarmas del ventilador durante la aspiración para disminuir la frecuencia de falsas alarmas.

Vigilar el progreso del paciente en los ajustes de ventilador actuales y realizar los cambios apropiados según orden médica.

Observar si se producen efectos adversos de la ventilación mecánica (p. ej., desviación traqueal, infección, barotraumatismo, volutrauma, gasto cardíaco reducido, distensión gástrica, enfisema subcutáneo).

Controlar la lesión de la mucosa bucal, nasal, traqueal o laríngea por presión de las vías aéreas artificiales, presión del manguito alta o desintubaciones no programadas.

Utilizar soportes de tubos comerciales en vez de esparadrapo o tiras para fijar las vías aéreas artificiales para prevenir desintubaciones no programadas.

Colocar al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación/perfusión, si procede.

Colaborar con el médico en el uso de CPAP o PEEP para minimizar la hipoventilación alveolar, si es el caso.

Colaborar rutinariamente con el médico y el fisioterapeuta respiratorio para coordinar los cuidados y ayudar al paciente a tolerar el tratamiento.

Realizar la fisioterapia torácica, cuando corresponda.

Fomentar una ingesta adecuada de líquidos y sustancias nutritivas.

Potenciar las evaluaciones rutinarias para los criterios de retirada (p. ej., estabilidad hemodinámica, cerebral, metabólica, resolución del trastorno que promovió la intubación, capacidad de mantener permeable la vía aérea, capacidad de iniciar el esfuerzo respiratorio).

Establecer el cuidado bucal de forma rutinaria con gasas blandas húmedas, antiséptico y succión suave.

Monitorizar los efectos de los cambios de ventilador en oxigenación: niveles de gases en sangre arterial, SpO_2 , SvO_2 , Co_2 corriente final, Q_{sp}/Q_{2t} y $A-aD_{O2}$, y la respuesta subjetiva del paciente.

Monitorizar el grado de derivación, capacidad vital, V_d/V_t , $M W$, fuerza inspiratoria y FEV₁ para disponer el destete de la ventilación mecánica, de acuerdo con el protocolo del centro.

Documentar todos los cambios de ajustes del ventilador con una justificación de los mismos.

Documentar todas las respuestas del paciente al ventilador y los cambios del ventilador (p. ej., observación del movimiento/auscultación del tórax, cambios radiológicos, cambios en las gasometrías arteriales).

Controlar las complicaciones posdesintubación (p. ej., estridor, edema de glotis, laringoespasma, estenosis traqueal).

Asegurar la presencia del equipo de emergencia a pie de cama en todo momento (p. ej., bolsa de reanimación manual conectada a oxígeno, mascarillas, equipo/suministros de succión) incluidos los preparativos necesarios si se producen caídas de tensión eléctrica.

Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva

3302

Definición: Ayuda a un paciente para recibir un soporte respiratorio artificial cuando no necesita la introducción de un dispositivo en la tráquea.

Actividades:

Controlar las condiciones que indican la adecuación de un soporte de ventilación no invasivo (p. ej., exacerbaciones agudas de EPOC, asma, edema pulmonar no cardiogénico y cardiogénico, insuficiencia respiratoria aguda por neumonía extrahospitalaria, síndrome de hipoventilación con obesidad, apnea obstructiva del sueño).

Controlar las contraindicaciones del soporte de ventilación no invasivo (p. ej., inestabilidad hemodinámica, paro cardiovascular o respiratorio, angina inestable, infarto agudo de miocardio, hipoxemia refractaria, acidosis respiratoria grave, nivel de conciencia disminuido, problemas con la fijación/colocación del equipo no invasivo, traumatismo facial, incapacidad para colaborar, obesidad mórbida, secreciones espesas o hemorragia).

Consultar con otros profesionales sanitarios al seleccionar un tipo de ventilador no invasivo (p. ej., presión limitada [BiPAP], regulador por volumen de flujo limitado o CPAP).

Consultar con otros profesionales sanitarios y el paciente para seleccionar un dispositivo no invasivo (p. ej., mascarilla nasal o facial, tapones nasales, almohadillas nasales, casco, pieza bucal).

Obtener la evaluación basal completa del paciente al inicio y con cada cambio de cuidador.

Enseñar al paciente y a la familia la justificación y las sensaciones esperadas asociadas al uso de ventiladores y dispositivos mecánicos no invasivos.

Colocar al paciente en una posición semi-Fowler.

Aplicar el dispositivo no invasivo asegurando un ajuste adecuado y evitar grandes fugas de aire (cuidado en pacientes desdentados o con barba).

Aplicar protección facial si es necesario para evitar daño por presión en la piel.

Iniciar la configuración y la aplicación del ventilador.

Observar continuamente al paciente en la primera hora después de la aplicación para evaluar la tolerancia.

Asegurar que las alarmas del respirador están conectadas.

Controlar de forma rutinaria los parámetros del ventilador, incluida la temperatura y la humidificación del aire inspirado.

Controlar periódicamente todas las conexiones del ventilador.

Controlar un descenso de volumen exhalado y un aumento de la presión inspiratoria.

Controlar las actividades que aumentan el consumo de O_2 (fiebre, escalofríos, convulsiones, dolor o actividades básicas de enfermería) que pueden sustituir los ajustes de soporte del ventilador y causar una desaturación de O_2 .

Controlar los síntomas que indican un aumento del trabajo respiratorio (p. ej., aumento de la frecuencia cardíaca o respiratoria, hipertensión, diaforesis, cambios del estado mental).

Controlar la efectividad de la ventilación mecánica sobre el estado fisiológico y psicológico del paciente.

Iniciar técnicas de relajación, si procede.

Asegurar períodos de reposo diarios (p. ej., de 15 a 30 minutos cada 4 a 6 horas).

Proporcionar cuidados para aliviar el distrés del paciente (p. ej., posición; tratar los efectos secundarios como rinitis, garganta seca o epistaxis; administrar sedación y/o analgesia; comprobaciones frecuentes del equipo; lavado o cambio del dispositivo no invasivo).

Proporcionar al paciente medios de comunicación (p. ej., papel y lápiz, un tablero alfabético).

Continúa.

542 Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva (3302)

Actividades **(Cont.):**

Vaciar el agua condensada de los colectores de agua.

Asegurar el cambio de los circuitos del ventilador cada 24 horas.

Utilizar una técnica aséptica, si procede.

Controlar al paciente y la sincronidad del ventilador y el murmullo vesicular del paciente.

Controlar la evolución del paciente con los ajustes actuales del ventilador y hacer cambios adecuados, según prescripción.

Controlar los efectos adversos (p. ej., irritación ocular, dehiscencia de la piel, vías respiratorias ocluidas por desplazamiento mandibular con mascarilla, disnea, ansiedad, claustrofobia, distensión gástrica).

Controlar la lesión de la mucosa bucal, nasal, traqueal o laríngea.

Controlar la cantidad, color y consistencia de las secreciones pulmonares, y documentar los resultados periódicamente.

Colaborar rutinariamente con el médico y el fisioterapeuta respiratorio para coordinar los cuidados y ayudar al paciente a tolerar el tratamiento.

Realizar fisioterapia torácica, si procede.

Potenciar la ingesta adecuada de líquidos y nutrientes.

Potenciar las evaluaciones rutinarias para los criterios de retirada (p. ej., resolución del trastorno que promovió la ventilación, capacidad de mantener un esfuerzo respiratorio adecuado).

Proporcionar los cuidados bucales de rutina con gasas blandas húmedas, antiséptico y succión suave.

Documentar todos los cambios de ajustes del ventilador con una justificación de los mismos.

Documentar todas las respuestas del paciente al ventilador y los cambios del ventilador (p. ej., observación del movimiento/auscultación del tórax, cambios radiológicos, cambios en las gasometrías arteriales).

Asegurar la presencia del equipo de emergencia a pie de cama en todo momento (p. ej., bolsa de reanimación manual conectada a oxígeno, mascarillas, equipo/suministros de succión) incluidos los preparativos necesarios si se producen caídas de tensión eléctrica.

Manejo de las alucinaciones

6510

Definición: Estimulación de la sensación de seguridad, comodidad y orientación en la realidad de un paciente que experimenta alucinaciones.

Actividades:

Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente.

Vigilar y regular el nivel de actividad y estimulación en el ambiente.

Mantener un ambiente de seguridad.

Proporcionar el nivel de vigilancia/supervisión adecuado para controlar al paciente.

Registrar las conductas del paciente que indiquen alucinaciones.

Mantener una rutina coherente.

Asignar cuidadores adecuados diariamente.

Fomentar una comunicación clara y abierta.

Proporcionar al paciente oportunidad de comentar las alucinaciones.

Animar al paciente a que exprese los sentimientos de una forma adecuada.

Redirigir al paciente hacia el tema de que se trate, si la comunicación del mismo es inadecuada a las circunstancias.

Prestar atención a las alucinaciones para ver si su contenido es violento o dañino para el paciente.

Animar al paciente a que desarrolle un control/responsabilidad de su propia conducta, si resulta oportuno.

Animar al paciente a que discuta los sentimientos e impulsos, en lugar de actuar sobre ellos.

Animar al paciente a que compruebe las alucinaciones con otras personas de confianza (prueba de realidad).

Señalar, si se pregunta, que uno no está experimentando los mismos estímulos.

Evitar discutir con el paciente sobre la validez de las alucinaciones.

Centrar la discusión sobre los sentimientos subyacentes, en lugar de en el contenido de las alucinaciones («Parece como si tuviera miedo»).

Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos sobre una base rutinaria de PRN.

Proporcionar enseñanza al paciente y a los seres queridos acerca de los medicamentos.

Observar si se producen efectos secundarios y los efectos terapéuticos deseados por la medicación.

Proporcionar seguridad y comodidad al paciente y a los demás cuando el paciente no sea capaz de controlar su conducta (limitar el ambiente, restricción de áreas, restricción física y reclusión).

Suspender o disminuir la medicación (después de consultar con el cuidador responsable de la prescripción) que pueda ser la causa de las alucinaciones.

Proporcionar enseñanza al paciente/seres queridos sobre la enfermedad si las alucinaciones están originadas en una enfermedad (delirio, esquizofrenia y depresión).

Enseñar a la familia y seres queridos a tratar con el paciente que experimenta las alucinaciones.

Monitorizar la capacidad de cuidados del paciente por sí mismo.

Ayudar en los cuidados del paciente por sí mismo, si es necesario.

Monitorizar el estado físico del paciente (peso corporal, hidratación y la planta de los pies en el paciente que camina).

Disponer reposo y nutrición adecuados.

Implicar al paciente en actividades basadas en la realidad que puedan distraerle de las alucinaciones (escuchar música).

1.ª edición 1992; 2.ª edición revisada 1996

Continúa

Manejo de las convulsiones **2680**

Definición: Cuidados del paciente durante un ataque convulsivo y el estado postictal.

Actividades:

Guiar los movimientos para evitar lesiones.

Vigilar la dirección de la cabeza y los ojos durante el ataque.

Aflojar la ropa.

Permanecer con el paciente durante el ataque.

Mantener abierta la vía aérea y usar un protector de lengua para evitar que la lengua obstruya las vías aéreas.

Canalizar una vía i.v., según corresponda.

Aplicar oxígeno, si procede.

Comprobar el estado neurológico.

Vigilar los signos vitales.

Reorientar después del ataque.

Registrar la duración del ataque.

Registrar las características del ataque: partes corporales implicadas, actividad motora y progresión del ataque convulsivo.

Registrar la información acerca del ataque.

Administrar la medicación prescrita, si es el caso.

Administrar los anticonvulsivos prescritos, si es el caso.

Controlar los niveles de fármacos antiepilépticos, si es el caso.

Comprobar la duración y características del período postictal.

Manejo de las náuseas

1450

Definición: Prevención y alivio de las náuseas.

Actividades:

Fomentar la observación de la propia experiencia con las náuseas.

Observar el aprendizaje de estrategias para controlar las náuseas.

Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes, utilizando herramientas como Diario de Autocuidado, Escala Analógica Visual, Escala Descriptiva de Duke e índice de Rhodes de Náuseas y Vómitos.

Observar si hay manifestaciones no verbales de incomodidad, especialmente en neonatos, niños y todos aquellos pacientes incapaces de comunicarse de manera eficaz, como los individuos con enfermedad de Alzheimer.

Evaluar experiencias pasadas con náuseas (p. ej., embarazo y marearse en el coche).

Conseguir un historial completo pretratamiento.

Conseguir un historial dietético donde consten los alimentos que más agradan a la persona, los que no le gustan y las preferencias culturales.

Evaluar el impacto de las náuseas sobre la calidad de vida (p. ej., apetito, actividad, desempeño laboral, responsabilidad y sueño).

Identificar factores (p. ej., medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir a las náuseas.

Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible (exceptuando el caso de náuseas relacionadas con el embarazo).

Controlar los factores ambientales que pueden evocar náuseas (p. ej., malos olores, ruido y estimulación visual desagradable).

Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, fatiga y ausencia de conocimiento).

Identificar estrategias exitosas en el alivio de las náuseas.

Demostrar la aceptación de las náuseas y colaborar con el paciente a la hora de elegir la estrategia de control de las náuseas.

Tener en cuenta la influencia cultural sobre la respuesta de las náuseas mientras se realiza la intervención.

Animar a no tolerar las náuseas pero a ser asertivo con los profesionales sanitarios para obtener un alivio farmacológico y no farmacológico.

Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (p. ej., biorretroalimentación, hipnosis, relajación, imaginación simple dirigida, terapia musical, distracción, acupresión) para controlar las náuseas.

Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas antes, durante y después de la quimioterapia; antes de que se produzcan las náuseas o aumenten, junto con otras medidas de control de las mismas.

Informar a otros profesionales de la atención sanitaria y a los miembros de la familia de cualquier estrategia no farmacológica que esté utilizando la persona con náuseas.

Fomentar el descanso y el sueño adecuados para facilitar el alivio de las náuseas.

Utilizar una higiene bucal frecuente para fomentar la comodidad, a menos que eso estimule las náuseas.

Animar a que se ingieran pequeñas cantidades de comida que sean atractivas para la persona con náuseas.

Enseñar a realizar una alimentación alta en hidratos de carbono y baja en lípidos, según sea conveniente.

Administrar alimentos fríos, líquidos transparentes, sin olor y sin color, según sea conveniente.

Controlar el contenido nutricional y las calorías en el registro de ingestas.

Pesar al paciente con regularidad.

Proporcionar información acerca de las náuseas, sus causas y su duración.

Ayudar a solicitar y proporcionar apoyo emocional.

Verificar los efectos de las náuseas.

Manejo de las vías aéreas

3140

Definición: Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.

Actividades:

Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o empuje de mandíbula, si procede.

Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.

Identificar al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de vías aéreas.

Abordar la vía aérea oral o nasofaríngea, si procede.

Realizar fisioterapia torácica, si está indicado.

Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión.

Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.

Utilizar técnicas divertidas para estimular la respiración profunda en los niños (hacer burbujas; soplar un silbato, armónica, globos; hacer un concurso soplando pelotas de pimpón, plumas, etc.).

Enseñar a toser de manera efectiva.

Ayudar estimulando al paciente durante la realización de la espirometría, si procede.

Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.

Realizar la aspiración endotraqueal o nasotraqueal, si procede.

Administrar broncodilatadores, si procede.

Enseñar al paciente a utilizar los inhaladores prescritos, si es el caso.

Administrar tratamientos con aerosol, si está indicado.

Administrar tratamientos con nebulizador ultrasónico, si procede.

Administrar aire u oxígeno humidificados, si procede.

Extraer cuerpos extraños con pinzas McGill, si procede.

Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio de líquidos.

Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea.

Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, si procede.

Manejo de las vías aéreas artificiales

3180

Definición: Mantenimiento de tubos endotraqueales o de traqueostornía y prevención de complicaciones asociadas con su utilización.

Actividades:

Disponer una vía aérea orofaríngea o una cánula de Guedel para impedir morder el tubo endotraqueal, si procede.

Proporcionar una humidificación del 100% al gas/aire inspirado.

Proporcionar una hidratación sistémica adecuada mediante la administración oral o intravenosa de líquido.

Inflar el globo del tubo endotraqueal/cánula de traqueostornía mediante una técnica mínimamente oclusiva o una técnica de fugas mínimas.

Mantener el inflado del globo del tubo endotraqueal/cánula de traqueostornía de 15 a 20 mmHg durante la ventilación mecánica y durante y después de la alimentación.

Aspirar la orofaringe y las secreciones de la parte superior del tubo antes de proceder a desinflar el dispositivo.

Comprobar la presión del globo cada 4 u 8 horas durante la espiración mediante una llave de paso de tres vías, jeringa calibrada y un manómetro de mercurio.

Comprobar la presión del globo inmediatamente después del aporte de cualquier tipo de anestesia general.

Cambiar las cintas/sujeción del globo endotraqueal cada 24 horas, inspeccionar la piel y la mucosa bucal, y mover el tubo ET al otro lado de la boca.

Aflojar los soportes comerciales del tubo endotraqueal al menos una vez al día, y proporcionar cuidados a la piel de la zona.

Auscultar si hay sonidos pulmonares bilaterales después de la inserción y después de cambiar la sujeción del tubo endotraqueal/de traqueostornía.

Marcar la referencia en centímetros en el tubo endotraqueal para comprobar posibles desplazamientos.

Ayudar en el examen radiológico del tórax, si es necesario, para controlar la posición del tubo.

Minimizar la acción de palanca y la tracción de la vía aérea artificial mediante la suspensión de los tubos del ventilador desde los soportes superiores, mediante montajes y pivotes giratorios de catéter flexibles, y soportando los tubos durante el giro, la aspiración y desconexión y reconexión del ventilador.

Observar si hay presencia de crepitaciones y roncus en las vías aéreas.

Observar si hay descenso del volumen exhalado y aumento de la presión inspiratoria en los pacientes que reciben ventilación mecánica.

Iniciar la aspiración endotraqueal, si está indicado.

Instituir medidas que impidan la desintubación accidental: fijar la vía aérea artificial con cinta/cuerda; administrar sedación y relajantes musculares, si procede, y disponer de sujeción en los brazos, si procede.

Preparar un equipo de entubación adicional y un ambú en un sitio de fácil disponibilidad.

Proporcionar cuidados a la tráquea cada 4 a 8 horas si procede: limpiar la cánula interna, limpiar y secar la zona alrededor del estoma, y cambiar la sujeción de traqueostornía.

Inspeccionar la piel alrededor del estoma traqueal por si hay drenaje, enrojecimiento e irritación.

Realizar una técnica estéril al succionar y proporcionar los cuidados de traqueostornía.

Aislar la traqueostornía del agua.

Proporcionar cuidados bucales y aspirar orofaringe, si procede.

Fijar el obturador de la traqueostornía con cinta al cabecero de la cama.

Fijar el segundo globo de la traqueostornía (mismo tipo y tamaño) y mantener las pinzas al cabecero de la cama.

Realizar fisioterapia torácica, si procede.

Continúa

550 Manejo de las vías aéreas artificiales (3180)

Actividades **(Cont.):**

Asegurar que el globo endotraqueal/de traqueostomía esté inflado durante la alimentación, si procede.

Elevar el cabecero de la cama o ayudar al paciente a sentarse en una silla durante la alimentación, si es posible.

Añadir colorante de alimentos durante la alimentación enteral, si procede.

Manejo de líquidos

4120

Definición: Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados.

Actividades:

Pesar a diario y controlar la evolución.

Contar o pesar pañales, si procede.

Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.

Realizar sondaje vesical, si es preciso.

Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso.

Controlar resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de la gravedad específica, aumento de BUN, disminución de hematocrito y aumento de los niveles de osmolalidad de la orina).

Monitorizar estado hemodinámico, incluyendo niveles de PVC, PAM, PAP y PCPE, según disponibilidad.

Monitorizar signos vitales, si procede.

Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos (crepitaciones, PVC o presión de cuña capilar pulmonar elevada, edema, distensión de venas del cuello y ascitis), si procede.

Controlar los cambios de peso del paciente antes y después de la diálisis, si corresponde.

Evaluar la ubicación y extensión del edema, si lo hubiera.

Controlar ingesta de alimentos/líquidos y calcular la ingesta calórica diaria, si procede.

Administrar terapia i.v. según prescripción.

Monitorizar el estado nutricional

Administrar líquidos, si procede.

Administrar los diuréticos prescritos, si procede.

Administrar líquidos i.v. a temperatura ambiente.

Favorecer la ingesta oral (proporcionar una pajita para beber, ofrecer líquidos entre las comidas, cambiar el agua con hielo de forma rutinaria, preparar polos con el zumo preferido del niño, cortar gelatina con formas divertidas y utilizar recipientes pequeños de medicamentos), si procede.

Instruir al paciente en el estado de «nada por boca» (NPO), si procede.

Administrar reposición prescrita de líquidos por vía nasogástrica en función de la eliminación, si procede.

Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, si procede.

Animar al ser querido a que ayude al paciente con las comidas, si procede.

Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca/zumo de frutas con frecuencia), si procede.

Restringir la libre ingesta de agua en presencia de hiponatremia dilucional con un nivel de Na en suero inferior a 130mEq/l.

Vigilar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.

Consultar con el médico, si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran.

Determinar la disponibilidad de productos sanguíneos para transfusión, si fuera necesario.

Preparar al paciente para la administración de productos sanguíneos (comprobar la sangre con la identificación del paciente y preparar el equipo de transfusión), si procede.

Administrar los productos sanguíneos (plaquetas y plasma fresco congelado), si procede.

Manejo de líquidos/electrólitos

2080

Definición: Regular y prevenir las complicaciones derivadas de niveles de líquidos y/o electrolitos alterados.

Actividades:

Observar si los niveles de electrolitos en suero son anormales, si existe disponibilidad.

Obtener muestras para el análisis en el laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados (niveles de hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio), si procede.

Pesar a diario y valorar la evolución.

Restringir la libre ingesta de agua en presencia de hiponatremia dilucional con un nivel de Na en suero inferior a 130 mEq/l.

Administrar líquidos, si está indicado.

Favorecer la ingesta oral (proporcionar líquidos según preferencias del paciente, colocarlos a su alcance, proporcionar pajita para beber y agua fresca), si resulta oportuno.

Reponer líquidos por vía nasogástrica, si está prescrito, en función de la eliminación, si procede.

Administrar fibra según prescripción al paciente alimentado por sonda para reducir la pérdida de líquidos y electrolitos causada por la diarrea.

Minimizar el número de cubitos de hielo consumidos o la cantidad de ingesta oral en pacientes con sondas gástricas conectadas a un aspirador.

Irrigar las sondas nasogástricas con solución salina normal.

Proporcionar agua libremente con la alimentación por sonda, si resulta oportuno.

Ajusar un nivel de flujo de perfusión intravenosa (o transfusión de sangre) adecuado.

Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos (niveles de hematocrito, BUN, albúmina, proteínas totales, osmolalidad del suero y gravedad específica de la orina).

Vigilar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos (aumento de la gravedad específica, aumento de BUN, disminución de hematocrito y aumento de los niveles de osmolalidad de la orina).

Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo niveles de PVC, PAM, PAP y PCPE, según disponibilidad.

Llevar un registro preciso de ingestas y eliminaciones.

Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos.

Proceder a la restricción de líquidos, si es oportuno.

Vigilar los signos vitales, si procede.

Corregir la deshidratación preoperatoria, si es el caso.

Mantener la solución intravenosa que contenga los electrolitos a un nivel de flujo constante, cuando sea preciso.

Controlar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.

Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de líquidos.

Proporcionar la dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrolitos específico (baja en sodio, con restricción de líquidos, renal y sin adición de sal).

Observar si se producen efectos secundarios como consecuencia del suplemento de electrolitos prescrito (irritación GI).

Valorar las mucosas bucales del paciente, la esclerótica y la piel por si hubiera indicios de alteración de líquidos y del equilibrio de electrolitos (sequedad, cianosis e ictericia).

Consultar con el médico si los signos y síntomas del desequilibrio de líquidos y/o electrolitos persisten o empeoran.

Administrar el suplemento de electrolitos prescrito, si procede.

Continúa

554 Manejo de líquidos/electrólitos (2080)

Actividades *(Cont.)*:

Administrar resinas de fusión/eliminación de electrolitos de acuerdo con la prescripción, si procede.

Instaurar medidas para controlar la pérdida excesiva de electrolitos (descanso del estómago, cambio del tipo de diurético o administración de antipiréticos), según sea el caso.

Instaurar medidas de descanso intestinal (restringir ingesta de alimentos o líquidos y disminuir la ingesta de productos lácteos), si corresponde.

Administrar glucosa de acción rápida con hidratos de carbono de acción prolongada y proteínas para el control de la hipoglucemia aguda, si es el caso.

Preparar al paciente para la diálisis (ayudar con la colocación del catéter para diálisis), cuando sea preciso.

Observar si existe pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea).

Fomentar una imagen corporal positiva y la autoestima, si se expresan inquietudes como resultado de la excesiva retención de líquidos, cuando proceda.

Manejo de los recursos económicos

8550

Definición: Procurar y dirigir la utilización de los recursos financieros para asegurar el desarrollo y la continuación de los programas y de los servicios.

Actividades:

Desarrollar un plan de negocio.

Desarrollar un análisis de costes-beneficios de los programas y de los servicios.

Mantener un presupuesto adecuado para los servicios proporcionados.

Identificar las fuentes de servicios financieros.

Solicitar subvenciones.

Identificar los esfuerzos de *marketing* para aumentar los programas.

Identificar los recursos *in-kind* (prestados) que apoyan a los programas y a los servicios.

Analizar la viabilidad económica del programa según las tendencias.

Implementar políticas y procedimientos pertinentes para asegurar el reembolso.

Maximizar el posible reembolso (p. ej., certificación del programa, proveedores cualificados).

Utilizar métodos de contabilidad adecuados para asegurar el uso correcto y designado de los fondos.

Utilizar métodos apropiados para dirigir la responsabilidad financiera.

Evaluar la eficacia de los resultados y de los costes del programa.

Realizar los cambios adecuados en el control financiero en función de la evaluación.

Manejo de los suministros

7840

***Definición:* Asegurar la adquisición y mantenimiento de los artículos apropiados para la provisión de cuidados al paciente.**

Actividades:

Identificar los artículos comúnmente utilizados en el cuidado del paciente.

Determinar el nivel de existencias necesario para cada artículo.

Añadir nuevos artículos a la lista de inventario, si procede.

Comprobar la fecha de caducidad de los artículos a intervalos determinados.

Inspeccionar la integridad de los paquetes estériles.

Asegurarse de que la zona de suministros se limpia regularmente.

Evitar recopilar artículos caros.

Solicitar equipos nuevos o de recambio, si es necesario.

Asegurarse de que se han realizado los requisitos de mantenimiento del equipo especial.

Solicitar materiales de educación para el paciente, si procede.

Solicitar artículos de especialidad para el paciente, si procede.

Cargar al paciente la adquisición de los artículos, si procede.

Marcar los equipos de la unidad/centro para su identificación, si procede.

Revisar el presupuesto de suministros, si procede.

Manejo de los trastornos de la alimentación **1030**

Definición: Prevención y tratamiento de restricciones severas en la dieta, los ejercicios en exceso y purga de alimentos y líquidos.

Actividades:

Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados para desarrollar un plan de tratamiento; implicar al paciente y/o ser querido, si procede.

Hablar con el paciente y con el equipo para establecer un peso adecuado como objetivo, si el paciente no está dentro del margen de peso recomendado para la edad y estructura corporal.

Establecer la cantidad de ganancia de peso diario que se desee.

Hablar con el dietista para determinar la ingesta calórica diaria necesaria para conseguir y/o mantener el peso marcado como objetivo.

Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición con el paciente (y seres queridos, si procede).

Animar al paciente a discutir preferencias alimentarias con el dietista.

Desarrollar una relación de apoyo con el paciente.

Vigilar los parámetros fisiológicos (signos vitales y niveles de electrolitos) que sean necesarios.

Pesar diariamente (a la misma hora del día y después de evacuar).

Controlar la ingesta y eliminación de líquidos, si procede.

Vigilar la ingesta diaria de alimento calórico.

Fomentar la autovigilancia por parte del paciente de la ingesta diaria de alimentos y la ganancia/mantenimiento del peso, si procede.

Establecer expectativas sobre conductas de alimentación adecuadas, de ingesta de comida/líquidos y de cantidad de actividad física.

Acordar una conducta con el paciente para provocar las conductas de ganancia o mantenimiento de peso deseadas.

Restringir la disponibilidad de comida, establecer comidas programadas, servidas de antemano y tentempiés.

Observar al paciente durante y después de las comidas/tentempiés para asegurar que se consigue y mantiene la ingesta adecuada.

Acompañar al paciente al servicio durante los momentos de observación establecidos después de las comidas/tentempiés.

Limitar el tiempo que pasa el paciente en el servicio en los períodos en que no hay observación.

Controlar las conductas del paciente respecto de la alimentación, pérdida y ganancia de peso.

Utilizar técnicas de modificación de la conducta para promover conductas que contribuyan a la ganancia de peso y para limitar las conductas de pérdida de peso, si procede.

Apoyar la ganancia de peso y las conductas que promueven la ganancia de peso.

Remediar las consecuencias de la pérdida de peso, de las conductas que provoquen pérdidas de peso y de la falta de ganancia de peso.

Proporcionar apoyo (terapia de relajación, ejercicios de desensibilización y oportunidades de hablar de los sentimientos) a medida que el paciente incorpora nuevas conductas de alimentación, cambia su imagen corporal y su estilo de vida.

Animar al paciente a que lleve anotaciones diarias en las que registre sus sentimientos, así como las circunstancias del entorno que le llevan a purgarse, vomitar o hacer ejercicio en exceso.

Limitar la actividad física, si es necesario, para promover la ganancia de peso.

Continúa

558 Manejo de los trastornos de la alimentación (1030)

Actividades *(Cont.)*:

Disponer un programa de ejercicios supervisado, cuando corresponda.

Dar la oportunidad de elegir de forma limitada el ejercicio y la alimentación, a medida que tiene lugar la ganancia de peso de una manera deseable.

Ayudar al paciente (y seres queridos, si procede) a examinar y resolver cuestiones personales que puedan contribuir a los trastornos de alimentación.

Ayudar al paciente a desarrollar la autoestima compatible con un peso corporal sano.

Consultar con el equipo de cuidados acerca del progreso del paciente.

Iniciar la fase de mantenimiento del tratamiento cuando el paciente haya conseguido el peso marcado como objetivo y haya mostrado fehacientemente conductas de alimentación deseadas durante el tiempo establecido.

Controlar el peso del paciente de forma rutinaria.

Determinar el margen aceptable de variación de peso en relación al margen marcado.

Delegar la responsabilidad total de opciones acerca de la alimentación y la actividad física al paciente, si procede.

Proporcionar apoyo y guía, si lo precisa.

Ayudar al paciente a evaluar lo adecuado/consecuencias de las opciones de alimentación y actividad física.

Volver a instituir el protocolo de ganancia de peso si el paciente es incapaz de mantenerse en el margen de peso señalado.

Establecer un programa de tratamiento y un seguimiento de los cuidados (médico y asesoramiento) para el manejo en casa.

Manejo de muestras

7820

Definición: Obtener, preparar y preservar una muestra para un análisis de laboratorio.

Actividades:

Obtener la muestra requerida, de acuerdo con el protocolo.

Enseñar al paciente a recoger y preservar la muestra, si procede.

Proporcionar el recipiente requerido para la muestra.

Utilizar los dispositivos especiales de recogida de muestras, si es necesario, para bebés, niños y adultos impedidos.

Ayudar con la biopsia de un tejido u órgano, según proceda.

Ayudar con la aspiración de líquido de una cavidad corporal, si es el caso.

Almacenar las muestras recogidas en el tiempo, según el protocolo.

Sellar todos los recipientes de las muestras para evitar fugas y contaminaciones.

Etiquetar la muestra con los datos adecuados antes de dejar al paciente.

Colocar la muestra en un recipiente adecuado para el transporte.

Disponer el transporte de la muestra al laboratorio.

Solicitar los análisis de laboratorio rutinarios relacionados con la muestra, si procede.

Manejo de presiones

3500

Definición: IVurdnúzar la presión sobre las partes corporales.

Actividades:

- Vestir al paciente con prendas no ajustadas.
- Cortar y abrir la escayola para aliviar la presión.
- Almohadillar los bordes de yesos ásperos y las conexiones de tracción, si procede.
- Colocar al paciente sobre un colchón/cama terapéutica.
- Colocar la zona sobre una almohadilla de espuma de poliuretano, si procede.
- Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada.
- Administrar fricciones en la espalda/cuello, si está indicado.
- Elevar la extremidad lesionada.
- Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con el programa específico.
- Facilitar pequeños cambios del peso corporal.
- Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel.
- Comprobar la movilidad y actividad del paciente.
- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar los factores de riesgo del paciente (escala de Braden).
- Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libres de presiones continuas.
- Hacer la cama con pliegues para evitar la presión sobre los dedos de los pies.
- Aplicar protectores de talones, si lo precisa el caso.
- Vigilar el estado nutricional del paciente.
- Observar si hay fuentes de cizallamiento.

Manejo del asma

3210

Definición: Identificación, tratamiento y prevención de las reacciones inflamatorias de las vías aéreas.

Actividades:

Determinar los datos basales del estado respiratorio del paciente para utilizar como punto comparativo.

Documentar las medidas de los datos basales en la historia clínica.

Comparar el estado actual respiratorio con el estado anterior para detectar cambios.

Obtener mediciones de espirometría (FEV₁, FVC, relación FEV₁/FVC) antes y después del uso de un broncodilatador de corta duración.

Controlar el índice de flujo espiratorio máximo (*peek-flow*), si procede.

Enseñar al paciente el uso del medidor de *peek-flow* en casa.

Observar si hay crisis asmáticas.

Determinar la comprensión de la enfermedad y del tratamiento por parte del cliente/familia.

Enseñar al cliente/familia las medicaciones antiinflamatorias y broncodilatadoras y su uso adecuado.

Enseñar técnicas adecuadas para el uso de la medicación y del equipo (p. ej., inhalador, nebulizador, medidor de flujo máximo).

Determinar el cumplimiento de los tratamientos prescritos.

Fomentar la expresión verbal de los sentimientos sobre el diagnóstico, el tratamiento y el impacto del asma en el estilo de vida.

Identificar desencadenantes conocidos y la reacción habitual.

Enseñar al cliente a identificar y evitar desencadenantes, si es posible.

Establecer un plan escrito con el cliente para controlar exacerbaciones.

Ayudar a reconocer signos/síntomas inminentes de las crisis asmáticas y a implantar medidas de respuesta adecuadas.

Controlar la frecuencia, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo de la respiración.

Observar el inicio, las características y la duración de la tos.

Controlar el movimiento torácico, incluyendo simetría, uso de músculos accesorios y retracciones de los músculos supraclaviculares e intercostales.

Auscultar los sonidos respiratorios, observando si hay áreas de ventilación disminuida/ausente y sonidos adventicios.

Administrar medicación según proceda y/o según las normas y las pautas de procedimiento.

Auscultar los sonidos pulmonares después del tratamiento para determinar los resultados.

Ofrecer líquidos calientes, si procede.

Enseñar técnicas de respiración/relajación.

Durante el ataque de asma, acercarse al paciente con calma y tranquilidad.

Informar al cliente/familia sobre las normas y los procedimientos para transportar y administrar medicaciones para el asma en la escuela.

Informar al padre/tutor sobre cuándo el niño ha necesitado/utilizado medicación PRN en la escuela, si procede.

Remitir para valoración médica, si procede.

Establecer un programa regular de seguimiento.

Enseñar al personal escolar los procedimientos adecuados de urgencia.

Prescribir y/o renovar las medicaciones para el asma, si procede.

Manejo del código de urgencias

6140

Defunción: Coordinación de las medidas de urgencia para el sostenimiento de la vida.

Actividades:

Pedir ayuda.

Asegurar la permeabilidad de vías aéreas, la administración de respiración artificial y la realización de compresiones cardíacas.

Denominar un código de acuerdo con las normas del centro.

Acercar el carro de paradas junto a la cama.

Colocar el monitor cardíaco y determinar el ritmo.

Practicar cardioversion o desfibrilación, tan pronto como sea posible.

Asegurarse de que alguien del personal realiza la oxigenación del paciente y ayuda con la intubación, si está indicado.

Canalizar una vía i.v. y administrar líquidos de forma intravenosa, si está indicado.

Asegurarse de que el profesional específico (1) prescriba los medicamentos, (2) los traiga, (3) interprete el ECG y realice la cardioversión/desfibrilación, si es necesario, y (4) registre los cuidados.

Recordar al personal el protocolo de Apoyo Cardíaco Vital Avanzado, si procede.

Asegurarse de que alguna persona atienda las necesidades de la familia, si está presente.

Asegurarse de que otra persona coordine los cuidados de los demás pacientes de la planta/unidad.

Revisar las acciones realizadas en urgencias vitales para identificar las realizadas correctamente y aquellas que necesitan ser mejoradas.

Realizar una comprobación del carro de emergencias, según el protocolo del centro.

Manejo del delirio

6440

***Definición:* Disposición de un ambiente seguro y terapéutico para el paciente que experimenta un estado confuso agudo.**

Actividades:

Identificar los factores etiológicos que causan delirio.

Poner en marcha terapias para reducir o eliminar los factores causantes del delirio.

Monitorizar el estado neurológico sobre una base progresiva.

Proporcionar consideración positiva incondicional.

Reconocer verbalmente los miedos y sentimientos del paciente.

Proporcionar una seguridad optimista pero al mismo tiempo que sea realista.

Permitir que el paciente mantenga rituales que limiten la ansiedad.

Proporcionar información al paciente sobre lo que sucede y lo que puede esperar que suceda en el futuro.

Evitar exigencias de pensamiento abstracto si el paciente sólo puede pensar en términos concretos.

Limitar la necesidad de toma de decisiones si frustra/confunde al paciente.

Administrar medicamentos si fueran necesarios para la ansiedad o agitación.

Fomentar las visitas de seres queridos, si procede.

Reconocer y aceptar las percepciones o interpretaciones de la realidad por parte del paciente (alucinaciones o ilusiones).

Declarar la propia percepción de forma calmada, que dé seguridad y sin discusiones.

Responder al tono del tema/sentimiento, en lugar de al contenido de la alucinación o ilusión.

Retirar los estímulos, cuando sea posible, que creen una percepción equivocada en un paciente particular (cuadros en la pared o la televisión).

Mantener un ambiente bien iluminado que reduzca los contrastes y las sombras.

Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal.

Mantener un ambiente libre de peligros.

Colocar un brazalete de identificación al paciente.

Disponer un nivel adecuado de supervisión/vigilancia para controlar al paciente y permitir la implementación de acciones terapéuticas, si es necesario.

Disponer limitación física, si es necesario.

Evitar frustrar al paciente con preguntas de orientación que no puede responder.

Informar al paciente sobre personas, tiempo y lugar, si es necesario.

Proporcionar un ambiente físico y una rutina diaria coherentes.

Disponer cuidadores que resulten familiares al paciente.

Utilizar pistas ambientales (signos, cuadros, relojes, calendarios y código de colores del ambiente) para estimular la memoria, reorientar y promover una conducta adecuada.

Disponer un ambiente de baja estimulación para el paciente cuya desorientación aumenta con sobrestimulación.

Fomentar el uso de dispositivos de ayuda que aumenten la activación sensorial (gafas, dispositivos de audición y dentaduras postizas).

Acercarse al paciente lentamente y de frente.

Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.

Reorientar al paciente hacia el cuidador mediante contacto visual.

Comunicarse con frases simples, directas y descriptivas.

Preparar al paciente para los cambios de rutina y de ambiente habituales que se avecinan antes de que se produzcan.

Proporcionar información nueva de forma lenta y en pequeñas dosis, con frecuentes períodos de descanso.

Centrar las interacciones personales en lo que resulta familiar y tiene sentido para el paciente.

Manejo del desfibrilador: externo

4095

Definición: Cuidado del paciente que es desfibrilado para revertir las alteraciones del ritmo cardíaco potencialmente mortales.

Actividades:

Iniciar la reanimación cardiopulmonar, si está indicado.

Preparar para la desfibrilación inmediata de un paciente que no responde y sin pulso, junto con la reanimación cardiopulmonar.

Mantener la reanimación cardiopulmonar cuando no se esté aplicando la desfibrilación externa.

Determinar el tipo y técnicas de funcionamiento del desfibrilador disponible.

Aplicar los parches o las palas de acuerdo con las instrucciones de la máquina (p. ej., las palas necesitan un agente de conducción; los parches vienen preparados con un agente de conducción).

Colocar adecuadamente los dispositivos de control en los pacientes (parches del desfibrilador externo automático o cables del monitor).

Colocar las palas o parches de forma que eviten la ropa o la ropa de cama, si procede.

Determinar la necesidad de choque de acuerdo con las instrucciones del desfibrilador o la interpretación de la arritmia.

Cargar la máquina a los niveles adecuados.

Utilizar las precauciones de seguridad antes de descargar (p. ej., decir «fuera» tres veces, asegurarse de que nadie toca al paciente, incluido quien realiza la descarga).

Controlar los resultados y repetir si está indicado.

Minimizar las interrupciones de las compresiones torácicas en pacientes que no responden.

Registrar los acontecimientos adecuadamente.

Ayudar en la recuperación del paciente si está indicado (p. ej., activar sistemas médicos de emergencia cuando sucede fuera del hospital para transportar al paciente a un centro de urgencias; disponer el transporte dentro del hospital a la unidad de enfermería correspondiente para cuidados cardíacos intensivos si está indicado).

Enseñar al nuevo personal de enfermería el tipo y técnicas de funcionamiento del desfibrilador disponible.

Ayudar en la formación del público respecto al uso y las indicaciones adecuadas de la desfibrilación externa en caso de paro cardiorrespiratorio.

Manejo del desfibrilador: interno

4096

Definición: Cuidado del paciente que recibe la parada o resolución de alteraciones del ritmo cardíaco potencialmente mortales con la introducción y uso de un desfibrilador cardíaco interno.

Actividades:

Proporcionar información al paciente y a la familia relacionada con la implantación de un desfibrilador (p. ej., indicaciones, funciones, experiencia en cardioversión, cambios necesarios en el estilo de vida, potenciales complicaciones).

Proporcionar la información concreta y objetiva relacionada con los efectos del tratamiento con un desfibrilador para reducir la incertidumbre, el miedo y la ansiedad del paciente sobre los síntomas relacionados con el tratamiento.

Documentar los datos correspondientes en la historia permanente del paciente respecto a la introducción inicial del desfibrilador (p. ej., fabricante, número de modelo, número de serie, fecha de implantación, modo de operación, capacidad del marcapasos y/o liberación de choques, sistema de liberación de los choques, límites de frecuencia superior e inferior para dispositivos con respuesta según la frecuencia).

Confirmar la colocación del desfibrilador postimplantación con una radiografía de tórax basal.

Controlar las potenciales complicaciones asociadas a la introducción del desfibrilador (p. ej., neumotorax, hemotórax, perforación miocárdica, taponamiento cardíaco, hematoma, CVP, infecciones, hipo, espasmos musculares).

Observar los cambios en el estado hemodinámico o cardíaco, que indican la necesidad de modificar los ajustes del desfibrilador.

Controlar los trastornos que influyen potencialmente en el sensor (p. ej., cambios del estado hídrico, derrame pericárdico, anomalías electrolíticas o metabólicas, ciertos medicamentos, inflamación tisular, fibrosis tisular, necrosis tisular).

Controlar la hinchazón de brazo o un aumento de calor en el lado ipsilateral a la implantación del dispositivo y cables.

Controlar el enrojecimiento o la hinchazón en el sitio del dispositivo.

Enseñar al paciente a evitar la ropa ajustada o restrictiva que podría causar fricción en el sitio de introducción.

Enseñar al paciente las restricciones de las actividades (p. ej., restricciones de movimiento iniciales en los brazos en implantaciones pectorales, evitar levantar peso, evitar deportes de contacto, seguir las restricciones para conducir).

Controlar los síntomas de arritmias, isquemia o insuficiencia cardíaca (p. ej., mareo, síncope, palpitaciones, dolor torácico, disnea), especialmente en cada visita a consultas externas.

Enseñar al paciente y a la familia los síntomas que deben ser comunicados (p. ej., mareo, desfallecimiento, debilidad prolongada, náuseas, palpitaciones, dolor torácico, dificultades respiratorias, incomodidad en el lugar de introducción o del electrodo externo, choques eléctricos).

Enseñar al paciente los síntomas emergentes y qué hacer si se producen (p. ej., llamar al 112 si está mareado).

Controlar los niveles de medicamentos y electrolitos en pacientes tratados simultáneamente con antiarrítmicos.

Controlar los trastornos metabólicos con efectos adversos sobre los desfibriladores (alteraciones del equilibrio ácido-base, isquemia miocárdica, hiperpotasemia, hiperglucemia grave [mayor de 600 mg/dl], insuficiencia renal, hipotiroidismo).

Enseñar al paciente las potenciales complicaciones del desfibrilador por interferencia electromagnética (descargas inadecuadas, efectos proarrítmicos potenciales del desfibrilador, vida reducida del generador del desfibrilador, arritmia y paro cardíaco).

Enseñar al paciente la seguridad básica para evitar la interferencia electromagnética (p. ej., mantenerse al menos a 15 cm de las fuentes de interferencia, no dejar teléfonos móviles en modo «on» en el bolsillo de la camisa sobre el desfibrilador).

Continúa

Actividades (Coni):

Enseñar al paciente las fuentes de mayor interferencia electromagnética (p. ej., equipo de soldadura por arco, estimuladores musculares electrónicos, radiotransmisores, altavoces de concierto, sistemas generador-motor grandes, taladros eléctricos, detectores de metales manuales, RM, radioterapia).

Enseñar al paciente las consideraciones especiales a considerar en aeropuertos o arcos de seguridad de edificios gubernamentales (p. ej., informar siempre al guardia de seguridad del desfibrilador implantable, pasar por las puertas de seguridad, NO PERMITIR que se acerquen detectores de metales manuales al lugar del dispositivo, pasar rápidamente por los aparatos de detección de metales o pedir ser registrado a mano, no inclinarse ni estar cerca de aparatos de detección durante períodos prolongados).

Enseñar al paciente que los detectores de metales manuales contienen imanes que pueden reiniciar el desfibrilador y causar una alteración de la función.

Enseñar al paciente a comprobar las advertencias del fabricante si tiene dudas sobre aparatos eléctricos.

Enseñar al paciente a llevar la tarjeta de identificación del fabricante en todo momento.

Enseñar al paciente a llevar la pulsera o collar de alerta médica que identifica el desfibrilador.

Enseñar al paciente la necesidad de realizarse controles periódicos con el cardiólogo.

Controlar los problemas del desfibrilador que se hayan producido entre las visitas de control programadas (p. ej., descargas inadecuadas, descargas frecuentes).

Enseñar al paciente a seguir un diario detallado de todas las descargas (p. ej., hora, lugar y actividad del paciente cuando se produjo la descarga, síntomas físicos antes y después de la descarga) para revisarlo con el médico.

Enseñar al paciente a consultar al cardiólogo todos los cambios de medicación.

Enseñar al paciente con el nuevo desfibrilador a evitar conducir vehículos de motor hasta que el cardiólogo lo autorice (normalmente de 3 a 6 meses después del último episodio arritmico sintomático).

Enseñar al paciente la necesidad de revisión regular del desfibrilador por el cardiólogo como mantenimiento de rutina.

Enseñar al paciente la necesidad de realizarse una radiografía de tórax anualmente para confirmar la localización del desfibrilador.

Evitar asustar a la familia o los amigos sobre los choques imprevistos.

Enseñar a la familia del paciente (especialmente a las parejas sexuales) que no pasa nada por tocar a un paciente que esté recibiendo una descarga del desfibrilador (p. ej., pueden sentir el choque, pero esto no es perjudicial).

Enseñar al paciente y a la familia las precauciones y las restricciones necesarias.

Explorar las respuestas psicológicas (p. ej., cambios de autoimagen, depresión por las restricciones para conducir, miedo a los choques, mayor ansiedad, problemas relacionados con las prácticas sexuales, cambios en las relaciones de pareja).

Animar al paciente y a la familia a asistir a clases de RCR

Animar a la participación en reuniones de grupos de apoyo.

Manejo del dolor **1400**

Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.

Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.

Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor.

Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.

Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).

Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.

Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan el historial individual y familiar de dolores crónicos o que conlleven discapacidad, si es el caso.

Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.

Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.

Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (hoja de informe, llevar un diario).

Determinar la frecuencia necesaria para la realización de una valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento.

Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.

Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).

Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).

Considerar la disponibilidad del paciente a participar, capacidad de participar, preferencias, apoyo del método por parte de los seres queridos, y contraindicaciones al seleccionar una estrategia de alivio del dolor.

Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonal) que faciliten el alivio del dolor, si procede.

Enseñar los principios de control del dolor.

Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.

Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.

Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (retroalimentación, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, hipnosis, relajación, capacidad de imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia de juegos, terapia de actividad, acupresión, aplicación de calor/frío y masajes) antes, después y, si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente, y junto con las otras medidas de alivio del dolor.

Explorar el uso actual del paciente de métodos farmacológicos de alivio del dolor.

Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor.

Continúa

Actividades (Cont.):

Animar al paciente a utilizar medicación para el dolor adecuada.

Colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores para seleccionar y desarrollar las medidas no farmacológicas de alivio del dolor, si procede.

Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

Poner en práctica el uso de la analgesia controlada por el paciente, si se considera oportuno.

Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo.

Medicar antes de una actividad para aumentar la participación, aunque valorando el peligro de la sedación.

Asegurar las estrategias de analgesia de pretratamiento y/o no farmacológica antes de los procedimientos dolorosos.

Verificar el nivel de molestia con el paciente, anotar los cambios en el registro médico e informar a otros cuidadores que trabajen con el paciente.

Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.

Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.

Fomentar períodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.

Alentar al paciente a que discuta la experiencia dolorosa, si es el caso.

Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.

Informar a otros cuidadores/miembros de la familia sobre las estrategias no farmacológicas utilizadas por el paciente para fomentar actitudes preventivas en el manejo del dolor.

Utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor, cuando corresponda.

Considerar la posibilidad de remitir el paciente, familia y seres queridos a grupos de apoyo y otros recursos existentes, si procede.

Proporcionar una información veraz para alentar el conocimiento y respuesta de la familia a la experiencia del dolor.

Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible.

Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.

Manejo del edema cerebral

2540

Definición: Limitación de lesiones cerebrales secundarias derivadas de la inflamación del tejido cerebral.

Actividades:

Observar si hay confusión, cambios de esquemas mentales, quejas por mareos y síncope.

Seguir de cerca el estado neurológico y compararlo con valores guía,

Monitorizar los signos vitales.

Monitorizar las características del drenaje CSF: color, claridad y consistencia.

Registrar el drenaje CSF.

Monitorizar PVC, PAVVP y PAP, si procede.

Monitorizar la presión IC y la presión de perfusión cerebral.

Analizar la forma de onda de la presión IC.

Monitorizar el estado respiratorio: frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones; niveles de PaO₂, pCO₂, pH y bicarbonato.

Permitir que la presión intracraneal vuelva al valor guía por medio de las actividades de cuidados.

Monitorizar la presión IC y la respuesta neurológica del paciente a las actividades de cuidados.

Disminuir los estímulos ambientales del paciente.

Planificar los cuidados para disponer de períodos de reposo.

Suministrar sedación, si es necesario.

Observar los cambios del paciente en la respuesta a los estímulos.

Evitar conversaciones dentro del perímetro auditivo del paciente.

Administrar anticonvulsivos, si procede.

Evitar la flexión del cuello o la flexión extrema de la cadera/rodilla.

Evitar las maniobras de Valsalva.

Administrar laxantes.

Colocar la cama con el cabecero levantado a 30° o más.

Evitar el uso de PEEP.

Administrar agentes bloqueadores neuromusculares, según proceda.

Animar a la familia/ser querido a que hable con el paciente.

Restringir la administración de líquidos.

Evitar la administración de líquidos hipotónicos i.v.

Realizar los ajustes del respirador para mantener la PaCO₂ en los niveles prescritos.

Limitar la frecuencia del respirador a menos de 15 segundos.

Vigilar los valores de laboratorio: osmolalidad de suero y orina, niveles de sodio y potasio.

Controlar los índices de presión de volumen.

Establecer ejercicios de un margen de movimiento pasivo.

Controlar la ingesta y la eliminación.

Continúa

572 Manejo del edema cerebral (2540)

Actividades (Cont.):

Mantener la temperatura normal.

Administrar diuréticos activos de asa u osmóticos.

Poner en práctica las precauciones frente a ataques.

Administrar barbitúricos para conseguir la supresión de golpe del EEG, según orden médica.

Establecer medios de comunicación: realizar preguntas cuyas respuestas sean sí o no; proporcionar pizarra, lápiz y papel, tableros con imágenes, tarjetas y dispositivos de ayuda vocal.

Manejo del estreñimiento/impactación

0450

Definición: Prevención y alivio del estreñimiento/impactación.

Actividades:

Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.

Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación.

Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.

Vigilar la existencia de peristaltismo.

Consultar con el médico acerca de aumento/disminución de la frecuencia del peristaltismo.

Observar si hay signos y síntomas de rotura intestinal y/o peritonitis.

Explicar la etiología del problema y las razones para intervenir al paciente.

Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.

Establecer una pauta de aseo, si procede.

Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.

Evaluar la medicación para ver si hay efectos gastrointestinales secundarios.

Enseñar al paciente/familia que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.

Enseñar al paciente/familia a mantener un diario de comidas.

Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra, si procede.

Instruir al paciente/familia sobre el uso correcto de laxantes.

Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento/impactación.

Evaluar el registro de entrada para el contenido nutricional.

Aconsejar al paciente a consultar con un médico si el estreñimiento o la impactación persisten.

Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces, si procede.

Informar al paciente acerca del procedimiento de desimpactación, si fuera necesario.

Extraer la impactación fecal manualmente, si fuera necesario.

Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda.

Pesar al paciente regularmente.

Enseñar al paciente o a la familia los procesos digestivos normales.

Enseñar al paciente/familia el tiempo de resolución del estreñimiento.

Manejo del marcapasos: permanente

4091

Definición: Cuidado del paciente que recibe soporte permanente de una bomba cardíaca con la introducción y uso de marcapasos.

Actividades:

- Proporcionar información al paciente y a la familia relacionada con la implantación de un marcapasos (p. ej., indicaciones, funciones, códigos de programación universal, complicaciones potenciales).
- Proporcionar información objetiva y concreta relacionada con los efectos del tratamiento con un marcapasos para reducir la incertidumbre, el miedo y la ansiedad del paciente sobre los síntomas relacionados con el tratamiento.
- Documentar los datos pertinentes en el registro permanente del paciente para la introducción inicial de un marcapasos (p. ej., fabricante, número de modelo, número de serie, fecha de implantación, modo de operación, parámetros programados, límites de frecuencia superior e inferior para dispositivos con respuesta a la frecuencia, tipo de fijación de cables, sistema de electrodos unipolar o bipolar, capacidad del marcapasos y/o liberación de choques, sistema de liberación de choques).
- Asegurar la confirmación de la colocación del marcapasos postimplantación en la introducción inicial con una radiografía de tórax basal.
- Controlar si hay signos de mejora del gasto cardíaco a intervalos específicos después de iniciar el proceso (p. ej., mejora del volumen urinario, piel seca y caliente, desaparición del dolor torácico, signos vitales estables, ausencia de distensión de la vena yugular y crepitación, mejora del nivel de conciencia), según protocolo de la institución.
- Palpar los pulsos periféricos a intervalos específicos, según protocolo de la institución, para asegurar la perfusión adecuada con los latidos marcados.
- Controlar las potenciales complicaciones asociadas a la introducción del marcapasos (p. ej., neumotorax, hemotórax, perforación miocárdica, taponamiento cardíaco, hematoma, CVP, infecciones, hipo, espasmos musculares).
- Controlar el fallo del marcapasos y determinar la causa (p. ej., descolocación, rotura o migración del electrodo), si procede.
- Controlar la insuficiencia de la captura y determinar la causa (p. ej., descolocación o mala posición del electrodo, frecuencia a un voltaje por debajo del umbral de captura, conexiones defectuosas, rotura del cable, perforación ventricular), si procede.
- Controlar la insuficiencia del sensor y determinar la causa (p. ej., sensibilidad fijada demasiado alta, mala posición del electrodo catéter, rotura del electrodo, rotura del aislamiento del electrodo), si procede.
- Realizar una radiografía de tórax inmediatamente en caso de sospecha de rotura del electrodo, arrugado del parche, descolocación o migración del electrodo.
- Controlar los síntomas de arritmias, isquemia o insuficiencia cardíaca (p. ej., mareo, síncope, palpitaciones, dolor torácico, falta de aliento) especialmente en cada visita ambulatoria.
- Controlar los problemas del marcapasos que se hayan producido entre las visitas de control programadas.
- Controlar una hinchazón del brazo o un aumento de calor en el lado ipsilateral a los cables endovasculares implantados.
- Controlar un enrojecimiento o hinchazón en el lugar del dispositivo.
- Realizar una valoración completa de la circulación periférica (p. ej., comprobar los pulsos periféricos, edema, relleno capilar, temperatura de la piel y diaforesis) en la evaluación inicial de pacientes con marcapasos y antes de aplicar medidas correctiva.
- Determinar el tipo y modo de marcapasos, incluida la información de código de marcapasos universal para las cinco posiciones, antes de aplicar medidas correctivas.
- Reunir datos adicionales si es posible del registro permanente del paciente (p. ej., fecha de implantación, frecuencia de uso, cambios y parámetros de programación) antes de aplicar medidas correctivas.
- Asegurar el control continuo a pie de cama de ECG por parte de personas cualificadas.
- Anotar la frecuencia y duración de la disritmias.
- Controlar la respuesta hemodinámica a las disritmias.
- Facilitar la adquisición de un ECG de 12 derivaciones, si procede.
- Controlar las capacidades sensorial y cognitiva.

- Controlar la presión sanguínea a intervalos específicos y con cambios en el estado del paciente.
- Controlar la frecuencia y el ritmo cardíaco a intervalos específicos y con cambios en el estado del paciente.
- Controlar los niveles de fármacos y electrolitos en pacientes que toman antiarrítmicos simultáneamente.
- Controlar las alteraciones metabólicas con efectos adversos sobre los marcapasos (alteraciones del equilibrio ácido-base, isquemia miocárdica, hiperpotasemia, hiperglucemia grave [mayor de 600 mg/dl], insuficiencia renal, hipotiroidismo).
- Enseñar al paciente la relación con los riesgos potenciales por una interferencia electromagnética de fuentes externas (p. ej., mantenerse al menos a 15 cm de las fuentes de interferencia, no dejar teléfonos móviles en modo «on» en un bolsillo de la camisa encima del marcapasos).
- Enseñar al paciente las fuentes de mayor interferencia electromagnética (p. ej., equipo de soldadura por arco, estimuladores musculares electrónicos, radiotransmisores, altavoces de conciertos, grandes sistemas motor-generador, taladros eléctricos, detectores de metales manuales, RM, radioterapia).
- Enseñar al paciente a comprobar las advertencias del fabricante cuando tenga dudas sobre aparatos eléctricos.
- Enseñar al paciente los potenciales riesgos de interacciones ambientales (p. ej., ritmo o sensor inadecuado, vida acortada del generador, arritmias cardíacas, paro cardíaco).
- Enseñar al paciente los posibles riesgos de alteraciones metabólicas (p. ej., potencial para aumentar los umbrales de ritmo o captura).
- Enseñar al paciente la necesidad de realizarse controles periódicos con el cardiólogo.
- Enseñar al paciente a consultar al cardiólogo todos los cambios en las medicaciones.
- Enseñar al paciente con un marcapasos nuevo a evitar la conducción de vehículos de motor hasta que el cardiólogo lo permita (normalmente 3 meses como mínimo).
- Enseñar al paciente la necesidad de controlar de forma regular los umbrales del sensor y captura del marcapasos.
- Enseñar al paciente la necesidad de revisión regular del marcapasos por el cardiólogo ante signos de interferencia electromagnética.
- Enseñar al paciente la necesidad de realizarse una radiografía de tórax al menos anualmente para confirmar la colocación del marcapasos.
- Enseñar al paciente los signos y síntomas de un marcapasos disfuncional (p. ej., bradicardia < 30 lpm, mareo, debilidad, fatiga, molestias torácicas, angina, disnea, ortopnea, edema en partes declives, disnea paroxística nocturna, disnea de esfuerzo, hipotensión, casi síncope, síncope claro, paro cardíaco).
- Enseñar al paciente a llevar la tarjeta de identificación del fabricante en todo momento.
- Enseñar al paciente a llevar una pulsera o collar de alerta médica que le identifique como paciente con un marcapasos.
- Enseñar al paciente las consideraciones especiales a seguir en las puertas de seguridad gubernamentales o en el aeropuerto (p. ej., informar siempre al guardia de seguridad del marcapasos implantable, pasar por las puertas de seguridad, NO PERMITIR que se acerquen detectores de metales manuales cerca del lugar del dispositivo, pasar siempre rápidamente por los dispositivos de detección de metales o pedir el chequeo manual, no inclinarse ni estar cerca de dispositivos de detección durante períodos prolongados).
- Enseñar al paciente que los detectores de metales manuales contienen imanes que pueden reiniciar el marcapasos y causar un mal funcionamiento.
- Enseñar a la familia del paciente que no pasa nada si una persona toca a un paciente que está recibiendo una descarga del marcapasos.

Manejo del marcapasos: temporal

4092

Definición: Apoyo temporal de bombeo cardíaco mediante la introducción y uso de marcapasos temporales.

Actividades:

Determinar las indicaciones del marcapasos temporal y duración del soporte indicado.

Determinar la mecánica buscada del marcapasos (p. ej., catéter interno o externo, unipolar o bipolar, transtorácico, epicárdico o venoso central), incluida la adecuación del tipo de generador de pulsos seleccionado.

Realizar una valoración global de la circulación periférica (p. ej., comprobar los pulsos periféricos, edema, llenado capilar), temperatura de la piel y diaforesis.

Asegurar el control continuo a pie de cama de ECG por parte de personas cualificadas.

Anotar la frecuencia y la duración de las arritmias.

Controlar la respuesta hemodinámica a las arritmias.

Facilitar la adquisición de un ECG de 12 derivaciones, si procede.

Controlar las capacidades sensorial y cognitiva.

Controlar la presión sanguínea a intervalos específicos y con cambios en el estado del paciente.

Controlar la frecuencia y el ritmo cardíaco a intervalos específicos y con cambios en el estado del paciente.

Instruir al paciente respecto al marcapasos elegido (p. ej., objetivo, indicaciones, mecánica, duración).

Asegurarse de que los pacientes con un marcapasos externo conocen la posibilidad de molestias y la disponibilidad de sedación para su comodidad y/o relajación.

Obtener el consentimiento informado para introducir un marcapasos temporal.

Preparar la piel del tórax y de la espalda limpiándola con agua y jabón y cortar el vello corporal con tijeras, no con maquinilla, si procede.

Preparar el marcapasos elegido según el protocolo del centro (p. ej., asegurarse de que la batería está cargada, identificar los grupos de cables auriculares y ventriculares, identificar los electrodos positivo y negativo para cada par de cables, identificar las etiquetas según indicación/preferencia).

Ayudar a introducir o colocar el dispositivo seleccionado, el mecanismo, si procede.

Colocar los electrodos del marcapasos transcutáneo externo sobre la piel limpia y seca en la parte anterior izquierda del tórax y en la parte posterior del tórax, si procede.

Administrar sedación y analgesia a los pacientes que reciben marcapasos transcutáneos externos, según esté indicado.

Fijar la frecuencia a las necesidades del paciente y dirigida por el médico (recomendaciones generales: 90 a 110 lpm en pacientes quirúrgicos, 70 a 90 lpm en pacientes médicos, 80 lpm en pacientes con un paro cardíaco).

Fijar los miliamperios (mA) según el paciente (recomendaciones generales para adultos: 10 mA no urgente, 15 a 20 mA urgente) y aumentar los mA hasta que exista captura.

Controlar que el paciente responde a los mA fijados a intervalos regulares previendo las fluctuaciones resultantes de formación de vainas endoteliales alrededor de las puntas de los electrodos.

Fijar la sensibilidad (recomendaciones generales para adultos: 2 a 5 mV, si se produce un fallo del sensor, BAJAR mV; si no existen realmente latidos del sensor, SUBIR mV).

Iniciar el ritmo aumentando lentamente el nivel de mA liberados hasta que se produce una captura consistente (umbral de captura) (recomendaciones generales de gasto de mA 1,5-3 veces superior al umbral y, como mínimo, de 15 a 20 mA en condiciones urgentes).

Realizar una radiografía de tórax después de introducir un marcapasos temporal invasivo.

Controlar la presencia de ritmo marcado o la resolución del inicio de la arritmia.

Asegurarse de que todo el equipo tiene conexión de tierra y funciona correctamente.

- Controlar si hay signos de mejora del gasto cardíaco a intervalos específicos después de iniciar el proceso (p. ej., mejora del volumen urinario, piel seca y caliente, desaparición del dolor torácico, signos vitales estables, ausencia de distensión de la vena yugular y crepitación, mejora del nivel de conciencia), según protocolo de la institución.
- Palpar los pulsos periféricos a intervalos específicos, según protocolo de la institución, para asegurar la perfusión adecuada con los latidos marcados.
- Inspeccionar con frecuencia la piel para prevenir potenciales quemaduras en pacientes con un marcapasos externo transcutáneo.
- Controlar posibles complicaciones asociadas con la introducción del marcapasos (p. ej., neumotorax, hemotórax, perforación del miocardio, taponamiento cardíaco, hematoma, PVC, infecciones, hipo, espasmos musculares).
- Controlar si hay cambios del estado cardíaco o hemodinámico que indican la necesidad de modificar el estado del marcapasos.
- Controlar el fallo del marcapasos y determinar la causa (p. ej., fallo de la batería, descolocación del terminal, rotura del cable, desconexión del cable), si procede.
- Controlar la insuficiencia de la captura y determinar la causa (p. ej., descolocación o mala posición del terminal, fallo de la batería, frecuencia a voltaje por debajo del umbral de captura, conexiones defectuosas, rotura del cable, perforación ventricular), si procede.
- Controlar la insuficiencia del sensor y determinar la causa (p. ej., sensibilidad fijada demasiado alta, fallo de la batería, mala posición del terminal del catéter, rotura del terminal, insuficiencia del generador del pulso, rotura del aislamiento del terminal), si procede.
- Controlar los trastornos que potencialmente influyen en la captura y el sensor (p. ej., cambios del estado de líquidos, derrame pericárdico, anomalías electrolíticas o metabólicas, ciertos medicamentos, inflamación tisular, fibrosis tisular, necrosis tisular).
- Realizar pruebas de umbral de captura y sensibilidad cada 24-48 horas en marcapasos recién insertados para determinar los mejores ajustes del generador (contraindicado en pacientes controlados por marcapasos un 90% o más del tiempo).
- Realizar pruebas de umbral para las cámaras auriculares y ventriculares por separado.
- Proporcionar cuidados adecuados en el lugar de incisión en marcapasos con sitios de inserción (cambio de apósito, apósito oclusivo antimicrobiano y estéril según protocolo del centro).
- Asegurarse de que todo el equipo tiene toma de tierra, funciona bien y está en una posición adecuada (p. ej., en un lugar desde donde no puede caerse al suelo).
- Asegurarse de que todos los cables tienen una longitud suficiente para impedir una descolocación inadvertida de los electrodos.
- Al ajustar los electrodos utilizar guantes.
- Cuando no estén funcionando, aislar los cables de los electrodos (p. ej., tapar los cables torácicos no utilizados con la punta de dedo de un guante desechable).
- Enseñar al paciente y a la familia los síntomas que deben comunicarse (p. ej., mareo, desfallecimiento, debilidad prolongada, náuseas, palpitaciones, dolor torácico, dificultades respiratorias, incomodidad en el lugar de introducción o del electrodo externo, choques eléctricos).
- Enseñar al paciente y a la familia las precauciones y las restricciones necesarias mientras el marcapasos temporal esté colocado (p. ej., limitación de movimiento, evitar manipular el marcapasos).

Manejo del pesario

0630

Definición: Colocación y control de un dispositivo vaginal para el tratamiento de la incontinencia urinaria por esfuerzo, de la retroversion uterina, del prolapso genital o del cuello del útero incompetente.

Actividades:

Revisar si en el historial de la paciente hay alguna contraindicación para la terapia con pesado (p. ej., infecciones pélvicas, heridas o lesiones ocupantes de espacio; no cumplimiento, o endometriosis).

Determinar las necesidades de estrógenos, según sea conveniente.

Discutir con la paciente el régimen de mantenimiento antes de ajustar el dispositivo (el ajuste se realiza por ensayo y error; son necesarios frecuentes visitas de seguimiento y procedimientos de limpieza).

Discutir las necesidades de actividad sexual antes de elegir el dispositivo.

Repasar las instrucciones del fabricante respecto al tipo específico de dispositivo.

Elegir el tipo de dispositivo, según sea conveniente.

Enseñar a vaciar la vejiga y el intestino.

Realizar una exploración con el espéculo para visualizar el estado de la mucosa vaginal.

Realizar un examen pélvico.

Introducir el dispositivo siguiendo las instrucciones del fabricante.

Pedir a la paciente que cambie de posición (p. ej., levantarse, agacharse, andar y correr un poco).

Realizar una segunda exploración en posición vertical para verificar el ajuste.

Enseñar el método para extraer el dispositivo, según sea conveniente.

Enseñar las contraindicaciones de las relaciones sexuales o de la ducha vaginal en función del tipo de dispositivo.

Enseñar a explicar la sensación de incomodidad; disuria; cambios de color, consistencia o frecuencia de la secreción vaginal.

Prescribir medicación para reducir la irritación, según sea conveniente.

Determinar la habilidad para realizar los autocuidados del dispositivo.

Programar citas para comprobar el ajuste del dispositivo a las 24 horas, a las 72 horas y posteriormente, según sea conveniente.

Recomendar exámenes anuales de citología (Papanicolaou), según sea conveniente.

Determinar la respuesta terapéutica al uso del dispositivo.

Observar si hay secreción u hedor vaginal.

Palpar la ubicación del dispositivo.

Extraer el dispositivo, según sea conveniente.

Examinar si en la vagina hay arañazos, desgarros o ulceraciones.

Limpiar y examinar el dispositivo siguiendo las instrucciones del fabricante.

Reemplazar o reajustar el dispositivo, según sea conveniente.

Programar el seguimiento por un médico a intervalos de entre 1 y 3 meses.

Realizar duchas vaginales de vinagre o de peróxido de hidrógeno diluido, según sea necesario.

Aplicar estrógenos tópicos para reducir la inflamación, según sea necesario.

Manejo del peso

1260

Definición: Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.

Actividades:

Tratar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso.

Discutir con el individuo las condiciones médicas que pueden afectar al peso.

Tratar con el individuo los hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso.

Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso.

Determinar la motivación del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación.

Determinar el peso corporal ideal del individuo.

Determinar el porcentaje de grasa corporal ideal del individuo.

Desarrollar con el individuo un método para llevar un registro diario de ingesta, sesiones de ejercicio y/o cambios en el peso corporal.

Animar al individuo a escribir metas semanales realistas en cuanto a ingesta de alimentos y ejercicios y colocarlas en un sitio visible para que pueda revisarlas todos los días.

Animar al individuo a registrar el peso semanalmente, si procede.

Animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua.

Planificar recompensas con el individuo para celebrar el logro de objetivos a corto y largo plazo.

Informar al individuo si existen grupos de apoyo disponibles para su ayuda.

Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas coherentes con el nivel de gasto energético.

Manejo del prolapso rectal

0490

***Definición:* Prevención y/o reducción manual del prolapso rectal.**

Actividades:

Identificar a los pacientes con historial de prolapso rectal.

Evitar el estreñimiento por sentarse en taburetes, levantar pesos y estar de pie mucho tiempo.

Enseñar al paciente a regular la función intestinal mediante dieta, ejercicios y medicación, según el caso.

Ayudar al paciente a identificar las actividades específicas que hayan desencadenado episodios de prolapso rectal en el pasado.

Observar si hay incontinencia intestinal.

Vigilar el estado del prolapso rectal.

Colocar al paciente del lado izquierdo con las rodillas levantadas hacia el pecho, cuando el recto esté prolapsado.

Colocar una compresa humedecida en agua o solución salina sobre eversión intestinal para protegerlo contra la sequedad.

Animar al paciente a que permanezca en decúbito lateral para facilitar el retomo del intestino al recto de forma natural.

Reducir manualmente el prolapso rectal con la mano enguantada, lubricada, aplicando una suave presión al prolapso hasta que vuelva a su posición normal, si es necesario.

Comprobar la zona rectal 10 minutos después de la reducción manual para asegurar que el prolapso se encuentra en la posición correcta.

Determinar la frecuencia de la aparición del prolapso rectal.

Notificar al médico los cambios en la frecuencia de aparición o incapacidad para reducir manualmente el prolapso, si procede.

Ayudar en las tareas preoperatorias, si procede, explicando las pruebas y disminuyendo la ansiedad del paciente que va a sufrir la reparación quirúrgica.

Manejo del prurito

3550

Definición: Prevención y tratamiento del prurito.

Actividades:

Determinar la causa del prurito (dermatitis por contacto, alteración sistémica o medicaciones).

Realizar una exploración física para identificar alteraciones en la piel (lesiones, ampollas, úlceras o abrasiones).

Colocar guantes o tablillas en la mano o en el codo durante el sueño para limitar arañazos incontrolados, según sea conveniente.

Aplicar cremas y lociones medicamentosas, según sea conveniente.

Administrar antipruriginosos, según esté indicado.

Administrar antagonistas opiáceos, según esté indicado.

Aplicar crema antihistamínica, según sea conveniente.

Aplicar frío para aliviar la irritación.

Enseñar al paciente a evitar jabones y aceites de baño perfumados.

Alentar al paciente a utilizar un humidificador en casa.

Aconsejar al paciente a no utilizar ropa muy estrecha y tejidos de lana o sintéticos.

Enseñar al paciente a mantener cortas las uñas.

Instruir al paciente para minimizar la sudoración evitando ambientes cálidos.

Informar al paciente de la necesidad de limitar el baño a una o dos veces por semana, según sea conveniente.

Instruir al paciente a que se bañe con agua tibia y a secarse bien.

Enseñar al paciente a utilizar la palma de la mano para frotarse una amplia zona de la piel o a pellizcarse la piel suavemente con el pulgar y el dedo índice para aliviar el prurito.

Enseñar al paciente enyesado a no introducirse objetos en la abertura del yeso para rascarse la piel.

Manejo del shock

4250

Definición: Facilitar el aporte de oxígeno y nutrientes al tejido sistémico y extracción de productos de desecho celular en un paciente con perfusión tisular gravemente alterada.

Actividades:

Monitorizar los signos vitales, presión sanguínea ortostática, estado mental y excreción urinaria.

Colocar al paciente en una posición que optimice la perfusión.

Instaurar y mantener la permeabilidad de las vías aéreas, si procede.

Vigilar la pulsioximetría, si procede.

Administrar oxígeno y/o ventilación mecánica, si procede.

Controlar el ECG, si procede.

Utilizar monitorización de la línea arterial para mejorar la exactitud de las lecturas de la presión sanguínea, si procede.

Realizar gasometría arterial para comprobar la oxigenación tisular.

Controlar las tendencias de los parámetros hemodinámicos (p. ej., presión venosa central, presión de enclavamiento de la arteria/capilar pulmonar).

Vigilar los factores determinantes del aporte de oxígeno tisular (PaO_2 , SaO_2 y niveles de hemoglobina y gasto cardíaco), según disponibilidad.

Vigilar los niveles sublinguales de dióxido de carbono y/o la fonometría gástrica, si procede.

Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria (niveles de PaO_2 bajos y $PaCO_2$ elevados y fatiga muscular respiratoria).

Vigilar los valores de laboratorio (p. ej., hemograma con recuento diferencial, perfil de coagulación, gasometría arterial, nivel de lactato, cultivos y perfil químico).

Insertar y mantener una vía i.v. de gran calibre.

Administrar líquidos i.v. mientras se controlan las presiones hemodinámicas y la eliminación urinaria, si procede.

Administrar líquidos cristaloides o coloides i.v., si procede.

Administrar concentrados de hematíes, plasma fresco congelado y/o plaquetas, si procede.

Controlar el estado hiperdinámico del shock séptico posresucitación con líquidos (p. ej., CO aumentado, resistencia vascular sistémica [RVS] disminuida, piel enrojecida o temperatura aumentada).

Administrar vasopresores, si procede.

Administrar antiarrítmicos, si procede.

Iniciar la administración temprana de antimicrobianos y comprobar cuidadosamente su efectividad, si procede.

Administrar antiinflamatorios y/o broncodilatadores, si procede.

Vigilar los niveles de glucosa en suero y tratar los niveles anormales, según cada caso.

Controlar el estado de líquidos, incluyendo pesos diarios, gasto urinario cada hora, la ingesta y eliminación, si procede.

Comprobar la función renal (niveles de BUN y Cr, aclaramiento de creatinina).

Administrar diuréticos, si procede.

Administrar terapia de sustitución renal continua o hemodiálisis, si procede.

Realizar sondaje nasogástrico para aspirar y monitorizar secreciones, si corresponde.

Administrar trombolíticos, si procede.

Administrar proteína C activada recombinante, si procede.

Continúa

584 Manejo del shock (4250)

Actividades (Cont.):

Administrar dosis bajas de vasopresina, si procede.

Administrar corticosteroides, si procede.

Administrar inotropos, si procede.

Administrar venodilatadores, si procede.

Administrar profilaxis para TVP y úlcera de estrés, si procede.

Ofrecer apoyo emocional al paciente y a la familia fomentando las expectativas realistas del paciente y la familia.

Manejo del shock: cardíaco

4254

Definición: Estimulación de una perfusión tisular adecuada para un paciente con función de bombeo cardíaco gravemente comprometida.

Actividades:

Comprobar si hay signos y síntomas de descenso del gasto cardíaco.

Auscultar los sonidos pulmonares para ver si hay crepitación u otros sonidos adventicios.

Anotar los signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco.

Observar si hay síntomas de perfusión arterial coronaria inadecuada (cambios del segmento ST en el ECG, enzimas cardíacas elevadas, o ángor), si procede.

Observar los estudios de coagulación, incluyendo el tiempo de protrombina (PT), el tiempo de tromboplastina parcial (PTT), el fibrinógeno, los productos de degradación/separación de fibrina y recuento de plaquetas, si procede.

Controlar y evaluar indicadores de hipoxia tisular (saturación venosa mixta de oxígeno, saturación venosa central de oxígeno, niveles séricos de lactato, capnometría sublingual).

Administrar suplementos de oxígeno, si procede.

Mantener la precarga óptima por administración de líquidos i.v. o diuréticos, si procede.

Preparar al paciente para la revascularización cardíaca (intervención coronaria percutánea o injerto de arteria coronaria).

Administrar medicamentos inotrópicos/de contractilidad positivos, si procede.

Favorecer la reducción de la precarga (con vasodilatadores inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina o bombeo de balón intraaórtico), si procede.

Fomentar una precarga óptima minimizando al mismo tiempo la poscarga (p. ej., administrar nitratos manteniendo al mismo tiempo la presión de oclusión arterial pulmonar dentro del intervalo prescrito), si procede.

Promover la perfusión adecuada de sistemas orgánicos (con resucitación de líquidos y/o vasopresores para mantener la presión arterial media > 60 mmHg), si procede.

Manejo del shock: vasogénico

4256

Definición: Fomentar una perfusión tisular adecuada para un paciente con grave pérdida de tono vascular.

Actividades:

Comprobar los cambios fisiológicos relacionados con la pérdida de tono vascular (p. ej., notar una PA disminuida, bradicardia, taquipnea, presión del pulso reducida, ansiedad, oliguria).

Colocar al paciente en decúbito supino con las piernas elevadas para aumentar la precarga, si procede.

Considerar la posición de Trendelenburg si se ha descartado una lesión craneal.

Administrar oxígeno de flujo alto, si procede.

Administrar adrenalina subcutánea vías i.v. o endotraqueal para anafilaxis, si corresponde.

Ayudar en la intubación endotraqueal temprana, si procede.

Controlar el ECG.

Administrar atropina para la bradicardia, si procede.

Utilizar marcapasos transcutáneo, si procede.

Controlar el pantalón neumático antishock, si procede.

Mantener dos vías de acceso intravascular de gran calibre.

Administrar cristaloides isotónicos como dosis en bolo, manteniendo la presión sistólica a 90 mmHg o más, si procede.

Administrar antihistamínicos y/o corticosteroides, si procede.

Administrar vasopresores.

Tratar las sobredosis con un antídoto adecuado.

Insertar una sonda nasogástrica y realizar un lavado con carbón activado, si procede.

Controlar la temperatura corporal.

Evitar la hipotermia con mantas calientes.

Tratar la hipotermia con fármacos antipiréticos, un colchón refrigerante o un baño de espuma.

Evitar o controlar los escalofríos con medicación o envolviendo las extremidades.

Controlar las tendencias de los parámetros hemodinámicos (p. ej., presión venosa central [PVC], presión arterial media [PAM], presión enclavada de la arteria pulmonar [PAWP] o presión enclavada capilar pulmonar [PCWP]).

Administrar antibióticos, si corresponde.

Evitar estímulos que desencadenarán una reacción neurogénica (p. ej., estimulación cutánea, vejiga distendida o estreñimiento).

Administrar medicamentos antiinflamatorios, si procede.

Comprobar los estudios de coagulación, incluyendo el tiempo de protombina (PT), el tiempo de tromboplastina parcial (PTT), el fibrinógeno, los productos de degradación/separación de fibrina y recuento de plaquetas, según proceda.

Manejo del shock: volumen

4258

***Definición:* Estimulación de una perfusión tisular adecuada para un paciente con volumen vascular gravemente comprometido.**

Actividades:

Controlar la pérdida súbita de sangre, deshidratación grave o hemorragia persistente.

Comprobar todas las secreciones por sangre manifiesta u oculta.

Evitar la pérdida de volumen sanguíneo (aplicar presión en el sitio de la hemorragia).

Controlar el descenso de presión arterial sistólica a menos de 90 mmHg o un descenso de 30 mmHg en pacientes hipertensos.

Controlar los niveles sublinguales de dióxido de carbono.

Controlar si hay signos/síntomas de shock hipovolémico (p. ej., sed aumentada, FR aumentada, RVS aumentada, descenso de eliminación urinaria, disminución de ruidos intestinales, perfusión periférica disminuida, alteración del estado mental o respiraciones alteradas).

Colocar al paciente para una perfusión óptima.

Insertar y mantener una vía de acceso i.v. de gran calibre.

Administrar líquidos i.v. como cristaloides y coloides isotónicos, si procede.

Administrar líquidos i.v. calientes y productos sanguíneos, si está indicado.

Administrar oxígeno y/o ventilación mecánica, si procede.

Extraer gasometría arterial y controlar la oxigenación tisular.

Vigilar el nivel de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre, según se indique.

Administrar productos sanguíneos (hematíes concentrados, plaquetas o plasma fresco congelado), si procede.

Comprobar estudios de coagulación, incluyendo el tiempo de protrombina (PT), el tiempo de tromboplastina parcial (PTT), el fibrinógeno, los productos de degradación/separación de fibrina, y recuento de plaquetas, según corresponda.

Controlar los estudios de laboratorio (p. ej., lactato sérico, equilibrio ácido-base, perfiles metabólicos y electrolitos).

1.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Manejo del síndrome premenstrual

1440

Definición: Alivio/atenuación de los síntomas físicos y/o conductuales que se producen durante la fase lútea del ciclo menstrual.

Actividades:

Enseñar a la paciente a identificar los probables síntomas premenstruales más importantes (p. ej., meteorismo, calambres, irritabilidad), a utilizar una lista calendario o un registro de síntomas, y a registrar el momento y la gravedad de cada síntoma.

Revisar la lista / registro de síntomas.

Colaborar con la paciente para identificar los síntomas más problemáticos.

Comentar la complejidad de manejo y la necesidad de actuar para aliviar los síntomas de manera individual.

Colaborar con la paciente para elegir e instaurar un plan de actuación para eliminar los síntomas.

Dar información sobre las medidas de autocuidado específicas para cada síntoma (p. ej., ejercicio y suplementos de calcio).

Prescribir medicación específica para el síntoma, adecuada al nivel práctico.

Controlar si hay cambios en los síntomas.

Animar a la paciente a participar en grupos de apoyo PMS, si existen.

Remitir a un especialista, si procede.

Manejo del vómito

1570

Definición: Prevención y alivio del vómito.

Actividades:

Valorar el color, la consistencia, la presencia de sangre, la duración y el alcance de la emesis.

Medir o estimar el volumen de la emesis.

Aconsejar que se lleven bolsas de plástico para recoger la emesis.

Determinar la frecuencia y la duración del vómito, utilizando escalas como la Escala Descriptiva de Duke, índice de Rhodes de Náuseas y Vómitos.

Conseguir un historial completo pretratamiento.

Conseguir un historial dietético donde consten los alimentos que más agradan al paciente, los que no le gustan y las preferencias culturales.

Identificar factores (medicación y procedimientos) que pueden causar o contribuir al vómito.

Asegurarse de que se han administrado antieméticos eficaces para prevenir el vómito siempre que haya sido posible.

Controlar los factores ambientales que pueden evocar el vómito (malos olores, ruido y estimulación visual desagradable).

Reducir o eliminar factores personales que desencadenen o aumenten el vómito (ansiedad, miedo y ausencia de conocimiento).

Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración.

Mantener las vías aéreas abiertas.

Proporcionar apoyo físico durante el vómito (como, p. ej., ayudar a la persona a inclinarse o sujetarle la cabeza).

Proporcionar alivio (p. ej., poner toallas frías en la frente, lavar la cara o proporcionar ropa limpia y seca) durante el episodio del vómito.

Demostrar aceptación del vómito y colaborar con la persona al elegir una estrategia de control del vómito.

Utilizar higiene oral para limpiar boca y nariz.

Limpiar después del episodio del vómito poniendo especial atención en eliminar el olor.

Esperar como mínimo 30 minutos después del episodio del vómito antes de dar líquidos al paciente (dando por sentado un tracto gastrointestinal normal y un peristaltismo normal).

Empezar con líquidos transparentes y no carbonatados.

Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos si durante un período de 30 minutos no se han producido vómitos.

Controlar si hay daños en el esófago y en la faringe posterior en caso de que el vómito y las arcadas sean prolongados.

Controlar el equilibrio de fluidos y electrolitos.

Fomentar el descanso.

Utilizar suplementos nutritivos, si es necesario, para mantener el peso corporal.

Pesar al paciente con regularidad.

Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (biorretroalimentación, hipnosis, relajación, imaginería guiada, musicoterapia, distracción, acupresión) para controlar el vómito.

Fomentar el uso de técnicas no farmacológicas junto con otras medidas de control del vómito.

Informar a otros profesionales de la asistencia sanitaria y a los miembros de la familia de cualquier estrategia no farmacológica que esté utilizando el paciente.

Ayudar al paciente y a la familia a solicitar y proporcionar ayuda.

Controlar los efectos del control del vómito.

Manejo intestinal

0430

Definición: Establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal de esquema regular.

Actividades:

Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal.

Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.

Observar si hay sonidos intestinales.

Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos.

Informar si hay disminución de sonidos intestinales.

Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.

Evaluar la incontinencia fecal, si es el caso.

Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con anterioridad.

Enseñar al paciente las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal.

Instruir al paciente/miembros de la familia a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.

Administrar supositorios de glicerina, si es necesario.

Poner en marcha un programa de entrenamiento intestinal, si resulta oportuno.

Disminuir la ingesta de alimentos que formen gases, si procede.

Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibras, si procede.

Administrar líquidos calientes después de las comidas, si está indicado.

Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.

Obtener un estimulante para las heces, si procede.

No realizar la exploración rectal/vaginal si las condiciones médicas lo indican.

Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV) 2440

Definición: Manejo del paciente con acceso venoso prolongado mediante catéteres perforados o no perforados y los implantados.

Actividades:

Determinar el tipo de catéter venoso a colocar.

Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter venoso.

Mantener las precauciones universales.

Verificar las órdenes de las soluciones a perfundir, si procede.

Determinar la frecuencia del flujo, capacidad del depósito y colocación de las bombas de perfusión.

Determinar si el catéter venoso se utiliza para obtener muestras de sangre.

Cambiar los sistemas, vendajes y tapones de acuerdo con el protocolo del centro.

Mantener vendaje oclusivo.

Observar si hay signos de oclusión del catéter.

Utilizar agentes fibrinolíticos para permeabilizar catéteres ocluidos, si procede y de acuerdo con las normas del centro.

Mantener suero salino, si procede.

Llevar el registro preciso de solución de infusión.

Controlar periódicamente el estado de líquidos, si procede.

Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica (enrojecimiento, tumefacción, sensibilidad, fiebre, malestar).

Determinar si el paciente y/o la familia entienden el propósito, cuidados y mantenimiento del DAV.

Instruir al paciente y/o la familia en el mantenimiento del dispositivo.

Mantenimiento de la salud bucal

mo

Definición: Mantenimiento y fomento de la higiene bucal y la salud dental en pacientes con riesgo de desarrollar lesiones bucales o dentales.

Actividades:

Establecer una rutina de cuidados bucales.

Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario.

Observar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes.

Identificar el riesgo de desarrollo de estomatitis secundaria a la terapia con fármacos.

Animar y ayudar al paciente a lavarse la boca.

Observar si se producen efectos terapéuticos derivados de los anestésicos tópicos, pastas de protección oral y analgésicos tópicos o sistémicos, según el caso.

Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario.

Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis.

Consultar con el médico o el dentista acerca del reajuste de alambres/dispositivos y métodos alternativos de cuidados bucales, si se produce irritación de las membranas mucosas bucales por estos dispositivos.

Consultar con el médico si persisten la sequedad, irritación y molestias bucales.

Facilitar un cepillo de dientes e hilo dental a intervalos regulares.

Recomendar el uso de un cepillo de dientes de cerdas suaves.

Enseñar a la persona a cepillarse los dientes, las encías y la lengua.

Recomendar una dieta saludable y la ingesta adecuada de agua.

Establecer chequeos dentales, si es necesario.

Ayudar con los cuidados de la dentadura postiza, si es necesario.

Animar a los usuarios de dentadura postiza a cepillarse las encías y la lengua y a enjuagarse la cavidad oral diariamente.

Desalentar de fumar y masticar tabaco.

Enseñar al paciente a tomar chicles sin azúcar para aumentar la producción de saliva y la limpieza de los dientes.

Mantenimiento del acceso para diálisis**4240*****Definición:* Conservación de lugares de acceso vascular (arteriales-venosos).****Actividades:**

Controlar si en el lugar de salida del catéter hay migración.

Observar si en el lugar de acceso hay enrojecimiento, edema, calor, drenaje, hemorragia, hematoma y disminución de la sensibilidad.

Aplicar gasa estéril, ungüento y aposito al lugar del catéter de diálisis venosa central con cada tratamiento.

Observar la permeabilidad de la fístula AV a intervalos frecuentes (p. ej., palpar si hay frémito y auscultar si hay ruidos).

Heparinizar de nuevo los catéteres de diálisis venosa central introducidos.

Volver a heparinizar los catéteres de diálisis venosa central después de la diálisis o cada 72 horas.

Evitar la compresión mecánica de los lugares de acceso periférico.

Evitar la compresión mecánica de las piernas del paciente cerca del catéter de diálisis central.

Enseñar al paciente a evitar la compresión mecánica del lugar de acceso periférico.

Enseñar al paciente a cuidar el lugar de acceso de diálisis.

Evitar la venipuntura y la medición de la presión sanguínea en la extremidad de acceso periférico.

Mantenimiento en procesos familiares

7130

Definición: Minimizar los efectos en los procesos de ruptura familiar.

Actividades:

Determinar los procesos familiares típicos,

Determinar los procesos de ruptura familiares típicos.

Identificar los efectos derivados del cambio de papeles en los procesos familiares.

Animar a establecer un contacto continuado con los familiares, si procede.

Facilitar la flexibilidad de las visitas para cumplir con las necesidades de los miembros de la familia y el paciente.

Comentar las estrategias de normalización de la vida familiar con la familia.

Ayudar a los miembros de la familia a poner en práctica estrategias de normalización de su situación.

Informar sobre los mecanismos de apoyo sociales existentes para la familia.

Ayudar a los miembros de la familia a utilizar los mecanismos de apoyo existentes.

Minimizar la ruptura de la rutina familiar facilitando hábitos/rituales y familiares, tales como comidas privadas juntos o debates familiares para la comunicación y la toma de decisiones.

Proporcionar mecanismos para los miembros de la familia que se queden en el centro de cuidados sanitario para que se comuniquen con otros miembros de la familia (teléfonos, correo electrónico y dibujos, grabadores, fotografías, cintas de vídeo).

Cuando el paciente es un niño, disponer de oportunidades para el cuidado continuado de éste por parte de los padres.

Disponer oportunidades para que los miembros adultos de la familia mantengan el compromiso actual con sus trabajos, si es posible, o utilizar la Family Leave Act en Estados Unidos.

Ayudar a la familia a facilitar las visitas al hogar por parte del paciente, si procede.

Identificar las necesidades de cuidado del paciente en casa y la incorporación de estos cuidados en el ambiente familiar y en su estilo de vida.

Establecer programas de actividades de cuidado en casa para el paciente que minimicen la ruptura de la rutina familiar.

Enseñar a la familia técnicas de gestión del tiempo y de organización al realizar los cuidados del paciente en casa.

Marketing social

8750

Definición: Utilización de los principios de marketing para influir en las creencias, actividades y conductas de la salud para beneficiar a una población diana.

Actividades:

Mantener la atención en el público diana a través de todas las actividades.

Cultivar las asociaciones con el público diana y profesionales adecuados.

Identificar el objetivo global a conseguir en colaboración con el público diana.

Identificar los grupos clave formales, sociales y gubernamentales implicados.

Realizar una evaluación de las necesidades del entorno que identifican los deseos del público diana.

Realizar la evaluación de la organización o grupo.

Identificar la investigación adecuada cuantitativa y cualitativa para proporcionar información, apoyo e indicadores de éxito.

Diseñar un plan de acción basado en objetivos mutuamente acordados.

Alimentar la base voluntaria del cambio social planeado.

Identificar el producto (cambio de conducta), el precio (acciones del consumidor) y el lugar (cómo llega el producto al consumidor).

Considerar los recursos económicos necesarios y disponibles.

Identificar las actividades específicas de cada objetivo incluido el nombramiento de los participantes adecuados,

Implementar el plan en colaboración con la población diana.

Controlar el plan por monitorización de las tareas asignadas.

Proporcionar informes adecuados de forma oportuna.

Evaluar el plan de consecución de los objetivos considerando la sostenibilidad y la asequibilidad.

Modificar el plan si es necesario.

Masaje

1480

***Definición:* Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con diversos grados de presión manual para disminuir el dolor, inducir la relajación y/o mejorar la circulación.**

Actividades:

Determinar contraindicaciones, como zonas con lesiones abiertas, enrojecimiento o inflamación, tumores, disminución de plaquetas, disminución de la integridad de la piel, trombosis venosa profunda e hipersensibilidad al contacto.

Evaluar el deseo del cliente de hacerse un masaje.

Establecer un período de tiempo para que el masaje consiga la respuesta deseada.

Seleccionar la zona o zonas del cuerpo que han de masajearse.

Lavarse las manos con agua caliente.

Preparar un ambiente cálido, cómodo, privado y sin distracciones.

Colocar al paciente en una posición cómoda que facilite el masaje.

Cubrir sólo la zona expuesta que se va a masajear, si es necesario.

Envolver las áreas no expuestas con mantas, sábanas o toallas de baño si es necesario.

Utilizar una loción, aceite o polvo seco para reducir la fricción (sin loción o polvos en la cabeza o cuero cabelludo), valorando cualquier sensibilidad o contraindicación.

Calentar la loción o el aceite en la palma de las manos o girando la botella bajo agua caliente durante varios minutos.

Hacer el masaje con movimientos continuos, uniformes, largos, de rodillo o vibración con palmas, dedos y pulgares.

Adaptar la zona del masaje, la técnica y la presión a la percepción de alivio del paciente y al propósito del masaje.

Masajear las manos o los pies, si las otras zonas no son convenientes, o si resulta más cómodo para el paciente.

Animar al paciente a que respire profundamente y a que se relaje durante el masaje.

Animar al paciente a avisar si alguna parte del masaje es incómoda.

Ordenar al paciente, al final del masaje, que descanse hasta que esté preparado y que luego se mueva lentamente.

Utilizar el masaje solo o junto con otras medidas, si procede.

Evaluar y registrar la respuesta al masaje.

Mediación de conflictos

5020

***Definición:* Facilitación del diálogo constructivo entre partes opuestas con el objetivo de resolver conflictos de una manera aceptable para ambas partes.**

Actividades:

Proporcionar un lugar reservado y neutral para conversar.

Permitir que las partes expresen sus preocupaciones.

Ofrecer consejos durante todo el proceso.

Mantener la neutralidad durante todo el proceso.

Emplear diversas técnicas de comunicación (p. ej., escucha activa, preguntas, paráfrasis, reflexión).

Facilitar la definición de los problemas.

Ayudar a las partes a identificar posibles soluciones de los problemas.

Facilitar la búsqueda de resultados aceptables para ambas partes.

Apoyar los esfuerzos de los participantes para favorecer la resolución.

Controlar el transcurso del proceso de mediación.

Mejora de la autoconfianza

5395

Definición: Refuerzo de la confianza de un individuo de su capacidad de desarrollar una conducta saludable.

Actividades:

Explorar la percepción individual de su capacidad de desarrollar la conducta deseada.

Explorar la percepción individual de los beneficios de ejecutar la conducta deseada.

Identificar la percepción individual de los riesgos de no ejecutar la conducta deseada.

Identificar obstáculos al cambio de conducta.

Proporcionar información sobre la conducta deseada.

Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta.

Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción.

Proporcionar un entorno de ayuda para aprender los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo la conducta.

Utilizar estrategias de enseñanza que sean adecuadas a la cultura y la edad (p. ej., juegos, enseñanza asistida por ordenador o mapas de conversación).

Modelar/demostrar la conducta deseada.

Embarcarse en un juego de rol para ensayar la conducta.

Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta.

Proporcionar oportunidades para dominar las experiencias (p. ej., implementación satisfactoria de la conducta).

Utilizar declaraciones convincentes positivas respecto a la capacidad del individuo de desarrollar la conducta.

Animar a la interacción con otros individuos que consiguen con éxito cambiar su conducta (p. ej., participación en un grupo de apoyo o formación en grupo).

Preparar al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta.

Mejora de la perfusión cerebral

2550

Definición: Fomento de una perfusión adecuada y limitación de complicaciones en un paciente que experimenta o corre el riesgo de experimentar una perfusión cerebral incorrecta.

Actividades:

Consultar con el médico para determinar los parámetros hemodinámicos y mantener dichos parámetros dentro del margen debido.

Inducir la hipertensión con la expansión del volumen o con agentes inotrópicos o vasoconstrictores, según prescripción, para mantener los parámetros hemodinámicos y mantener/mejorar la presión de perfusión cerebral (CPP).

Administrar fármacos vasoactivos, según prescripción, para mantener los parámetros hemodinámicos.

Administrar agentes que expandan el volumen intravascular, si procede (coloides, productos sanguíneos y cristaloides).

Administrar expansores del volumen para mantener los parámetros hemodinámicos, según prescripción.

Monitorizar los tiempos de protrombina (PT) y tromboplastina parcial (FTT) si se utilizara hetalmidón como expansor del volumen.

Administrar agentes Teológicos (manitol en dosis bajas o dextrano de bajo peso molecular [LMD]), según prescripción.

Mantener el nivel de hematocrito alrededor del 33% para la terapia de hemodilución hipervolémica.

Realizar una flebotomía al paciente, si procede, para mantener el nivel de hematocrito dentro del margen deseado.

Mantener el nivel de glucosa en suero dentro del margen normal.

Consultar con el médico para determinar la posición óptima del cabecero de la cama (0,15 o 30°) y controlar la respuesta del paciente a la posición de la cabeza.

Evitar la flexión del cuello y la flexión extrema de cadera/rodilla,

Mantener el nivel de pCO₂ a 25 mmHg o superior.

Administrar bloqueadores del canal del calcio, según prescripción.

Administrar vasopresina, según prescripción.

Administrar y vigilar los efectos de los diuréticos de asa y corticoesteroides.

Administrar fármacos analgésicos, si procede.

Administrar medicamentos anticoagulantes, según prescripción.

Administrar medicamentos anticoagulantes plaquetarios, si están prescritos.

Administrar fármacos trombolíticos, según prescripción.

Controlar el tiempo de protrombina (PT) y el tiempo de tromboplastina parcial (PTT) para mantener de una a dos veces el tiempo normal, si procede.

Observar si se producen efectos secundarios derivados de la terapia con anticoagulantes.

Observar si hay signos de hemorragia (búsqueda de sangre en heces y drenaje nasogástrico).

Vigilar el estado neurológico.

Calcular y monitorizar la presión de perfusión cerebral (CPP).

Monitorizar la presión intracraneal y la respuesta neurológica a las actividades de cuidado.

Controlar la presión arterial media (PAM).

Monitorizar la presión venosa central.

Monitorizar la PAWP y la PAP.

Vigilar el estado respiratorio (frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones; niveles de PO₂, pCO₂, pH y bicarbonato).

Continúa

602 Mejora de la perfusión cerebral (2550)

Actividades (Cont):

Auscular los sonidos pulmonares para ver si hay crepitaciones u otros sonidos adventicios.

Vigilar si hay signos de sobrecarga de líquidos (ronquidos, distensión de la vena yugular, edema y aumento de las secreciones pulmonares).

Controlar los factores determinantes del aporte de oxígeno dsular (niveles de PaCO₂, SaO₂ y hemoglobina y gasto cardíaco), si hubiera disponibilidad.

Comprobar los valores de laboratorio para ver si se han producido cambios de oxigenación o del equilibrio ácido-base, si procede.

Controlar ingesta y eliminación.

Mejorar el acceso a la información sanitaria

5515

Definición: Ayuda a individuos con capacidad limitada para obtener, procesar y comprender la información relacionada con la salud y la enfermedad.

Actividades:

Crear un entorno sanitario en el que un paciente con problemas para leer y escribir puede buscar ayuda sin sentirse avergonzado o estigmatizado.

Utilizar una comunicación clara y adecuada.

Utilizar un lenguaje sencillo.

Simplificar el lenguaje cuando sea posible.

Utilizar un ritmo lento al hablar.

Evitar la jerga médica y el uso de acrónimos.

Comunicarse teniendo en cuenta la cultura, la edad y el género.

Determinar la experiencia del paciente con el sistema sanitario incluidos promoción de la salud, protección de la salud, prevención de enfermedades, cuidado y mantenimiento de la salud y dirección por el sistema sanitario.

Determinar el estado del acceso a la información sobre salud al inicio del contacto con el paciente con evaluaciones informales y/o formales.

Determinar el estilo de aprendizaje del paciente.

Observar señales de alteración del acceso a la información sobre salud (p. ej., no conseguir rellenar formularios escritos, olvidar visitas, no tomar la medicación adecuadamente, incapacidad de identificar los medicamentos o de describir las razones para tomarlos, diferir la información sobre el estado de salud a la familia, hacer múltiples preguntas sobre temas ya incluidos en folletos y prospectos, evitar leer cosas delante de los profesionales sanitarios).

Obtener los servicios de un intérprete si es necesario.

Proporcionar información esencial escrita y oral a un paciente en su lengua materna.

Determinar qué sabe ya el paciente sobre su estado o riesgo de salud y relacionar la nueva información con lo que ya sabe.

Proporcionar una enseñanza o consejos individuales siempre que sea posible.

Proporcionar materiales escritos comprensibles (p. ej., utilizar frases cortas y palabras comunes con menos sílabas, resaltar los puntos clave, utilizar una voz activa, letra grande, maquetación y diseño de fácil utilización, contenido similar de grupo en segmentos, resaltar las conductas y la acción que debe tomarse, utilizar imágenes o diagramas para aclarar y disminuir la carga lectora).

Utilizar estrategias para potenciar el conocimiento (p. ej., empezar con la información más importante, centrarse en los mensajes clave y repetir, limitar la cantidad de información presentada cada vez, utilizar ejemplos para ilustrar puntos importantes, relacionarla con la experiencia del individuo, utilizar un estilo narrador).

Utilizar múltiples herramientas de comunicación (p. ej., cintas de audio, cintas de vídeo, vídeo digital, ordenadores, pictogramas, modelos, diagramas).

Evaluar el conocimiento del paciente haciendo que repita con sus propias palabras o demuestre su capacidad.

Animar al individuo a hacer preguntas y buscar aclaraciones (p. ej., ¿cuál es mi principal problema?, ¿qué debo hacer?, ¿por qué es importante que haga esto?).

Ayudar al individuo a anticipar sus experiencias en el sistema sanitario (p. ej., hacerle preguntas, ver a diferentes profesionales sanitarios, dejar que los profesionales sepan cuándo no se entiende la información, tener los resultados de los análisis, hacer y mantener las visitas programadas).

Animar a utilizar medidas efectivas para afrontar la alteración al acceso a la información sobre salud (p. ej., ser persistente cuando se pide ayuda, traer una lista escrita de preguntas o preocupaciones en cada visita, depender de explicaciones orales o demostraciones de tareas, buscar la ayuda de familiares o amigos al obtener la información sanitaria).

Mejorar el sueño

1850

Definición: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

Actividades:

Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.

Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.

Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc.

Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño.

Observar/registrarse el esquema y número de horas de sueño del paciente.

Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño.

Enseñar al paciente a controlar las pautas de sueño.

Controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso.

Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.

Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.

Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de presueño y objetos familiares (para los niños su manta/juguete favorito, ser mecidos, chupete o cuento; para los adultos leer un libro, etc.), si procede.

Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.

Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño.

Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño.

Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede.

Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.

Disponer/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.

Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.

Disponer siestecillas durante el día, si se indica, para cumplir con las necesidades de sueño.

Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.

Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.

Instruir al paciente y a los seres queridos acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, cambios frecuentes de turnos de trabajo, cambios rápidos de zona horaria, horario de trabajo excesivamente largo y demás factores ambientales) que contribuyan a trastornar el esquema del sueño.

Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño.

Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no contengan supresor(es) de la fase REM.

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

Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño.

Mejorar la comunicación: déficit auditivo

4974

Definición: Ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con una disminución de la capacidad auditiva.

Actividades:

Facilitar cita para el examen de la agudeza auditiva, si procede.

Facilitar el uso de dispositivos que mejoren la audición, si procede.

Enseñar al paciente que los sonidos se experimentarán de forma diferente con un dispositivo de audición.

Mantener el dispositivo de audición limpio.

Comprobar las pilas del dispositivo de audición periódicamente.

Dar instrucciones sencillas, de una en una.

Escuchar atentamente.

Abstenerse de gritar al paciente con problemas de comunicación.

Acercarse al oído menos afectado.

Mirar directamente al paciente, hablar despacio, claro y conciso.

Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede.

Aumentar el volumen de la voz, si procede.

No cubrirse la boca, fumar, hablar con la boca llena o masticar chicle al hablar.

Llamar la atención del paciente mediante contacto físico.

Comprobar la comprensión de los mensajes pidiendo al paciente que repita lo que se ha dicho.

Utilizar papel, lápiz o comunicación por ordenador cuando sea necesario.

Facilitar la ubicación de los recursos para los dispositivos de audición.

Facilitar la ubicación de teléfonos adaptados para el disminuido auditivo, si resulta oportuno.

Mejorar la comunicación: déficit del habla

4976

Definición: Ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con trastornos del habla.

Actividades:

Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje del paciente, si procede.

Permitir que el paciente oiga lenguaje hablado con frecuencia, si es preciso.

Disponer guías/recordatorios verbales.

Dar una orden simple cada vez, si es el caso.

Escuchar con atención.

Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede.

Abstenerse de gritar al paciente con trastornos de comunicación.

Abstenerse de bajar la voz al final de una frase.

Estar de pie delante del paciente al hablar.

Utilizar cartones con dibujos, si es preciso.

Utilizar gestos con las manos, si procede.

Realizar terapias de lenguaje-habla prescritas durante los contactos informales con el paciente.

Enseñar el habla esofágica, cuando lo requiera el caso.

Instruir al paciente y a la familia sobre el uso de dispositivos de ayuda del habla (prótesis traqueoesofágicas y laringes artificiales).

Animar al paciente a que repita las palabras.

Proporcionar un refuerzo y una valoración positivos, si procede.

Seguir las conversaciones en un sentido, según corresponda.

Reforzar la necesidad de seguimiento con un foniatra después del alta.

Utilizar un intérprete, si resulta necesario.

Mejorar la comunicación: déficit visual**4978**

Definición: Ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con disminución de la agudeza visual.

Actividades:

Identificarse al entrar en el espacio del paciente.

Observar la reacción del paciente a la disminución de la visión (depresión, abandono o negación).

Aceptar la reacción del paciente a la disminución de la visión.

Ayudar al paciente a establecer nuevas metas para aprender a «ver» con los otros sentidos.

Consolidar lo que queda de visión en el paciente, si procede.

Caminar uno o dos pasos por delante del paciente, con la mano de este último en el codo del cuidador.

Describir el ambiente al paciente.

No mover los objetos del cuarto del paciente sin informar al mismo.

Leer el correo, diarios y demás información pertinente al paciente.

Identificar los objetos de la bandeja de comida en relación a las agujas del reloj.

Plegar el dinero en papel en diferentes formas para una sencilla identificación.

Informar al paciente de dónde están ubicados la radio y los libros grabados en curta.

Proporcionar una lupa o gafas prismáticas, si procede, para la lectura.

Proporcionar material de lectura en braille, si procede.

Poner en marcha las visitas de terapia ocupacional, si se precisa.

Remitir al paciente con problemas visuales a centros apropiados.

Mejorar la tos

3250

Definición: Fomento de una inhalación profunda en el paciente con la consiguiente generación de altas presiones intratorácicas y compresión del parénquima pulmonar subyacente para la expulsión forzada de aire.

Actividades:

Vigilar los resultados de pruebas de función pulmonar, especialmente la capacidad vital, fuerza inspiratoria máxima, volumen espiratorio forzado en un segundo (FEV₁) y FEV₁/FVC, si procede.

Ayudar al paciente a sentarse con la cabeza ligeramente flexionada, los hombros relajados y las rodillas flexionadas.

Animar al paciente a que realice varias respiraciones profundas.

Animar al paciente a que realice una respiración profunda, la mantenga durante 2 segundos y tosa dos o tres veces de forma sucesiva.

Ordenar al paciente que inspire profundamente, se incline ligeramente hacia adelante y realice tres o cuatro soplos (contra la glotis abierta).

Enseñar al paciente a que inspire profundamente varias veces, espire lentamente y a que tosa al final de la exhalación

Poner en práctica técnicas de apretar y soltar súbitamente la caja torácica lateral durante la fase de espiración de la maniobra de tos, si procede.

Mientras tiene lugar la tos, comprimir abruptamente el abdomen por debajo del xifoides con la mano plana, mientras se ayuda al paciente a que se incline hacia adelante.

Ordenar al paciente que siga tosiendo con varias inspiraciones máximas.

Fomentar el uso de la espirometría como incentivo, si procede.

Fomentar la hidratación a través de la administración de líquido por vía sistémica, si procede.

Ayudar al paciente a utilizar una almohada o una sábana enrollada como tablilla contra la incisión al toser.

Modificación de la conducta

4360

Definición: Promoción de un cambio de conducta.

Actividades:

Determinar la motivación al cambio del paciente.

Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla.

Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.

Presentar al paciente a personas (o grupos) que hayan superado con éxito la misma experiencia,

Mantener una conducta coherente por parte del personal.

Reforzar las decisiones constructivas respecto a las necesidades sanitarias.

Responder dando seguridad en términos de sentimiento cuando se observe que el paciente está libre de síntomas y parezca relajado.

Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos del paciente por cambiar su conducta.

Ofrecer un refuerzo positivo a las decisiones del paciente que han sido tomadas independientemente.

Animar al paciente a que examine su propia conducta.

Ayudar al paciente a identificar los más pequeños éxitos producidos.

Identificar el problema del paciente en términos de conducta.

Identificar la conducta que ha de cambiarse (conducta objetivo) en términos específicos, concretos.

Desglosar la conducta que ha de cambiarse en unidades de conducta más pequeñas, mensurables (dejar de fumar: número de cigarrillos fumados).

Utilizar períodos de tiempo específicos al medir las unidades de conducta (número de cigarrillos fumados al día).

Determinar si la conducta objetivo identificada debe ser aumentada, disminuida o aprendida.

Tener en cuenta que resulta más sencillo aumentar una conducta que disminuirla.

Establecer objetivos de conducta de forma escrita.

Desarrollar un programa de cambio de conducta.

Establecer un suceso guía de la conducta antes de iniciar el cambio.

Desarrollar un método (un gráfico o diagrama) para registrar la conducta y sus cambios.

Animar al paciente a participar en el registro de conductas.

Discutir el proceso de modificación de la conducta con el paciente/ser querido.

Facilitar la implicación de otros cuidadores sanitarios en el proceso de modificación, si procede.

Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación, si procede.

Administrar refuerzos positivos en las conductas que han de incrementarse.

Retirar los refuerzos positivos de conductas que han de ser disminuidas, y fijar refuerzos en una conducta de reemplazo más deseable.

Animar al paciente a participar en la selección de refuerzos.

Elegir refuerzos que tengan sentido para el paciente.

Elegir refuerzos que puedan ser controlados (utilizados sólo cuando se produce la conducta que ha de cambiarse).

Considerar los refuerzos dados por los cuidadores (atención, tiempo de conversación y lectura ofrecidos al paciente).

Administrar los refuerzos inmediatamente después de que aparezca la conducta.

Identificar un programa de aporte de refuerzos: puede ser continuo o intermitente.

Continúa

612 Modificación de la conducta (4360)

Actividades *(Cont.)*:

Coordinar un sistema de señales o puntos de refuerzo en las conductas complejas o múltiples.

Desarrollar un acuerdo de tratamiento con el paciente para apoyar la puesta en práctica del sistema de señales/puntos.

Favorecer la adquisición de habilidades reforzando sistemáticamente los componentes simples de la habilidad o dedicación.

Facilitar el aprendizaje de conductas deseadas por medio de técnicas modernas.

Explorar la posibilidad de utilizar la biorretracción para potenciar la consciencia de los cambios de conducta por parte del paciente.

Evaluar los cambios de conducta mediante la comparación de los sucesos guía con sucesos de conducta posteriores a la intervención.

Registrar el proceso de modificación, si es necesario.

Comunicar el plan de intervención y las modificaciones al equipo de tratamiento regularmente.

Realizar un seguimiento de refuerzo a largo plazo (contacto telefónico o personal).

Modificación de la conducta: habilidades sociales

4362

Definición: Ayuda al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.

Actividades:

Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social.

Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales.

Ayudar al paciente a identificar los resultados deseados de las relaciones o situaciones interpersonales problemáticas.

Ayudar al paciente a identificar tipos posibles de acción y sus consecuencias sociales/interpersonales.

Identificar la habilidad(es) social(es) específica(s) que constituirá(n) el centro del ejercicio de desarrollo de la misma.

Ayudar al paciente a identificar las etapas de conducta de la habilidad social objetivo.

Proporcionar modelos que muestren las etapas de conducta dentro del contexto de las situaciones que tengan sentido para el paciente.

Ayudar al paciente a escenificar las etapas de conducta.

Proporcionar seguridad (elogios o recompensas) al paciente sobre la realización de la habilidad social objetivo.

Educar a los seres importantes para el paciente (familiares, su grupo y empleadores), si procede, sobre el propósito y proceso del ejercicio de las habilidades sociales.

Implicar a los seres queridos en las sesiones de ejercicio de habilidades sociales (juego de roles) con el paciente, si resulta oportuno.

Proporcionar seguridad al paciente y a los seres queridos sobre lo adecuado de sus respuestas sociales en las situaciones de realización de los ejercicios.

Animar al paciente/seres queridos a que valoren los resultados esperados de la interacción social, establezcan recompensas para los resultados positivos y solucionen los problemas con resultados menos deseables.

Modificación de la conducta: habilidades sociales

4362

Definición: Ayuda al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.

Actividades:

Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social.

Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales.

Ayudar al paciente a identificar los resultados deseados de las relaciones o situaciones interpersonales problemáticas.

Ayudar al paciente a identificar tipos posibles de acción y sus consecuencias sociales/interpersonales.

Identificar la habilidad(es) social(es) específica(s) que constituirá(n) el centro del ejercicio de desarrollo de la misma.

Ayudar al paciente a identificar las etapas de conducta de la habilidad social objetivo.

Proporcionar modelos que muestren las etapas de conducta dentro del contexto de las situaciones que tengan sentido para el paciente.

Ayudar al paciente a escenificar las etapas de conducta.

Proporcionar seguridad (elogios o recompensas) al paciente sobre la realización de la habilidad social objetivo.

Educar a los seres importantes para el paciente (familiares, su grupo y empleadores), si procede, sobre el propósito y proceso del ejercicio de las habilidades sociales.

Implicar a los seres queridos en las sesiones de ejercicio de habilidades sociales (juego de roles) con el paciente, si resulta oportuno.

Proporcionar seguridad al paciente y a los seres queridos sobre lo adecuado de sus respuestas sociales en las situaciones de realización de los ejercicios.

Animar al paciente/seres queridos a que valoren los resultados esperados de la interacción social, establezcan recompensas para los resultados positivos y solucionen los problemas con resultados menos deseables,

Monitorización ácido-base

1920

Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio ácido-base.

Actividades:

Tomar muestras de gases en sangre arterial (ABG), asegurando una circulación adecuada en la extremidad antes y después de la extracción de sangre.

Colocar los ABG en hielo, si procede, y enviar al laboratorio.

Tomar la temperatura del paciente y el porcentaje de oxígeno administrado en el momento de la extracción de ABG.

Observar si el nivel arterial del pH se encuentra en la parte alcalina o ácida del medidor (7,4).

Observar si el nivel de PaCO_2 (presión de dióxido de carbono arterial parcial) muestra acidosis respiratoria, alcalosis respiratoria o es normal.

Observar si el nivel de HCO_3^- muestra acidosis metabólica, alcalosis metabólica o es normal.

Examinar el nivel del pH junto con los niveles de PaCO_2 y HCO_3^- para determinar si la acidosis/alcalosis está compensada o descompensada.

Observar los niveles de PaO_2 , SaO_2 y Hgb para determinar si la oxigenación arterial es adecuada.

Controlar el nivel de título final de CO_2 , si procede.

Observar si hay un aumento de anión gap ($> 14 \text{ mEq/l}$), lo que indicaría un aumento de producción o una disminución de la excreción de productos ácidos.

Observar si hay signos y síntomas de déficit de HCO_3^- , y acidosis metabólica: respiraciones de Kussmaul, debilidad, desorientación, jaqueca, anorexia, coma, pH en orina < 6 , nivel de HCO_3^- en plasma $< 22 \text{ mEq/l}$, nivel de pH en plasma $< 7,35$, BE $< 2 \text{ mEq/l}$, hipercaliemia asociada, y posible déficit de CO_2 .

Monitorizar causas posibles de déficit de HCO_3^- , como diarrea, insuficiencia renal, hipoxia tisular, acidosis láctica, cetoacidosis diabética, malnutrición y sobredosis de salicilatos.

Administrar oral o parenteralmente agentes HCO_3^- , si es preciso.

Administrar insulina y potasio prescritos para el tratamiento de la cetoacidosis diabética, si procede.

Observar si hay signos y síntomas de exceso de HCO_3^- y alcalosis metabólica; entumecimiento y hormigueo en las extremidades, hipertonidad muscular, respiraciones breves con pausa, bradicardia, tetania, pH en orina > 7 , nivel de HCO_3^- en plasma $> 26 \text{ mEq/l}$, pH en plasma $> 7,45$, BE $> 2 \text{ mEq/l}$, hipocaliemia asociada y posible retención de CO_2 .

Comprobar las causas posibles de exceso de HCO_3^- , como vómitos, aspiración gástrica, hiperaldosteronismo, terapia diurética, hipocloremia y excesiva ingestión de medicamentos que contengan HCO_3^- .

Enseñar al paciente a evitar el excesivo uso de medicamentos que contengan HCO_3^- , si procede.

Administrar agentes farmacológicos para reemplazar el cloro, si está indicado.

Observar si hay signos y síntomas de déficit de ácido carbónico y alcalosis respiratoria: suspiros y bostezos frecuentes, tetania, parestesia, contracciones musculares, palpitaciones, entumecimiento y hormigueo, mareo, visión borrosa, diaforesis, boca seca, convulsiones, nivel de pH $> 7,45$, $\text{PaCO}_2 < 35 \text{ mmHg}$, hipercloremia asociada y posible déficit de HCO_3^- .

Buscar las causas posibles de déficit de ácido carbónico e hiperventilación asociada, como dolor, lesiones del SNC, fiebre y ventilación mecánica.

Sedar al paciente para reducir la hiperventilación, si es necesario.

Administrar fármacos para el dolor, si está indicado.

Tratar la fiebre, si procede.

Administrar parenteralmente soluciones con cloro para reducir el HCO_3^- , a la vez que se corrige la causa de la alcalosis respiratoria, si procede.

Observar si hay signos y síntomas de exceso de ácido carbónico y acidosis respiratoria: temblores de las manos con extensión de los brazos, confusión, somnolencia con progresión al coma, jaqueca, respuesta verbal lenta, náuseas, vómitos, taquicardia, extremidades calientes y sudorosas, nivel de $\text{pH} < 7,35$, nivel de $\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$, hipocloremia asociada y posible exceso de HCO_3^- .

Buscar causas posibles de exceso de ácido carbónico y acidosis respiratoria, como obstrucción de vías aéreas, ventilación deprimida, depresión del SNC, enfermedad neurológica, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad musculoesquelética, traumatismo torácico, infección, SDR, insuficiencia cardíaca y utilización de fármacos depresores de la respiración.

Facilitar la ventilación y favorecer la apertura de las vías aéreas en presencia de acidosis respiratoria y nivel de PaCO_2 en aumento, si procede.

Administrar oxigenoterapia, si procede.

Administrar antimicrobianos y broncodilatadores, si procede.

Administrar oxígeno a bajo flujo y observar si hay narcosis por CO_2 , en casos de hipercapnia crónica.

Monitorización de electrolitos

2020

Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de electrolitos.

Actividades:

Vigilar el nivel de electrolitos en suero.

Monitorizar los niveles de albúmina y proteína totales, si está indicado.

Observar si se producen desequilibrios ácido-base.

Identificar posibles causas de desequilibrios electrolíticos.

Reconocer e informar sobre la presencia de desequilibrios de electrolitos.

Observar si hay pérdidas de líquidos y pérdida asociada de electrolitos, si procede.

Observar si hay signos de Chvostek y/o Trousseau.

Observar si hay manifestaciones de desequilibrios de electrolitos (alteración sensorial y debilidad).

Observar si la ventilación es adecuada.

Vigilar los niveles en suero y osmolalidad de la orina.

Observar los trazos del electrocardiograma para ver si hay cambios relacionados con niveles anormales de potasio, calcio y magnesio.

Observar si hay cambios en la sensibilidad periférica, como entumecimientos y temblores.

Observar la fuerza muscular.

Observar si se producen náuseas, vómitos y diarrea.

Identificar los tratamientos que puedan alterar el estado de los electrolitos, como la aspiración gastrointestinal, los diuréticos, los antihipertensivos y bloqueadores del canal del calcio.

Comprobar si hay enfermedad médica subyacente que pueda conducir a un desequilibrio de electrolitos.

Observar si hay signos y síntomas de hipocaliemia: debilidad muscular, irregularidades cardíacas (CVP), intervalo QT prolongado, onda T aplanada o deprimida, segmento ST deprimido, presencia de onda U, fatiga, parestesia, disminución de los reflejos, anorexia, estreñimiento, descenso de la motilidad gastrointestinal, mareos, confusión, aumento de la sensibilidad digital y respiraciones deprimidas.

Observar si hay signos y síntomas de hipercaliemia: irritabilidad, ansiedad, náuseas, vómitos, retortijones abdominales, debilidad, parálisis flácida, entumecimiento y hormigueos, taquicardia que evoluciona a bradicardia, taquicardia o fibrilación ventricular, ondas T con picos altos, onda P aplanada, complejo QRS ancho difuminado y bloqueo cardíaco que evoluciona a asistolia.

Observar si hay signos y síntomas de hiponatremia: desorientación, contracciones musculares, náuseas y vómitos, retortijones abdominales, jaquecas, cambios de personalidad, ataques convulsivos, letargía, fatiga, abandono y coma.

Observar si hay signos y síntomas de hipernatremia: sed extrema; fiebre; sequedad, membranas mucosas pegajosas; taquicardia, hipotensión, letargía, confusión, estado mental alterado y ataques convulsivos.

Observar si hay signos y síntomas de hipocalcemia: irritabilidad, tetania muscular, signo de Chvostek (espasmo muscular facial), signo de Trousseau (espasmo carpal), entumecimiento y hormigueo periférico, calambres musculares, disminución del gasto cardíaco, segmento ST e intervalo QT prolongados, hemorragias y fracturas.

Observar si hay signos y síntomas de hipercalcemia: dolor óseo profundo, sed excesiva, anorexia, letargía, debilidad muscular, segmento QT acortado, onda T ancha, complejo QRS ancho e intervalo P-R prolongado.

Observar si hay signos y síntomas de hipomagnesemia: depresión muscular respiratoria, apatía mental, signo de Chvostek (espasmo muscular facial), signo de Trousseau (espasmo carpal), confusión, fieles faciales, espasticidad y disritmias cardíacas.

Observar si hay signos y síntomas de hipermagnesemia: debilidad muscular, incapacidad para la deglución, hiporreflexia, hipotensión, bradicardia, depresión del SNC, depresión respiratoria, letargía, coma y depresión.

Observar si hay signos y síntomas de hipofosfatemia: tendencia a hemorragias, debilidad muscular, parestesia, anemia hemolítica, función de leucocitos deprimida, náuseas, vómitos, anorexia y desmineralización ósea.

Observar si hay signos y síntomas de hiperfosfatemia: taquicardia, náuseas, diarrea, retortijones abdominales, debilidad muscular, parálisis flácida y aumento de los reflejos.

Observar si hay signos y síntomas de hipocloremia: hiperirritabilidad, tetania, excitabilidad muscular, respiraciones lentas e hipotensión.

Observar si hay signos y síntomas de hipercloremia: debilidad; letargia; respiración rápida, profunda, y coma.

Administrar suplemento de electrolitos prescrito, si procede.

Proporcionar una dieta adecuada al desequilibrio del paciente (dieta de alimentos ricos en potasio o bajos en sodio).

Enseñar al paciente a evitar o minimizar el desequilibrio de electrolitos.

Instruir al paciente y/o a la familia sobre las modificaciones dietéticas específicas, si procede.

Consultar con el médico, si los signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y/o electrolitos persisten o empeoran.

Monitorización de la calidad

7800

Definición: Reunión y análisis sistemático de los indicadores de calidad de una organización con el objeto de mejorar los cuidados del paciente.

Actividades:

Identificar los problemas de cuidados del paciente o las oportunidades de mejorar los cuidados.

Participar en el desarrollo de los indicadores de calidad.

Incorporar las normas de grupos de profesionales adecuados.

Utilizar criterios preestablecidos al reunir los datos.

Entrevistar a los pacientes, las familias y el personal, según corresponda.

Revisar el registro de cuidados de pacientes para ver la documentación de cuidados, si es necesario.

Dirigir el análisis de datos, si procede.

Comparar los resultados de los datos con las normas preestablecidas.

Consultar con el personal de cuidados u otros profesionales sanitarios para desarrollar un plan de acción.

Recomendar cambios de la práctica, en función de los hallazgos.

Informar acerca de los hallazgos en las reuniones del personal.

Analizar y revisar las normas, si procede.

Participar en las comisiones de mejora de la calidad.

Proporcionar orientación acerca de la mejora de la calidad a los nuevos empleados en la unidad.

Participar en los equipos intradisciplinar e interdisciplinar de resolución de problemas.

Monitorización de la presión intracraneal (PIC)

2590

Definición: Medición e interpretación de los datos del paciente para regular la presión intracraneal.

Actividades:

- Ayudar en la inserción del dispositivo de monitorización de la PIC.
- Proporcionar información al paciente y a la familia/seres queridos.
- Calibrar el transductor.
- Nivelar el transductor externo a un punto de referencia anatómico compatible.
- Cebiar el sistema de lavado, si procede.
- Ajusfar las alarmas.
- Registrar las lecturas de presión de la PIC
- Controlar la calidad y características de la forma de onda de la PIC.
- Vigilar la presión de perfusión cerebral.
- Controlar el estado neurológico.
- Observar la respuesta neurológica y de la PIC del paciente a las actividades de cuidados y estímulos ambientales.
- Observar la cantidad/frecuencia y características del drenaje del LCR.
- Mantener la posición de la cámara de recogida de LCR, según prescripción.
- Controlar la ingesta y eliminación.
- Prevenir el desplazamiento del dispositivo.
- Mantener la esterilidad del sistema de monitorización.
- Observar si hay burbujas de aire, restos celulares o sangre coagulada en el tubo de presión.
- Cambiar el transductor/sistema de irrigación y bolsa de drenaje, si está indicado.
- Cambiar y/o reforzar el vendaje del sitio de inserción, si es necesario.
- Observar si hay infección en el sitio de inserción o vertido de líquido.
- Obtener muestras del drenaje de líquido cefalorraquídeo (LCR), si procede.
- Comprobar la temperatura y el recuento de glóbulos blancos.
- Comprobar la rigidez de la nuca del paciente.
- Administrar los antibióticos prescritos.
- Colocar al paciente con la cabeza y con el cuello en posición neutra evitando la flexión extrema de la cadera.
- Ajusfar el cabecero de la cama para optimizar la perfusión cerebral.
- Controlar el efecto de los estímulos ambientales en la PIC
- Espaciar los cuidados para minimizar la elevación de la PIC
- Alterar el procedimiento de aspiración para minimizar el aumento de la PIC con la introducción del catéter (administrar lidocaína y limitar el número de pases de aspiración).
- Controlar los niveles de CO_2 y mantenerlos dentro de los parámetros especificados.
- Mantener la presión arterial sistémica dentro de los márgenes especificados.
- Administrar agentes farmacológicos para mantener la PIC dentro del margen especificado.
- Notificar al médico que la PIC elevada no responde a los protocolos de tratamiento.

1.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Continúa

Monitorización de las extremidades inferiores

3480

Definición: Recogida, análisis y uso de los datos del paciente para clasificar el riesgo y prevenir lesiones en las extremidades inferiores.

Actividades:

Examinar si en la piel ha)' evidencia de poca higiene.

Examinar si en las extremidades inferiores hay presencia de edema.

Examinar si hay cambios en las uñas de los dedos de los pies (p. ej., espesor, infección fúngica, uñero y evidencia de adornos inadecuados).

Examinar el color, la temperatura, la hidratación, el crecimiento del vello, la textura y las grietas o las fisuras de la piel.

Examinar si entre los dedos de los pies hay maceración, rotura o fisuras.

Preguntar si se han observado cambios en los pies y la historia reciente o pasada de úlceras en el pie o amputación.

Determinar el estado de movilidad (caminar sin ayuda, caminar con mecanismos de ayuda o no andar/utilizar silla de ruedas).

Examinar si en el pie hay deformidades, incluyendo dedos *cocked-up*, cabezas prominentes del metatarso y cardo alto o bajo o cambios de Charcot (la deformación de una articulación asociada a siringomielia y tabes avanzada es indolora).

Controlar el estiramiento del músculo en el tobillo y en el pie.

Examinar si en el pie ha)' evidencias de presión (es decir, presencia de enrojecimiento localizado, aumento de la temperatura, ampollas).

Preguntar si hay parestesias (entumecimiento, hormigueo o quemazón).

Palpar el espesor del almohadillado graso sobre las cabezas del metatarso.

Palpar los pulsos pedio y tibial posterior.

Determinar el índice de presión del tobillo, si está indicado.

Examinar la presencia de claudicación intermitente, dolor en reposo o dolor nocturno.

Determinar el tiempo de llenado capilar.

Controlar el nivel de sensación protectora utilizando monofilamento de nailon Semmes-Weinstein.

Determinar el umbral de percepción de vibración.

Determinar las respuestas propioceptivas.

Obtener reflejos tendinosos profundos (tobillo y rodilla), si está indicado.

Observar la marcha y la distribución del peso sobre el pie (observar la deambulación y determinar la pauta de uso en los zapatos).

Observar el estado de los zapatos y los calcetines (limpios y bien remendados).

Observar la adecuación de los zapatos (tacón bajo con una horma del zapato que se adecuó a la forma del pie; profundidad adecuada de la caja del dedo; suelas realizadas con material que amortigüe los golpes; anchura ajustable con lazos y correas; parte superior realizada con materiales transpirables, suaves y flexibles; cambios realizados para trastornos de marcha o de longitud de la pierna, y posibilidades de modificación, si es necesario).

Observar la adecuación de los calcetines (material absorbente y que no apriete).

Observar la movilidad articular (dorsiflexión del tobillo y movimiento de la articulación subtalar).

Realizar una vigilancia continua de las extremidades inferiores para determinar la necesidades de derivación como mínimo cuatro veces al año.

Utilizar el nivel de riesgo de lesión como guía para determinar derivaciones adecuadas.

Continúa

622 Monitorización de las extremidades inferiores (3480)

Actividades (Cont):

Identificar los servicios especializados en el cuidado de los pies requeridos (ortesis o calzado especial, recorte de durezas, corte de las uñas de los pies, evaluación de movilidad y ejercicios, evaluación y control de la deformidad de los pies, tratamiento de deformidades/infecciones de la piel y de las uñas, corrección de la marcha anómala, y/o evaluación y control de la circulación arterial alterada).

Consultar con el médico las recomendaciones para la evaluación y la terapia complementaria (rayos X), si es necesario.

Dar información al paciente/familia sobre servicios especializados de cuidados del pie recomendados.

Identificar la preferencia del paciente/familia respecto al profesional sanitario/institución de derivación, si procede.

Determinar los recursos financieros del paciente para pagar los servicios especializados de cuidados del pie.

Ayudar a obtener recursos financieros necesarios (contactar con servicios sociales), si procede.

Contactar con el profesional sanitario/institución si procede organizar servicios especializados de cuidados del pie (programar una cita).

Completar la derivación por escrito, si procede.

Monitorización de líquidos 4130

Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos.

Actividades:

Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación.

Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (p. ej., hipertermia, terapia diurética, patologías renales, insuficiencia cardíaca, diaforesis, disfunción hepática, ejercicio intenso, exposición al calor, infección, estado postoperatorio, poliuria, vómitos y diarrea).

Vigilar el peso.

Vigilar ingresos y egresos.

Comprobar los niveles de electrolitos en suero y orina, si procede.

Valorar niveles de albúmina y proteína total en suero.

Observar niveles de osmolalidad de orina y suero.

Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardíaca y estado de la respiración.

Observar presión sanguínea ortostática y cambios del ritmo cardíaco, si resulta oportuno.

Vigilar parámetros hemodinámicos invasivos, si procede.

Llevar un registro preciso de ingresos y egresos.

Observar las mucosas, la turgencia de la piel y la sed.

Observar color, cantidad y gravedad específica de la orina.

Observar si las venas del cuello están distendidas, si hay crepitación pulmonar, edema periférico y ganancia de peso.

Observar el acceso venoso del dispositivo, si procede.

Observar si hay signos y síntomas de ascitis.

Tomar nota de si hay presencia o ausencia de vértigo al levantarse.

Administrar líquidos, si procede.

Restringir y repartir la ingesta de líquidos, si procede.

Mantener el nivel de flujo intravenoso prescrito.

Administrar agentes farmacológicos para aumentar la diuresis, cuando esté prescrito.

Realizar diálisis, si procede, tomando nota de la respuesta del paciente.

Monitorización de los signos vitales

6680

Definición: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

Actividades:

Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede.

Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea.

Controlar la presión sanguínea mientras el paciente está acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición, si procede.

Monitorizar la presión sanguínea después de que el paciente tome las medicaciones, si es posible.

Auscultar las presiones sanguíneas en ambos brazos y comparar, si procede.

Controlar la presión sanguínea, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad, si procede.

Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, si procede.

Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.

Observar la presencia y calidad de los pulsos.

Tomar pulsos apicales y radiales al mismo tiempo y anotar las diferencias, si procede.

Observar si hay pulso paradójico.

Observar si hay pulso alternante.

Observar si hay disminución o aumento de la presión del pulso.

Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardíacos.

Controlar periódicamente los tonos cardíacos.

Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría).

Controlar periódicamente los sonidos pulmonares.

Controlar periódicamente la pulsioximetría.

Observar si se producen esquemas respiratorios anormales (Cheyne-Stokes, Kussmaul, Biot, apnéustico, atáxico y suspiros excesivos).

Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.

Observar si hay cianosis central y periférica.

Observar si hay relleno capilar normal.

Observar si se presenta el trío de Cushing (presión de pulso ancha, bradicardia y aumento de la presión sistólica).

Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.

Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.

Monitorización del recién nacido

6890

Definición: Medición e interpretación del estado fisiológico del recién nacido durante las primeras 24 horas del nacimiento.

Actividades:

Realizar el test de Apgar al primer minuto y a los 5 minutos después del nacimiento.

Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice.

Comprobar la frecuencia respiratoria y la forma de respirar.

Observar el estado respiratorio comprobando si hay signos de distrés respiratorio: taquipnea, ensanchamiento nasal, gruñidos, retracciones, ronquidos o estertores.

Observar si hay distrés respiratorio, hipoglucemia y anomalías, en caso de que la madre padezca diabetes.

Monitorizar el ritmo cardíaco del recién nacido.

Observar el color del recién nacido.

Observar si hay signos de hiperbilirrubinemia.

Comprobar la capacidad de succión del bebé.

Observar la primera alimentación del recién nacido.

Vigilar el peso del recién nacido.

Mantener un registro preciso de ingesta y eliminaciones.

Registrar la primera deposición y el primer movimiento intestinal del recién nacido.

Observar el cordón umbilical.

Vigilar la respuesta del recién nacido masculino a la circuncisión.

Monitorización fetal electrónica: antes del parto **6771**

Definición: Evaluación electrónica de la respuesta cardíaca fetal al movimiento, estímulos externos o contracciones uterinas durante la prueba anterior al parto.

Actividades:

Revisar el historial obstétrico, si estuviera disponible, para determinar los factores de riesgo obstétricos o médicos referentes al estado fetal que requieran la realización de pruebas anteriores al parto para comprobarlo.

Determinar el conocimiento de la paciente acerca de las razones de la prueba anterior al parto.

Proporcionar a la paciente material de educación escrito de las pruebas anteriores al parto (pruebas de ausencia de estrés, test de prueba de la oxitocina y de perfil biofísico), así como monitorización fetal electrónica.

Determinar signos vitales maternos.

Averiguar ingesta oral, incluyendo dieta, cigarrillos fumados y utilización de medicamentos.

Etiquetar tira de monitorización, según protocolo.

Revisar pruebas anteriores al parto.

Verificar frecuencia cardíaca fetal y materna antes de iniciar la monitorización fetal electrónica.

Instruir a la paciente sobre la razón de la monitorización electrónica, así como sobre los tipos de información que se pueden obtener.

Realizar maniobra de Leopold para determinar la posición fetal, si procede.

Aplicar de forma cómoda tocotransductores para observar la frecuencia y la duración de las contracciones.

Aplicar transductores de ultrasonidos a la zona del útero en la que se oyen los sonidos cardíacos fetales y trazarlos claramente.

Diferenciar entre múltiples fetos documentándose por el trazado cuando se realizan trazados simultáneos con un solo monitor fetal electrónico.

Distinguir entre múltiples fetos comparando los datos cuando se realizan trazados simultáneos con dos monitores fetales electrónicos.

Comentar la tira de ritmo con la madre y la persona de apoyo.

Asegurarse de los signos de frecuencias cardíacas normales, incluyendo características típicas como artefacto, pérdida de señal con el movimiento fetal, frecuencia alta y aspecto irregular.

Ajustar los monitores para conseguir y mantener la claridad de los trazados.

Obtener trazados guía de la frecuencia cardíaca fetal según protocolo para el procedimiento de prueba específico.

Interpretar la tira de monitorización electrónica para la frecuencia cardíaca fetal, variabilidad a largo plazo y presencia de aceleraciones, desaceleraciones o contracciones espontáneas.

Proporcionar una estimulación acústica, según protocolo u orden médica o de la matrona.

Iniciar infusión i.v. según protocolo para comenzar el test de la prueba de la oxitocina, si procede, de acuerdo con las órdenes médicas o de la matrona.

Aumentar la infusión de oxitocina, según protocolo, hasta que se consiga el número de contracciones adecuado (normalmente tres contracciones en 10 minutos).

Observar la tira de monitorización para ver si hay presencia o ausencia de desaceleraciones tardías.

Interpretar el trazado en función del protocolo para establecer los criterios de la prueba de ausencia de estrés o test de prueba de la oxitocina.

Realizar ultrasonido para la prueba de perfil biofísico, según protocolo u órdenes médicas o de la matrona.

Calificar el ultrasonido en función del protocolo para los criterios de perfil biofísico.

Comunicar los resultados de las pruebas al médico responsable o a la comadrona.

Proporcionar guía anticipada de los resultados de las pruebas anormales (prueba no segura de ausencia de estrés, prueba de reto de oxitocina positiva o baja calificación del perfil biofísico).

Programar la prueba anterior al parto, según protocolo u órdenes médicas o de la matrona.

Proporcionar instrucciones escritas sobre el alta para recordar a la paciente las fechas de pruebas futuras y demás razones de reingreso para cuidados (aparición de los dolores de parto, pérdida espontánea de líquido de la bolsa, hemorragias y disminución del movimiento fetal).

Limpiar el equipo, incluyendo los cinturones abdominales.

Monitonización fetal electrónica: durante el parto

6772

Definición: Evaluación electrónica de la respuesta cardíaca fetal a las contracciones uterinas durante los cuidados del parto.

Actividades:

Verificar las frecuencias cardíacas materna y fetal antes de iniciar la monitorización fetal electrónica.

Instruir a la paciente y a la persona de apoyo sobre la razón de la monitorización fetal electrónica, así como sobre la información que se va a obtener.

Realizar maniobra de Leopold para determinar la posición fetal.

Aplicar de forma cómoda tocotransductores para observar la frecuencia y la duración de las contracciones.

Palpar para determinar la intensidad de las contracciones con el uso del tocotransductor.

Aplicar transductores de ultrasonido a la zona del útero en la que se oyen los sonidos cardíacos fetales y los trazos son claros.

Diferenciar entre múltiples fetos documentándose por el trazado cuando se realizan trazados simultáneos con un solo monitor fetal electrónico (bebé A, bebé B).

Distinguir entre múltiples fetos comparando los datos cuando se realizan trazados simultáneos con dos monitores fetales electrónicos.

Comentar la tira de ritmo con la madre y la persona de apoyo.

Asegurarse de los signos de frecuencias cardíacas normales, incluyendo características típicas como artefacto, pérdida de señal con el movimiento fetal, frecuencia alta y aspecto irregular.

Ajustar los monitores para conseguir y mantener la claridad de los trazados.

Interpretar la tira cuando ya se han obtenido al menos 10 minutos de trazado de la frecuencia cardíaca fetal y las señales de actividad uterina.

Registrar elementos del trazado externo, incluyendo frecuencia cardíaca guía, patrones oscilatorios, variabilidad a largo plazo, aceleraciones, desaceleraciones y frecuencia y duración de las contracciones.

Registrar los cuidados relevantes durante el parto (exámenes vaginales, administración de medicamentos y signos vitales maternos) directamente en la tira de monitorización, si procede.

Retirar los monitores electrónicos, si es necesario caminar, después de verificar que el trazado es normal (con seguridad).

Utilizar monitorización fetal intermitente o de telemetría, según disponibilidad, para facilitar la deambulación y comodidad maternas.

Iniciar medidas de resucitación fetal para tratar esquemas de frecuencia cardíaca anormales (dudosos), si procede.

Realizar cambios de esquemas de frecuencia cardíaca fetal después de la resucitación.

Calibrar el equipo, para la monitorización interna, si procede, con electrodo en espiral y/o catéter de presión intrauterina.

Poner en práctica las precauciones universales.

Aplicar electrodo fetal interno después de la rotura de membranas, cuando sea necesario, para reducir artefacto o para valorar la variabilidad a corto plazo.

Aplicar catéter de presión intrauterina después de la rotura de membranas, cuando sea necesario, para obtener datos para la presión de las contracciones uterinas y tono en reposo.

Registrar la respuesta materna a la aplicación de monitores internos, incluyendo el grado de incomodidad o dolor, aspecto del líquido amniótico y presencia de hemorragias.

Registrar la respuesta fetal a la colocación de monitores internos, incluyendo variabilidad a corto plazo y aceleraciones o desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal.

Mantener informado al médico de los cambios pertinentes en la frecuencia cardíaca fetal, actuaciones ante patrones preocupantes, respuesta fetal subsiguiente, progreso de los dolores del parto y respuesta materna a los dolores.

Continuar con la monitorización electrónica en los dolores de segunda etapa o hasta el momento del parto por cesárea.

Retirar los monitores internos antes del parto por cesárea para evitar la infección materna.

Registrar la interpretación de monitorización, de acuerdo con la política institucional.

Guardar la tira obtenida durante el parto como parte del registro permanente de pacientes.

Monitorización hemodinámica invasiva

4210

Definición: Medición e interpretación de parámetros hemodinámicos invasivos para determinar la función cardiovascular y regular la terapia, si procede.

Actividades:

Ayudar en la inserción y extracción de las líneas hemodinámicas invasivas.

Ayudar con el test de Allen para la evaluación de la circulación cubital colateral antes de la canulación de la arteria radial, si corresponde.

Ayudar con la examinación radiológica del tórax después de la inserción del catéter de arteria pulmonar.

Monitorizar la frecuencia y ritmo cardíacos.

Poner a cero y calibrar el equipo cada 4-12 horas, si procede, con el transductor a nivel de la aurícula derecha.

Monitorizar la presión sanguínea (sistólica, diastólica y media), presión venosa central/auricular derecha, presión de arteria pulmonar (sistólica, diastólica y media) y la presión capilar/arterial pulmonar enclavada.

Monitorizar las formas de onda hemodinámicas para ver si hay cambios de la función cardiovascular.

Comparar los parámetros hemodinámicos con otros signos y síntomas clínicos.

Utilizar equipo de gasto cardíaco de sistema cerrado.

Obtener el gasto cardíaco mediante la administración de una solución inyectada dentro de los 4 segundos, y la media de las tres inyecciones que están por debajo de 11 cada una.

Monitorizar las formas de onda de arteria pulmonar y arteriales sistémicas; si se produce humedecimiento, comprobar si hay retorcimientos o burbujas de aire en el entubado, comprobar conexiones, aspirar tapón de la punta del catéter, irrigar suavemente el sistema o ayudar con la reposición del catéter.

Documentar formas de onda de arteria pulmonar y arteriales sistémicas.

Monitorizar la perfusión periférica distal al sitio de inserción del catéter cada 4 horas o si procede.

Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea y ortopnea.

Observar si se produce progresión hacia delante del catéter pulmonar que resulte en un enclavado espontáneo, y notificárselo al médico.

Abstenerse de inflar el balón con mayor frecuencia que cada 1-2 horas, si procede.

Observar si se produce rotura del balón (evaluar la resistencia al inflarlo y permitir que el balón se desinflat de forma pasiva; después, obtener la presión capilar pulmonar/arterial enclavada).

Evitar émbolos de aire (extraer las burbujas de aire del tubo: si se sospecha la rotura del balón, hay que abstenerse de intentar inflar el balón y fijar el orificio del mismo).

Mantener la esterilidad de los orificios.

Mantener el sistema de presión cerrado a los orificios, si procede.

Realizar los cambios de vendajes estériles y los cuidados del sitio, si procede.

Inspeccionar el sitio de inserción por si hubiera signos de hemorragia o infección.

Cambiar la solución i.v. y el tubo cada 24-72 horas, según el protocolo.

Monitorizar los resultados de laboratorio para detectar una posible infección inducida por el catéter.

Administrar líquidos y/o expansores de volumen para mantener los parámetros hemodinámicos dentro del margen especificado.

Administrar agentes farmacológicos para mantener los parámetros hemodinámicos dentro del margen especificado.

Instruir al paciente y a la familia sobre el uso terapéutico de los catéteres de monitorización hemodinámica.

Instruir al paciente sobre la restricción de actividades mientras los catéteres permanecen en su sitio.

Monitorización neurológica

2620

Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar las complicaciones neurológicas.

Actividades:

Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas.

Vigilar el nivel de conciencia.

Comprobar el nivel de orientación.

Vigilar las tendencias en la Escala del Coma de Glasgow.

Analizar la memoria reciente, nivel de atención, memoria pasada, humor, afectos y conductas.

Vigilar los signos vitales: temperatura, presión sanguínea, pulso y respiraciones.

Comprobar el estado respiratorio: niveles de gases en sangre arterial, pulsioximetría, profundidad, forma, frecuencia y esfuerzo.

Monitorizar los parámetros hemodinámicos invasivos, si procede.

Monitorizar PIC y presión de perfusión cerebral (PPC).

Vigilar el reflejo corneal.

Comprobar el reflejo tusígeno y de náusea.

Explorar el tono muscular, el movimiento motor, el paso y la propiocepción.

Observar si hay movimiento pronador.

Comprobar la fuerza de aprehensión.

Observar si hay temblores.

Observar la existencia de simetría facial.

Monitorizar protrusión lingual.

Comprobar la respuesta de tracción.

Observar los movimientos oculares extra y características de la forma de mirar.

Observar si hay trastornos visuales: diplopía, nistagmo, cortes del campo visual, visión borrosa y agudeza visual.

Observar la existencia de quejas porjaquecas.

Vigilar las características del habla: fluidez, presencia de afasias o dificultad para encontrar palabras.

Comprobar la respuesta a los estímulos: verbal, táctil y dañinos.

Verificar la discriminación de filo/romo o calor/frío.

Observar si hay parestesia: entumecimiento y hormigueos.

Comprobar el sentido del olfato.

Observar la forma de sudación.

Vigilar la respuesta de Babinski.

Observar si hay respuesta de Cushing.

Observar si hay drenajes en vendaje de craneotomía/laminectomía.

Observar la respuesta a los medicamentos.

Consultar con compañeros para confirmar datos, si procede.

Identificar patrones aparecidos en los datos.

Aumentar la frecuencia del control neurológico, si procede.

- Evitar las actividades que aumenten la presión intracraneal.
- Espaciar las actividades de cuidados que aumenten la presión intracraneal.
- Notificar al médico los cambios en el estado del paciente.
- Instaurar protocolos de emergencia, si es necesario.

Monitorización nutricional

И60

Definición: Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición.

Actividades:

Pesar al paciente a los intervalos establecidos.

Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.

Controlar el tipo y cantidad de ejercicio habitual.

Analizar la respuesta emocional del paciente cuando se encuentra en situaciones que implican comidas y comer.

Observar las interacciones padres/niño durante la alimentación, si procede.

Observar el ambiente en el que se produce el acto de comer.

Programar el tratamiento y los procedimientos a horas que no sean las de la alimentación.

Observar si la piel está seca, descamada, con despigmentación.

Controlar la turgencia de la piel, si procede.

Observar si el pelo está seco, es fino y resulta fácil de arrancar,

Observar las encías por si hubiera inflamación, estuvieran esponjosas, cedidas y con hemorragias.

Observar si se producen náuseas y vómitos.

Vigilar las mediciones de los pliegues de la piel: pliegues en tríceps, circunferencia muscular en medio del brazo y circunferencia de la parte media del brazo.

Vigilar niveles de albúmina, proteína total, hemoglobina y hematocrito.

Comprobar niveles de linfocitos y electrolitos.

Observar preferencias y selección de comidas.

Comprobar el crecimiento y desarrollo.

Vigilar los niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad.

Observar si hay palidez, enrojecimiento y sequedad del tejido conjuntivo.

Controlar la ingesta calórica y nutricional.

Observar si las uñas tienen forma de cuchara, están quebradizas, con aristas.

Observar si la boca/labios están inflamados, enrojecidos y agrietados.

Observar cualquier llaga, edema y papilas hiperémica e hipertrófica de la lengua y de la cavidad bucal.

Observar si la lengua es de color escarlata, magenta o crudo.

Observar cambios importantes en el estado nutricional e iniciar tratamiento, si procede.

Realizar consulta dietética, si se requiere.

Determinar si el paciente necesita dieta especial.

Disponer las condiciones ambientales óptimas a la hora de la comida.

Proporcionar comida y líquidos nutricionales, según corresponda.

Monitorización respiratoria

3350

Definición: Reunión y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gas adecuado.

Actividades:

Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.

Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.

Observar si se producen respiraciones ruidosas, como cacareos o ronquidos.

Controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, respiración apnéstica, Biot y esquemas atáxicos.

Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual.

Realizar percusión en tórax anterior y posterior desde los vértices hasta las bases de forma bilateral.

Anotar la ubicación de la tráquea.

Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico).

Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.

Determinar la necesidad de aspiración auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales.

Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos y anotar los resultados.

Vigilar los valores PFT, sobre todo la capacidad vital, fuerza inspiratoria máxima, volumen espiratorio forzado en un segundo (FEV₁) y FEV₁/FVC, según disponibilidad.

Controlar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos y disminuciones de presiones inspiratorias en volumen corriente, si procede.

Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.

Anotar los cambios de SaO₂, SvO₂ y CO₂ corriente final y los cambios de los valores de gases en sangre arterial, si procede.

Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente.

Anotar aparición, características y duración de la tos.

Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.

Observar si hay disnea y sucesos que la mejoran y empeoran.

Observar si se producen ronqueras o cambios de voz cada hora en pacientes con quemaduras faciales.

Observar si se producen crepitantes, si es el caso.

Realizar el seguimiento de los informes radiológicos.

Abrir la vía aérea, elevando la barbilla o empujando la mandíbula, si se precisa.

Colocar al paciente en decúbito lateral, según se indique, para evitar la aspiración; girar utilizando la técnica de hacer rodar troncos si se sospecha aspiración cervical.

Establecer esfuerzos de resucitación, si es necesario.

Instaurar tratamientos de terapia respiratoria (nebulizador), cuando sea necesario.

Movilización familiar 7120

Definición: Utilización de la fuerza familiar para influenciar sobre la salud del paciente de una manera positiva.

Actividades:

Ofrecerse a escuchar a los miembros de la familia.

Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.

Ver a los miembros de la familia como posibles expertos en el cuidado del paciente.

Identificar las capacidades y los recursos dentro de la familia, en los miembros de la familia y en su sistema de apoyo y la comunidad.

Determinar la disposición y capacidad de los miembros de la familia para aprender.

Proporcionar información con frecuencia a la familia para ayudarles a identificar las limitaciones, los progresos y las implicaciones en el cuidado del paciente.

Compartir la toma de decisiones con los miembros de la familia relacionadas con el plan de cuidados del paciente.

Enseñar a los cuidadores en domicilio la terapia del paciente, según proceda.

Explicar a los miembros de la familia la necesidad de asistencia sanitaria profesional continuada, si procede.

Colaborar con los miembros de la familia en la planificación y desarrollo de terapias o en los cambios en el estilo de vida del paciente.

Apoyar las actividades familiares que estimulen la salud del paciente o el control de la enfermedad, cuando corresponda.

Ayudar a los miembros de la familia a identificar servicios sanitarios y recursos de la comunidad que pueden utilizarse para mejorar el estado de salud del paciente.

Observar la situación familiar actual.

Remitir a los miembros de la familia a grupos de apoyo, si procede.

Determinar sistemáticamente el logro de resultados esperados del paciente.

Muestra de sangre capilar

4035

Definición: Obtención por punción transcutánea de una muestra sanguínea periférica del cuerpo, como el talón, un dedo u otro lugar.

Actividades:

Verificar la identificación correcta del paciente.

Minimizar la ansiedad del paciente utilizando procedimientos adecuados a la edad.

Mantener precauciones estándar.

Elegir el lugar de punción (p. ej., cara inferior externa del talón, lados de los dedos de los pies o manos, lugares alternativos como el antebrazo).

En los lactantes, pinchar la cara exterior del talón a una profundidad no superior a los 2,4 mm.

Si la muestra ha de ser arterial, calentar el lugar durante aproximadamente 5 minutos, según el protocolo de la institución.

Utilizar técnicas asépticas en la punción.

Pinchar manualmente la piel con una lanceta o con un mecanismo de punción aprobado según las indicaciones del fabricante.

Quitar la primera gota de sangre con una gasa seca, según las indicaciones del fabricante o el protocolo de la institución.

Recoger la sangre de la manera adecuada para la realización de la prueba (p. ej., dejar que una gota de sangre caiga en la zona del papel de filtro especificada para ello por el fabricante, colocar la sangre en tubos por capilaridad).

Presionar de manera intermitente en el punto más alejado posible del lugar de punción para favorecer el flujo de la sangre.

Evitar la hemólisis provocada por la presión o la «absorción» excesiva del lugar de punción.

Seguir las normas del fabricante respecto al tiempo de las pruebas y a la conservación de la muestra de sangre (p. ej., tubos sellados), según sea necesario.

Etiquetar la muestra, según el protocolo de la institución.

Enviar la muestra al laboratorio, según sea necesario.

Vendar el lugar de punción, según sea necesario.

Enseñar y dirigir la autoextracción de muestras de sangre capilar, si procede.

Colocar adecuadamente el equipo.

Documentar la realización de la extracción de una muestra de sangre capilar.

Musicoterapia

4400

***Definición:* Utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico.**

Actividades:

Definir el cambio de conducta específico y/o fisiológico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor).

Determinar el interés del individuo por la música.

Identificar las preferencias musicales del individuo.

Informar al individuo del propósito de la experiencia musical.

Elegir selecciones de música particularmente representativas de las preferencias del individuo.

Ayudar al individuo a adoptar una posición cómoda.

Limitar los estímulos extraños (p. ej., luces, sonidos, visitantes, llamadas telefónicas) durante la experiencia de escucha.

Proporcionar disponibilidad de cintas/discos compactos de música y equipo al individuo.

Asegurarse de que las cintas/discos compactos de música y el equipo se encuentran en buen estado de funcionamiento.

Proporcionar auriculares, si es conveniente.

Asegurarse de que el volumen es adecuado, pero no demasiado alto.

Evitar dejar la música puesta durante largos períodos.

Facilitar la participación activa del individuo (tocar un instrumento o cantar), si lo desea y es factible dentro de la situación.

Evitar música estimulante después de una lesión aguda en la cabeza.

Obtención de órganos

6260

***Definición:* Guiar a las familias en el proceso de donación para asegurar una extracción a tiempo de órganos vitales y tejidos para trasplantes.**

Actividades:

Revisar la política institucional y los procedimientos de donación de órganos.

Revisar el historial médico del donante potencial para determinar la posible existencia de contraindicaciones a la donación.

Anticipar la conveniencia de los órganos para la donación, dependiendo de los criterios de la muerte.

Informarse de si el paciente dispone de tarjeta de donación de órganos.

Proporcionar apoyo emocional a las familias cuando se desee la donación pero esté contraindicada.

Alertar al equipo de obtención de órganos del donante potencial.

Participar en la obtención de muestras para verificar la idoneidad del donante.

Prepararse para articular los criterios actuales de la muerte cerebral en términos que los miembros de la familia puedan comprender.

Obtener el consentimiento de la familia para la donación de órganos, si procede.

Colaborar con la familia para cumplimentar los formularios de consentimiento separados que mencionen específicamente el nombre de los órganos y tejidos autorizados para su extracción.

Dar tiempo a la familia para que exprese su dolor.

Proporcionar apoyo emocional a la familia.

Responder a las preguntas más comunes sobre la responsabilidad económica de la obtención, criterios del trasplante y duración del procedimiento.

Establecer acciones para preservar la viabilidad del órgano (líquidos intravenosos y ventilación).

Participar en los procedimientos de obtención de órganos, si procede.

Proporcionar los cuidados post mórtem.

Ofrecer a la familia la visión post mórtem del cuerpo, cuando sea posible.

Participar en la conversación posterior al procedimiento.

Orientación de la realidad

4820

Definición: Fomento de la consciencia del paciente acerca de la identidad personal, tiempo y ambiente.

Actividades:

Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.

Acercarse al paciente lentamente y de frente.

Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente.

Disponer un enfoque de la situación que sea consistente (firmeza amable, amistad activa, amistad pasiva, hechos concretos y nada de exigencias) que refleje las necesidades y las capacidades particulares del paciente.

Hablar al paciente de una manera distintiva, a un ritmo, volumen y tono adecuados.

Hacer las preguntas de una en una.

Evitar frustrar al paciente con demandas que superan la capacidad (p. ej., cuestiones de orientación repetidas que no pueden responderse, pensamiento abstracto cuando el paciente puede pensar sólo en términos concretos, actividades que no pueden realizarse, toma de decisiones más allá de su preferencia o capacidad).

Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo, si es necesario.

Presentar la realidad de manera que conserve la dignidad del paciente (p. ej., proporcionar una explicación alternativa, evitar discutir y evitar intentos de convencer al paciente).

Repetir el último pensamiento expresado por el paciente, si procede.

Interrumpir las confabulaciones cambiando de tema o respondiendo al sentimiento o tema, en lugar de al contenido de la manifestación verbal.

Dar órdenes de una en una.

Utilizar gestos/objetos para aumentar la comprensión de las comunicaciones verbales.

Involucrar al paciente en actividades concretas «aquí y ahora» (actividades de la vida diaria) que se centren en algo exterior a sí mismo y que sea concreto y orientado en la realidad.

Mostrar sugerencias/posturas físicas (mover la mano del paciente haciendo los movimientos necesarios para cepillarse los dientes), si es necesario, para completar la tarea dada.

Fomentar el uso de dispositivos de ayuda que aumenten la estimulación sensorial (gafas, dispositivos de ayuda a la audición y dentaduras postizas).

Recomendar al paciente que lleve ropa personal, ayudar si es necesario.

Proporcionar objetos que simbolizan la identidad de sexo (p. ej., monedero o gorra), si procede.

Utilizar señales con dibujos para favorecer el uso adecuado de los objetos.

Evitar las situaciones no familiares, cuando sea posible.

Preparar al paciente para los cambios que se avecinen en la rutina y ambiente habitual antes de que se produzcan.

Disponer siestas, descanso y sueño adecuados, incluidas siestas cortas si es necesario.

Asignar cuidadores que sean familiares para el paciente.

Animar a la familia a participar en los cuidados basándose en las capacidades, necesidades y preferencias.

Proporcionar un ambiente físico consecuente y una rutina diaria.

Permitir el acceso a objetos familiares, cuando sea posible.

Etiquetar los artículos del ambiente para favorecer su reconocimiento.

Modular los estímulos sensoriales humanos y ambientales (p. ej., sesiones de visita, vistas, sonidos, luz, olores y estimulación táctil), según las necesidades del paciente.

Continúa

642 Orientación de la realidad (4820)

Actividades **(Cont.):**

Utilizar señales ambientales (signos, cuadros, relojes, calendarios y codificación en color del ambiente) para estimular la memoria, reorientar y fomentar una conducta adecuada.

Eliminar los estímulos, cuando sea posible, que creen percepciones equivocadas en un paciente particular (cuadros en la pared y televisión).

Permitir el acceso a sucesos de noticias actuales (televisión, periódicos, radio e informativos verbales), cuando corresponda.

Implicar al paciente en ambiente/clase grupal de orientación de la realidad, cuando sea adecuado.

Ofrecer psicoeducación a la familia y los seres queridos respecto a fomentar la orientación de la realidad.

Observar si hay cambios de sensibilidad y orientación.

Oxigenoterapia

3320

Definición: Administración de oxígeno y control de su eficacia.

Actividades:

Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, si procede.

Restringir el fumar.

Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.

Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calefactado y humidificado.

Administrar oxígeno suplementario según órdenes.

Vigilar el flujo de litro de oxígeno.

Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno.

Instruir al paciente acerca de la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido.

Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.

Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial), si procede.

Asegurar la recolocación de la máscara/cánula de oxígeno cada vez que se extrae el dispositivo.

Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come.

Cambiar el dispositivo de aporte de oxígeno de la máscara a cánulas nasales durante las comidas, según tolerancia.

Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.

Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción.

Comprobar el equipo de oxígeno para asegurar que no interfiere con los intentos de respirar por parte del paciente.

Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno.

Observar si se producen roturas de la piel por la fricción del dispositivo de oxígeno,

Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente.

Aconsejar al paciente que obtenga la prescripción de oxígeno suplementario antes de realizar viajes en avión o a gran altitud.

Consultar con otros cuidadores acerca del uso de oxígeno suplementario durante períodos de actividad y/o sueño.

Instruir al paciente y a la familia en el uso de oxígeno en casa.

Disponer el uso de dispositivos de oxígeno que faciliten la movilidad y enseñar al paciente en consecuencia.

Cambiar al dispositivo de aporte de oxígeno alterno para fomentar la comodidad, si procede.

Parto

6720

Definición; Nacimiento de un niño.

Actividades:

Proporcionar anticipadamente una guía del parto.

Disponer la presencia de una(s) persona(s) de apoyo durante la experiencia del parto, si es posible.

Realizar una exploración vaginal para determinar la posición fetal.

Facilitar la privacidad y el pudor de la paciente durante el parto en un entorno tranquilo.

Aceptar los requerimientos que realice la paciente sobre el parto cuando estos requerimientos sean coherentes con las normas de cuidado perinatales.

Obtener el permiso de la paciente y de la pareja para la entrada de personal de cuidado adicional en la zona de parto.

Ayudar a la paciente con la posición para el parto.

Estirar el tejido perineal, si procede, para minimizar los desgarros o episiotomía.

Informar a la paciente sobre la necesidad de una episiotomía.

Administrar analgésicos locales antes del parto o la episiotomía, si está indicado.

Realizar la episiotomía, si resulta oportuno.

Enseñar a la paciente a respirar tragando (p. ej., «jadeos») en el parto cefálico.

Sacar la cabeza fetal lentamente, manteniendo la flexión hasta que salgan los huesos parietales.

Sostener el perineo durante el parto.

Observar si se presenta el cordón en la nuca.

Reducir la presencia del cordón en la nuca, si procede (p. ej., sujetar y cortar el cordón o deslizado sobre la cabeza).

Aspirar las secreciones de la nariz y boca del bebé con una jeringa después de la salida de la cabeza.

Aspirar el líquido manchado de meconio, si es el caso.

Limpia y seca la cabeza del bebé después de su salida.

Ayudar en la salida de los hombros.

Realizar maniobras para liberar la distocia de los hombros (p. ej., presión suprapúbica o maniobra de McRobert), si procede.

Coger el cuerpo del bebé lentamente.

Soportar el cuerpo del bebé.

Sujetar y cortar el cordón umbilical después de que hayan cesado las pulsaciones, si no está contraindicado.

Sacar una muestra de sangre del cordón si es Kh negativo o si es necesaria para una valoración de gases en sangre del cordón.

Adelantar la expulsión espontánea de la placenta.

Asignar la calificación Apgar de 1 minuto.

Aplicar tracción controlada del cordón umbilical, a la vez que se protege el fondo del útero.

Inspeccionar si hay desgarros en el cérvix después de la salida de la placenta.

Administrar anestésicos locales antes de la reparación quirúrgica, cuando se indique.

Suturar la episiotomía o los desgarros, si procede.

Realizar un examen rectal para asegurarse de la integridad de los tejidos.

Inspeccionar la placenta, las membranas y el cordón después del parto.

Calcular la pérdida de sangre después del parto.

Limpiar el perineo.

Aplicar compresa perineal.

Alabar el esfuerzo materno y el de la persona de apoyo.

Proporcionar información sobre el aspecto y estado del bebé.

Animar la manifestación verbal de preguntas o inquietudes acerca de la experiencia del parto y del recién nacido.

Consultar con el médico presente acerca de síntomas de complicaciones reales o potenciales.

Registrar el desarrollo del parto.

Firmar el certificado de nacimiento, si procede.

Planificación del alta

7370

Definición: Preparación para trasladar al paciente desde un nivel de cuidados a otro dentro o fuera del centro de cuidados actual.

Actividades:

Ayudar al paciente/familiar/ser querido a preparar el alta.

Determinar las capacidades del paciente para el alta.

Colaborar con el médico, paciente/familiar/ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados.

Coordinar los esfuerzos de distintos profesionales sanitarios para asegurar un alta oportuna.

Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.

Identificar lo que debe aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta.

Observar si todo está listo para el alta.

Comunicar al paciente los planes de alta, si procede.

Registrar los planes respecto del alta del paciente en el gráfico.

Formular un plan de mantenimiento para el seguimiento posterior al alta.

Ayudar al paciente/familiar/ser querido en la planificación de los ambientes de apoyo necesarios para proveer los cuidados fuera del hospital.

Desarrollar un plan que considere las necesidades de cuidado, sociales y económicas, del paciente.

Disponer la evaluación posterior al alta, cuando sea posible.

Fomentar los cuidados de sí mismo, si procede.

Establecer el alta al siguiente nivel de cuidados.

Buscar el apoyo de un cuidador, si procede.

Discutir los recursos económicos y, si fuera necesario, disponer de cuidados después del alta.

Coordinar las derivaciones relevantes para la vinculación entre los cuidadores.

Planificación familiar: anticoncepción

6784

Definición: Ayuda para evitar el embarazo mediante información sobre la fisiología de la reproducción y los métodos de control de la concepción.

Actividades:

Determinar la necesidad de planificación familiar.

Explicar las razones de la mayoría de embarazos no deseados.

Evaluar la capacidad y la motivación de la paciente y su compañero para utilizar la anticoncepción regular y correctamente.

Determinar el conocimiento de la paciente sobre anticoncepción y planes de selección de un método anticonceptivo.

Explicar el ciclo reproductor a la paciente, si es preciso.

Explicar las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos oportunos.

Ayudar a la paciente a determinar la ovulación mediante la temperatura basal, los cambios de secreción vaginales y otros indicadores fisiológicos.

Instruir a la paciente en el uso de anticonceptivos químicos, hormonales o mecánicos.

Remitir a la paciente a los servicios de planificación familiar comunitarios, si es necesario.

Planificación familiar: embarazo no deseado

6788

Definición: Facilitar la toma de decisiones respecto del resultado de un embarazo.

Actividades:

Averiguar si la paciente ha tomado una decisión sobre el embarazo.

Animar a la paciente y al ser querido a explorar las opciones respecto del embarazo, incluyendo poner fin al mismo, quedarse con el niño o dejar al niño en adopción.

Comentar las alternativas al aborto con la paciente y el ser querido.

Comentar los factores relacionados con el embarazo no deseado (múltiples compañeros, ingestión de drogas y/o alcohol y probabilidad de enfermedad de transmisión sexual).

Ayudar a la paciente en la identificación del sistema de apoyo.

Animar a la paciente a implicar al sistema de apoyo durante el proceso de toma de decisiones.

Apoyar a la paciente y al ser querido en la decisión sobre el embarazo.

Clarificar la mala información sobre el uso de anticonceptivos.

Remitir a la paciente a centros comunitarios que dispongan de servicios de apoyo en la toma de decisiones respecto del embarazo, así como otras inquietudes de salud (enfermedades de transmisión sexual y abuso de sustancias).

Planificación familiar: infertilidad

6786

Definición: Enseñar y apoyar a la paciente y a su pareja para sobrellevar el estudio y tratamiento de infertilidad.

Actividades:

Explicar el ciclo reproductor a la paciente, si es preciso.

Ayudar a la paciente a determinar la ovulación mediante la temperatura basal, los cambios de secreción vaginales y otros indicadores fisiológicos.

Preparar física y psicológicamente a la paciente para el examen ginecológico.

Explicar el propósito del procedimiento y las sensaciones que puede experimentar la paciente durante el mismo.

Determinar el grado de comprensión por parte de la paciente de los resultados de las pruebas y de la terapia recomendada.

Apoyar a la paciente en el historial y la evaluación de la infertilidad, reconociendo el estrés experimentado a menudo en la obtención de un historial detallado y durante el largo proceso de evaluación y tratamiento.

Ayudar en la expresión de sentimientos de aflicción, decepción y fracaso.

Estimular la expresión de sentimientos sobre la sexualidad, la imagen propia y la autoestima.

Determinar hasta qué punto la paciente (y el ser querido) están comprometidos en pensamientos sobre la magia.

Ayudar a las personas a redefinir los conceptos de éxito y fracaso, si es necesario.

Remitir a la paciente a grupos de apoyo de parejas estériles, si procede.

Colaborar en la resolución de problemas que ayuden a la pareja a valorar alternativas a la paternidad biológica.

Averiguar el efecto de la infertilidad en la relación de la pareja.

Potenciación de la autoestima

5400

Definición: Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

Actividades:

Observar las frases del paciente sobre su propia valía.

Determinar la posición de control del paciente.

Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios.

Animar al paciente a identificar sus virtudes.

Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.

Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente.

Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, si procede.

Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.

Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse.

Abstenerse de burlarse.

Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.

Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.

Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede.

Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.

Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, si procede.

Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene el grupo de similares sobre los sentimientos de su propia valía.

Explorar las consecuciones anteriores.

Explorar las razones de la autocrítica o culpa.

Animar al paciente a evaluar su propia conducta.

Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.

Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.

Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

Ayudar al paciente a identificar efectos importantes de su cultura, religión, raza, género y edad en la autoestima.

Instruir a los padres sobre la importancia de su interés y apoyo en el desarrollo de un concepto positivo de sí mismos para sus hijos.

Enseñar a los padres a establecer expectativas claras y a definir límites con sus hijos.

Enseñar a los padres a reconocer las conquistas de sus hijos.

Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo.

Observar la falta de seguimiento en la consecución de objetivos.

Observar los niveles de autoestima, si procede.

Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.

Potenciación de la conciencia de sí mismo

5390

Definición: Ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.

Actividades:

- Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos.
- Ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único.
- Ayudar al paciente a identificar los valores que contribuyen al concepto de sí mismo.
- Ayudar al paciente a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo.
- Compartir observaciones o pensamientos sobre la conducta o la respuesta del paciente.
- Facilitar la identificación de sus formas de respuesta habitual a diversas situaciones por parte del paciente.
- Ayudar al paciente a identificar las prioridades en la vida.
- Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene la enfermedad sobre el concepto de sí mismo.
- Manifestar verbalmente la negación de la realidad por parte del paciente, si procede.
- Confrontar los sentimientos ambivalentes (enojado o deprimido) del paciente.
- Hacer observaciones sobre el estado emocional actual del paciente.
- Ayudar al paciente a aceptar su dependencia de otros, si es el caso.
- Ayudar al paciente a cambiar su visión de sí mismo como víctima mediante la definición de sus propios derechos, según proceda.
- Ayudar al paciente a ser consciente de sus frases negativas sobre sí mismo.
- Ayudar al paciente a identificar los sentimientos de culpa.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten su ansiedad.
- Explorar con el paciente la necesidad de control.
- Ayudar al paciente a identificar los atributos positivos de sí mismo.
- Ayudar al paciente/familia a identificar razones para mejorar.
- Ayudar al paciente a identificar habilidades y estilos de aprendizaje.
- Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.
- Ayudar al paciente a identificar la fuente de motivación.
- Ayudar al paciente a identificar las conductas que sean autodestructivas.
- Facilitar la expresión de sí mismo con grupos de gente en estado similar.
- Ayudar al paciente a reconocer frases contradictorias.

Potenciación de la disposición de aprendizaje

5540

Definición: Mejorar la capacidad y disposición de recibir información.

Actividades:

Disponer un ambiente no amenazador.

Establecer compenetración en las relaciones.

Establecer la credibilidad del profesor, si es el caso.

Potenciar el estado hemodinámico del paciente para facilitar la oxigenación cerebral (ajustes de posición y medicación), si procede.

Satisfacer las necesidades fisiológicas básicas del paciente (hambre, sed, calor y oxígeno).

Disminuir el nivel de fatiga del paciente, si procede.

Controlar el dolor del paciente, si procede.

Evitar el uso de medicamentos que puedan alterar la percepción del paciente (narcóticos e hipnóticos), si es posible.

Comprobar el nivel de orientación/confusión del paciente.

Aumentar la orientación en la realidad por parte del paciente, si procede.

Potenciar la mejora sensorial mediante el uso de gafas, dispositivos auditivos, etc., si se precisa.

Minimizar el grado de carga/sobrecarga sensorial, si procede.

Satisfacer las necesidades de seguridad del paciente (seguridad, control y familiaridad), si procede.

Vigilar el estado emocional del paciente.

Ayudar al paciente a enfrentarse a las emociones intensas (ansiedad, pena e ira), si procede.

Fomentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes.

Dar tiempo al paciente para que realice preguntas y discuta sus preocupaciones.

Tratar las inquietudes específicas del paciente, si existen.

Establecer un ambiente de aprendizaje lo más cercano posible al contacto del paciente.

Facilitar la aceptación de la situación por parte del paciente, si procede.

Ayudar al paciente a desarrollar confianza en su capacidad, si procede.

Lograr la participación de la familia/seres queridos, si resulta oportuno.

Explicar cómo la información ayudará a que el paciente cumpla con las metas.

Explicar cómo las experiencias pasadas desagradables para la salud del paciente difieren de la situación actual, si es preciso.

Ayudar al paciente a darse cuenta de la gravedad de su enfermedad, si se considera oportuno.

Ayudar al paciente a darse cuenta de que hay opciones de tratamiento, si procede.

Ayudar al paciente a darse cuenta de la susceptibilidad a las complicaciones, si procede.

Ayudar al paciente a darse cuenta de la capacidad para prevenir enfermedades, si procede.

Ayudar al paciente a conseguir la capacidad de controlar la progresión de la enfermedad, si procede.

Ayudar al paciente a darse cuenta de que la situación actual difiere de la situación de estrés pasada, si procede.

Ayudar al paciente a ver acciones alternativas que impliquen menos riesgo para su estilo de vida, si es posible.

Proporcionar un desencadenante o activador (comentarios/razones y nueva información que motiven) de la acción adecuada, si procede.

1.ª edición 1992; 4.ª edición revisada 2004

Continúa

Potenciación de la imagen corporal

5220

Definición: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.

Actividades:

Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estadio de desarrollo.

Utilizar una guía previsor en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles.

Determinar si el disgusto percibido por ciertas características físicas crea parálisis disfuncional social en adolescentes y otros grupos de alto riesgo.

Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía, si procede.

Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento.

Determinar si se ha producido un cambio físico reciente en la imagen corporal del paciente.

Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, si procede.

Ayudar a determinar la influencia de los grupos a los que pertenece en la percepción del paciente de su imagen corporal actual.

Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la pubertad, si resulta oportuno.

Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por un embarazo normal, si procede.

Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por el envejecimiento, si procede.

Enseñar al paciente los cambios normales del cuerpo asociados a los diversos estadios del envejecimiento, si procede.

Ayudar al paciente a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía.

Señalar la importancia de la cultura, religión, raza, género y edad del paciente en la imagen corporal.

Observar la frecuencia de las frases de autocrítica.

Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio.

Observar si hay frases que identifican las percepciones de imagen corporal que tienen que ver con la forma y el peso corporal.

Utilizar dibujos de sí mismo como mecanismo de evaluación de las percepciones de la imagen corporal de un niño.

Instruir a los niños acerca de las funciones de las diversas partes corporales, si procede.

Determinar las percepciones del paciente y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad.

Identificar las estrategias de adaptación utilizadas por los padres en respuesta a los cambios de aspecto de sus hijos.

Determinar la respuesta del niño a las reacciones de sus padres, si procede.

Enseñar a los padres la importancia de sus respuestas a los cambios corporales del niño y la futura adaptación, si procede.

Ayudar a los padres a identificar sentimientos previos a la intervención con el niño, si procede.

Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social.

Ayudar al paciente a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas relacionadas con ellas.

Identificar los medios de disminución del impacto causado por cualquier desfiguración por medio de la ropa, pelucas o cosméticos, si procede.

Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.

Ayudar al paciente hospitalizado a aplicarse cosméticos antes de recibir visitas, si procede.

Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares.

Continúa

656 Potenciación de la imagen corporal (3220)

Actividades (Cont):

Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente.

Ayudar al paciente con riesgo de padecer anorexia o bulimia a desarrollar unas expectativas de imagen corporal más realistas.

Utilizar ejercicios de revelación propia con grupos de adolescentes u otros grupos en desarrollo acerca de los atributos físicos normales.

Potenciación de la seguridad

5380

Definición: Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente.

Actividad:

Disponer un ambiente no amenazador.

Mostrar calma.

Pasar tiempo con el paciente.

Ofrecerse a quedarse con el paciente durante las interacciones iniciales con otras personas.

Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los períodos de ansiedad.

Presentar los cambios de forma gradual.

Discutir los cambios que se avecinen (una transferencia de sala) antes del suceso.

Evitar producir situaciones emocionales intensas.

Proporcionar un chupete al bebé, si procede.

Coger al niño o bebé, si es el caso.

Facilitar la permanencia del padre/madre con el niño hospitalizado durante la noche.

Facilitar el mantenimiento de los rituales habituales del paciente a la hora de irse a la cama.

Animar a la familia a que proporcione objetos personales para el uso o disfrute del paciente.

Escuchar los miedos del paciente/familia.

Fomentar la exploración de la oscuridad, si procede.

Dejar la luz encendida durante la noche, si es necesario.

Discutir situaciones específicas o sobre personas que amenacen al paciente o a la familia.

Explicar al paciente/familia todas las pruebas y procedimientos.

Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera.

Ayudar al paciente/familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad.

Ayudar al paciente a identificar las respuestas habituales a su capacidad de resolución de problemas.

Ayudar al paciente a utilizar las respuestas de capacidad de resolución de problemas que han resultado con éxito en el pasado.

Potenciación de la socialización

5100

Definición: Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.

Actividades:

Fomentar la implicación en relaciones potenciadas ya establecidas.

Animar al paciente a desarrollar relaciones.

Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.

Fomentar las actividades sociales y comunitarias.

Fomentar compartir problemas comunes con los demás.

Fomentar la sinceridad al presentarse a los demás.

Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos.

Fomentar el respeto de los derechos de los demás

Facilitar el uso de ayudas para déficits sensoriales como gafas y audífonos.

Fomentar la participación en grupo y/o actividades de recuerdos individuales.

Facilitar la participación del paciente en grupos para contar historias.

Remitir al paciente a un grupo o programa de habilidades interpersonales en los que pueda aumentar su comprensión de las transacciones, si resulta oportuno.

Permitir la prueba de los límites interpersonales.

Responder a la mejora del cuidado del aspecto personal y demás actividades.

Ayudar al paciente a que aumente la consciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.

Utilizar el juego de roles para practicar las habilidades y técnicas de comunicación mejoradas.

Proporcionar modelos de rol que expresen la ira de forma adecuada.

Enfrentar al paciente con sus trastornos del juicio, cuando corresponda.

Solicitar y esperar comunicaciones verbales.

Responder de forma positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás.

Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al eme.

Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.

Fomentar la planificación de actividades especiales por parte de grupos pequeños.

Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones.

Potenciación de roles

5370

Definición: Ayudar a un paciente, a un ser querido y/o a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de papeles específicos.

Actividades:

- Ayudar al paciente a identificar los diversos papeles en la vida.
- Ayudar al paciente a identificar los roles habituales en la familia.
- Ayudar al paciente a identificar períodos de transición de papeles a lo largo de la vida.
- Ayudar al paciente a identificar la insuficiencia de roles.
- Ayudar al paciente a identificar las conductas necesarias para el desarrollo de roles.
- Ayudar al paciente a identificar los cambios de roles específicos necesarios debido a enfermedades o discapacidades.
- Ayudar a los niños mayores a aceptar la dependencia de los padres mayores y los cambios de rol implicados, si procede.
- Animar al paciente a identificar una descripción realista del cambio de rol.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas en los cambios de papeles.
- Facilitar la discusión sobre la adaptación de los roles de la familia para compensar los cambios de rol del miembro enfermo.
- Ayudar al paciente a imaginar cómo podría producirse una situación particular y cómo evolucionaría un rol.
- Facilitar el ensayo de roles consiguiendo que el paciente se anticipe a las reacciones de los demás a la representación.
- Facilitar la discusión del cambio de roles de los hermanos con la llegada del bebé, si procede.
- Proporcionar oportunidades de convivencia para ayudar a clarificar los papeles de los padres, si es el caso.
- Facilitar la discusión de las adaptaciones de roles relacionadas con los niños que se marchan de casa (síndrome del nido vacío), si resulta oportuno.
- Servir como modelo de rol para aprender nuevas conductas, si procede.
- Facilitar la oportunidad al paciente de que practique el rol con nuevas conductas.
- Facilitar la discusión de expectativas entre el paciente y el ser querido en los papeles recíprocos.
- Enseñar las nuevas conductas que necesita el padre/madre para cumplir con un rol.
- Facilitar las interacciones grupales de referencia como parte del aprendizaje de los nuevos roles.

Precauciones cardíacas

4050

Definición: Prevención de un episodio agudo de la función cardíaca deteriorada al minimizar el consumo de oxígeno del miocardio o aumentar el aporte de oxígeno al miocardio.

Actividades:

Evitar situaciones emocionales intensas.

Evitar sobrecalentamientos o enfriamientos al paciente.

Desalentar de la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un estrés severo.

Abstenerse de administrar estimulantes orales.

Abstenerse de insertar tubos rectales.

Abstenerse de tomar la temperatura rectal.

Abstenerse de realizar un examen rectal/vaginal.

Limitar estímulos ambientales.

Aplazar el baño, si está indicado.

Restringir el fumar.

Evitar discusiones.

Proporcionar comidas en poca cantidad y frecuentes.

Sustituir la sal artificial y limitar la ingesta de sodio, si procede.

Determinar la disponibilidad del paciente a aprender a modificar su estilo de vida.

Tratar las modificaciones de la actividad sexual con el paciente y el ser querido, si procede.

Favorecer actividades no competitivas.

Instruir al paciente sobre el ejercicio progresivo.

Instruir al paciente/familia sobre los síntomas de compromiso cardíaco que indiquen la necesidad de reposo.

Determinar los métodos del paciente para tratar el estrés.

Alentar técnicas efectivas en la reducción del estrés.

Realizar una terapia de relajación, si corresponde.

Precauciones circulatorias 4070

Definición: Protección de una zona localizada con limitación de la perfusión.

Actividades:

Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad).

No iniciar punción i.v. ni extraer sangre en la extremidad afectada.

Abstenerse de sacar sangre en la extremidad afectada.

Abstenerse de aplicar presión o realizar torniquetes en la extremidad afectada.

Mantener una hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad de la sangre.

Evitar lesiones en la zona afectada.

Evitar infecciones en heridas.

Instruir al paciente para que compruebe el agua de baño antes de introducirse en la misma para evitar quemarse la piel.

Instruir al paciente acerca del cuidado de uñas y pies.

Instruir al paciente y a la familia acerca de la protección contra heridas de la zona afectada.

Observar las extremidades para ver si hay calor, enrojecimiento, dolor o edema.

Precauciones con el láser

6560

Definición: Limitación del riesgo de lesiones en pacientes relacionado con la utilización de rayos láser.

Actividades:

- Disponer el láser, fibras, filtros, lentes y accesorios adecuados.
- Disponer protección ocular adecuada.
- Verificar que los instrumentos y los suministros son de láser seguro.
- Verificar que los ungüentos y soluciones no sean inflamables.
- Proporcionar un paquete rectal, si procede.
- Cubrir las ventanas, si procede.
- Configurar y conectar el sistema evacuador, si procede.
- Proporcionar máscaras de alta filtración, si procede.
- Colocar señales de utilización de láser en las entradas a la sala.
- Comprobar los suministros y equipos contra incendios.
- Configurar el láser, según protocolo.
- inspeccionar los cables eléctricos.
- Inspeccionar las fibras del láser para ver si hay roturas.
- Activar el sistema de control de entrada del área, si procede.
- Comprobar el láser de fuego.
- Instruir al paciente acerca de la importancia de no moverse durante el uso del láser, si procede.
- Instruir al paciente acerca de la importancia de la protección ocular, si procede.
- Inmovilizar la parte corporal del paciente, si procede.
- Proteger los tejidos situados alrededor del sitio del láser con toallas o esponjas humedecidas.
- Retirar los demás pedales de la zona.
- Realizar los ajustes del láser, según orden del médico o protocolo del centro.
- Monitorizar al paciente debido a la posibilidad de lesiones.
- Observar el ambiente debido a la posibilidad de incendios.
- Observar el ambiente por si hubiera sustancias inflamables o se hubieran saltado las precauciones.
- Devolver la llave de láser al sitio seguro designado.
- Esterilizar las lentes del láser, si procede.
- Registrar la información, según protocolo.

Precauciones con la hemorragia subaracnoidea

2720

Definición: EMsminución de estímulos o factores estresantes internos y externos para minimizar el riesgo de hemorragias recurrentes antes de una cirugía o procedimiento endovascular para reparar la rotura del aneurisma.

Actividades:

Colocar al paciente en una habitación individual.

Reposo en cama con inodoro a pie de cama, si procede.

Mantener la habitación a oscuras.

Disminuir los estímulos en el ambiente del paciente.

Limitar el uso de la televisión, la radio y otros estresantes.

Controlar la respuesta a las visitas.

Limitar las visitas, si está indicado.

Proporcionar información al paciente y a la familia respecto a la necesidad de modificaciones del entorno y limitaciones de las visitas.

Administrar sedación, si es necesario

Administrar medicamentos contra el dolor PRN.

Vigilar el estado neurológico.

Notificar al médico el deterioro neurológico.

Comprobar el pulso y la presión sanguínea.

Mantener los parámetros hemodinámicos dentro de los límites prescritos.

Vigilar la presión intracraneal y la presión de perfusión cerebral, si está indicado.

Controlar la eliminación y características del LCR, si está indicado.

Administrar ablandadores de heces (laxantes).

Evitar la estimulación rectal.

Enseñar al paciente a no defecar ni realizar la maniobra de Valsalva.

Tomar precauciones contra la aparición de ataques convulsivos.

Administrar fármacos anticonvulsivos, si procede.

Precauciones con los torniquetes neumáticos

6590

Definición: Aplicación de un torniquete neumático a la vez que se minimiza la posibilidad de lesiones al paciente por el uso de este dispositivo.

Actividades:

Verificar el correcto funcionamiento del torniquete neumático comprobando el regulador con un medidor calibrado.

Seleccionar una sujeción de torniquete de amplitud y longitud adecuadas a la extremidad.

Verificar el correcto funcionamiento de la sujeción inflándola y comprobando si hay fugas en la sujeción y en el sistema.

Explicar al paciente el propósito del torniquete y las sensaciones esperadas, si procede (hormigueos, entumecimiento y ligero dolor).

Inspeccionar la piel en el sitio de ajuste del torniquete.

Evaluar los pulsos periféricos, la sensibilidad y la capacidad de movimiento de los dedos de la extremidad involucrada.

Vendar con algodón la extremidad por debajo del sitio del torniquete, asegurándose de que el algodón está libre de arrugas.

Aplicar y fijar la sujeción del torniquete alrededor de la extremidad, evitando las zonas neurovasculares y asegurándose de que la piel no resulte pellizcada.

Proteger la piel y la sujeción de las soluciones de preparación e irrigación, si procede.

Ajustar la presión del torniquete, según indicaciones del médico o normas del centro.

Disminuir la circulación sanguínea de la extremidad elevándola y envolviéndola con un vendaje elástico antes de inflar la sujeción.

Inflar la sujeción, según instrucciones del médico.

Vigilar al paciente continuamente durante el uso del torniquete y al desinflarlo.

Verificar la presión del torniquete y el inflado de la sujeción periódicamente.

Controlar el equipo de torniquete y la presión cuando se utiliza para un bloqueo i.v.

Notificar al médico los tiempos de torniquete a intervalos regulares.

Desinflar la sujeción del torniquete, según órdenes médicas o normas del centro.

Desinflar, de forma gradual, la sujeción del torniquete utilizada para un bloqueo i.v. incrementalmente.

Retirar la sujeción del torniquete.

Inspeccionar la piel por debajo de la sujeción del torniquete tras su aplicación.

Evaluar la fuerza de los pulsos periféricos, la sensibilidad y la capacidad para mover los dedos después de desinflar o extraer la sujeción.

Registrar el número de identificación del torniquete, sitio de la sujeción, tiempos de inflado y desinflado, estado de la piel por debajo de la sujeción, y realizar evaluación neurológica y circulatoria periférica, según normas de la institución.

Precauciones contra fugas

6470

Definición: Minimizar el riesgo de abandono sin autorización del sitio de tratamiento cuando su partida represente una amenaza para su seguridad u otras personas.

Actividades:

- Observar al paciente por si hubiera indicios de fuga potencial (indicios verbales, merodear cerca de las salidas, ropas superpuestas, capas de ropa, desorientación, ansiedad de separación y morriña).
- Clarificar el estado legal del paciente (menor o adulto y tratamiento voluntario o por orden judicial).
- Comunicar el riesgo a los demás cuidadores.
- Familiarizar al paciente con el ambiente y la rutina para disminuir la ansiedad.
- Limitar al paciente a un ambiente físicamente seguro (puertas cerradas o con alarma en las salidas y ventanas selladas), si es preciso.
- Disponer medidas de seguridad para limitar la movilidad, si es necesario (barras, barandillas laterales, puertas de seguridad, contención mecánica con cierre de seguridad).
- Disponer una adecuada supervisión/vigilancia y control del paciente.
- Aumentar la supervisión/vigilancia cuando el paciente se encuentre fuera del ambiente seguro (cogerlo de las manos y aumentar la relación personal-paciente).
- Disponer dispositivos de adaptación para controlar la localización del paciente (sensores electrónicos colocados en el paciente que accionan alarmas o cierres).
- Registrar la descripción física del paciente (peso, altura, color de ojos/pelo/piel y cualquier característica distintiva) para referencia, por si el paciente se fugara.
- Proporcionar al paciente una banda de identificación.
- Asignar cuidadores responsables sobre una base diaria.
- Animar al paciente a que busque la ayuda de los cuidadores cuando experimente sentimientos conflictivos (ansiedad, ira y miedo) que puedan ocasionar la fuga.
- Proporcionar seguridad y comodidad.
- Discutir con el paciente la razón de que desee abandonar el sitio del tratamiento.
- Identificar con el paciente, cuando sea posible, las consecuencias positivas y negativas del abandono del tratamiento.
- Identificar, cuando sea posible, cualquier variable susceptible de ser modificada para que el paciente se sienta más cómodo quedándose en el sitio del tratamiento.
- Animar al paciente, cuando corresponda, a que se sienta comprometido a continuar con el tratamiento (contrato).

Precauciones contra incendios provocados

6500

Definición: Prevención de conductas incendiarias.

Actividades:

Buscar materiales incendiarios en el paciente (cerillas/encendedores) durante el ingreso y cada vez que el paciente vuelva al sitio de cuidados (de una salida o una actividad recreativa).

Inspeccionar el ambiente del paciente de forma rutinaria para retirar los materiales incendiarios.

Valorar alteraciones de conducta y consecuencias, dado el nivel de función cognoscitivo y la capacidad de autocontrol del paciente.

Informar sobre normas, expectativas de conducta y consecuencias al paciente.

Comunicar el riesgo a los demás cuidadores.

Proporcionar una vigilancia continuada en un ambiente que esté libre de materiales incendiarios.

Establecer una supervisión estrecha, en caso de que se permita Rimar al paciente.

Conseguir un acuerdo verbal con el paciente por el que se abstenga de actividades incendiarias.

Fomentar la expresión de sentimientos de una forma apropiada.

Ayudar al paciente, si procede, a entrenarse en el control de sus impulsos.

Aumentar la vigilancia y la seguridad (restricción de zonas o reclusión) si aumenta el riesgo de conductas incendiarias.

Precauciones contra las convulsiones 2690

***Definición:* Prevenir o minimizar lesiones potenciales sufridas por un paciente con un trastorno de ataques convulsivos conocido.**

Actividades:

Proporcionar una cama de baja altura, si resulta posible.

Acompañar al paciente durante las actividades fuera de la sala, si procede.

Vigilar el régimen de fármacos.

Comprobar el cumplimiento del tratamiento con medicamentos antiepilépticos.

Determinar que el paciente/cuidador lleve un registro de fármacos tomados y de la aparición de actividades convulsivas.

Aconsejar al paciente que no conduzca.

Explicar al paciente las medicaciones y sus efectos secundarios.

Instruir a la familia/cuidador acerca de los primeros auxilios en caso de ataque convulsivo.

Controlar los niveles de fármacos antiepilépticos, si procede.

Ordenar al paciente que lleve una tarjeta de alerta de medicamentos.

Retirar los objetos potencialmente peligrosos del ambiente.

Mantener un dispositivo de aspiración a pie de cama.

Mantener un ambú a pie de cama.

Mantener vía aérea bucal o nasofaríngea a pie de cama.

Utilizar barandillas acolchadas.

Mantener las barandillas elevadas.

instruir al paciente acerca de los factores desencadenantes.

Ordenar al paciente que llame si presenta síntomas prodrómicos.

Precauciones en el embolismo

4110

Definición: Disminución del riesgo de formación de émbolos en el paciente con trombos o en situación de riesgo de desarrollar trombos.

Actividades:

Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de extremidades).

Elevar el miembro afectado 20° o más, por encima del nivel del corazón, para mejorar el retorno venoso, si procede.

Aplicar medias antiembolia (medias elásticas o neumáticas), si corresponde.

Quitar las medias antiembolia durante 15-20 minutos cada 8 horas.

Estimular ejercicios activos o pasivos, si procede.

Cambiar la posición del paciente cada 2 horas, o caminar si se tolera.

Evitar lesiones en la luz de los vasos evitando la presión local, trauma, infección o sepsia.

No dar masajes o realizar compresión en los músculos de la pierna afectada.

Enseñar al paciente que no cruce las piernas.

Administrar medicación anticoagulante profiláctica en bajas dosis y/o antiplaquetas (heparina, aspirina, dipiridamol y dextrano).

Enseñar al paciente que evite actividades que conlleven la maniobra de Valsalva (esfuerzo durante el movimiento intestinal).

Administrar medicamentos que impidan la aparición de episodios de la maniobra de Valsalva (laxantes y antieméticos), si procede.

Instruir al paciente y/o a la familia acerca de las precauciones apropiadas.

Animar al paciente a que deje de fumar.

Precauciones en la alergia al látex

6570

Definición: Disminución del riesgo de una reacción sistémica al látex.

Actividades:

Preguntar al paciente acerca del historial de defectos del tubo neural (espina bífida) o de alguna condición urológica congénita (extrofia de la vejiga).

Preguntar al paciente o persona correspondiente acerca del historial de reacciones sistémicas al látex de caucho natural (edema facial o escleral, lagrimeo de ojos, urticaria y estornudos).

Preguntar al paciente o persona correspondiente si tiene alergia a alimentos como plátano, kiwi, aguacate, mango y cacahuete.

Remitir al paciente al especialista en alergias para un examen, si procede.

Registrar la alergia o riesgo de alergia en el registro médico del paciente.

Colocar bandas de aviso de alergia en el paciente.

Colocar señales de pegatina indicando que deben tomarse precauciones con el látex.

Estudiar el ambiente y extraer los productos de látex.

Controlar que el ambiente esté libre de látex.

Observar si hay signos y síntomas de una reacción sistémica en el paciente.

Dar información al médico, farmacéutico y demás cuidadores, si está indicado.

Administrar medicamentos, si procede.

Instruir al paciente y a la familia acerca de los factores de riesgo de desarrollar una alergia al látex.

Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y los síntomas de una reacción.

Instruir al paciente y a la familia acerca del contenido de látex de los productos y sustituirlos con productos sin látex, si procede

Enseñar al paciente a llevar una placa de alerta médica.

Instruir al paciente y a la familia acerca de tratamientos de emergencia (p. ej., adrenalina), si procede.

Instruir a las visitas acerca del ambiente libre de látex (p. ej., pelotas de látex no autorizadas).

Precauciones en la hipertermia maligna

3840

Definición: Prevenir o disminuir la respuesta hipermetabólica a los agentes farmacológicos utilizados durante la cirugía.

Actividades:

- Mantener el equipo de emergencia para hipertermia, según protocolo, en las zonas operativas.
- Revisar los cuidados de urgencia de hipertermia maligna con el personal, según protocolo.
- Preguntar al paciente sobre el historial personal o familiar de hipertermia maligna, muertes inesperadas por anestésicos, trastornos musculares o fiebre postoperatoria no explicada.
- Notificar al anestesista y al cirujano el historial del paciente.
- Proporcionar una máquina de anestesia libre de agentes anestésicos precipitadores.
- Comprobar el registro del hospital del paciente para la elevación de enzimas.
- Proporcionar suministros de manejo de urgencias.
- Proporcionar manta de refrigeración.
- Preparar sodio danfroleno para su administración.
- Administrar el sodio danfroleno, si procede.
- Utilizar agentes anestésicos no desencadenantes para pacientes quirúrgicos con susceptibilidad a la hipertermia maligna (bloqueadores de columna, epidurales, regionales; óxido nitroso; narcóticos; barbitúricos; droperidol; diazepam y midazolam, y relajantes musculares no despolarizantes).
- Observar si hay signos de hipertermia maligna (hipercarbía, elevación de temperatura, taquicardia, taquipnea, arritmias, cianosis, piel moteada, rigidez, sudación profusa y presión sanguínea inestable).
- Suspender el uso de agentes desencadenantes.
- Cambiar a anestésicos neurolépticos.
- Proporcionar hielo estéril y soluciones i.v. frías.
- Proporcionar bañera de hipertermia maligna.
- Irrigar la herida con soluciones frías.
- Envolver al paciente en hielo.
- Aplicar una manta de hipotermia.
- Insertar tubo nasogástrico y catéter de Foley con un urómetro.
- Lavado de estómago, vejiga y recto con solución salina helada.
- Ayudar a entubar o entubar al paciente.
- Poner en marcha segunda línea i.v.
- Ayudar en la inserción de la línea de presión venosa central y arterial.
- Monitorizar signos vitales, incluyendo la temperatura, presión sanguínea, ECG y niveles de dióxido de carbono corriente en gases de la sangre arterial.
- Obtener muestras de orina y sangre.
- Monitorizar niveles de electrolitos, enzimas y azúcar en sangre.
- Administrar medicamentos para mantener la producción de orina.
- Evitar el uso de fármacos, incluyendo cloruro de calcio o gluconato, glucósidos cardíacos, adrenérgicos, atropina y soluciones de Ringer lactato.
- Administrar medicamentos, si procede (clorpromazina y esferoides).

Disminuir los estímulos ambientales.

Observar si hay signos de complicaciones tardías (coagulopatía de consumo, insuficiencia renal, hipotermia, edema pulmonar, hipercaliemia, secuelas neurológicas, necrosis muscular y recurrencia de los síntomas después del tratamiento del episodio inicial).

Proporcionar al paciente y la familia información acerca de las precauciones necesarias para la futura administración anestésica.

Poner en contacto a la familia con el Registro de Hipertermia Maligna (EE.UU.) y el servicio de línea abierta de Alerta Médica.

Precauciones para evitar la aspiración

3200

Definición: Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.

Actividades:

Vigilar el nivel de consciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva.

Controlar el estado pulmonar.

Mantener una vía aérea.

Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible.

Mantener el dispositivo traqueal inflado.

Mantener el equipo de aspiración disponible.

Alimentación en pequeñas cantidades.

Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica o de gastrostomía antes de la alimentación.

Comprobar los residuos nasogástricos o de gastrostomía antes de la alimentación.

Evitar la alimentación, si los residuos son abundantes.

Colocar «colorante» en la alimentación nasogástrica.

Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes.

Ofrecer alimentos y líquidos que puedan formar mi bolo antes de la deglución.

Trocear los alimentos en porciones pequeñas.

Usar medicación en forma de elixir.

Romper o desmenuzar las pildoras antes de su administración.

Mantener el cabecero de la cama elevado durante 30 a 45 minutos después de la alimentación.

Sugerir la consulta con foniatría o logopedia, si procede.

Sugerir la ingestión de galletas de bario o una videofluoroscopia, si procede.

Precauciones quirúrgicas**2920**

Definición: Minimizar las posibilidades de lesiones yatrogénicas en el paciente involucrado en un procedimiento quirúrgico.

Actividades:

Comprobar el aislamiento a tierra del monitor.

Verificar el correcto funcionamiento del equipo.

Comprobar la presión adecuada de aspiración y completar el montaje de botes, tubos y catéteres.

Retirar todo equipo que no sea seguro.

Verificar el consentimiento de la cirugía y de otros tratamientos, si es el caso.

Verificar con el paciente o personas pertinentes el procedimiento y el sitio quirúrgico.

Verificar que la banda de identificación y la banda de sangre del paciente son correctas.

Solicitar al paciente o ser querido que declare el nombre del paciente.

Asegurar la documentación y comunicación de cualquier alergia.

Contar las esponjas, el material de corte y los instrumentos antes, durante y después de la cirugía, según normas del centro.

Registrar los resultados del recuento, según normas de la institución.

Retirar y almacenar las prótesis, si procede.

Disponer unidad electroquirúrgica, almohadilla de toma a tierra y electrodo activo.

Verificar la integridad de los cables eléctricos.

Verificar el funcionamiento correcto de la unidad electroquirúrgica.

Verificar la ausencia de marcapasos cardíacos u otros implantes eléctricos o prótesis metálicas que contraindiquen la cauterización electroquirúrgica.

Verificar que el paciente no está en contacto con ningún objeto metálico.

Inspeccionar la piel del paciente en el sitio de la almohadilla de toma a tierra.

Aplicar la almohadilla de toma a tierra en una parte de la piel que esté seca, intacta y con mínima cantidad de vello, sobre una masa muscular grande y lo más cerca posible del sitio de la operación.

Verificar que las soluciones preparatorias no son inflamables.

Proteger la almohadilla de toma a tierra de las soluciones preparatorias, de la irrigación y contra los daños.

Aplicar y utilizar una funda para guardar el electrodo activo durante la cirugía.

Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, según órdenes del médico o normas de la institución.

Observar si hay lesiones en la piel del paciente después de la electrocirugía.

Anotar la información pertinente en el registro de operaciones.

Preceptor: empleado

7722

Definición: Ayuda y apoyo de un empleado nuevo o trasladado mediante una orientación planificada en un área clínica específica.

Actividades:

- Presentar la nueva persona a los miembros del personal.
- Describir el centro clínico de la unidad/institución.
- Comunicar los objetivos de la unidad/institución.
- Mostrar una actitud de aceptación a la persona asignada a la unidad/institución.
- Comentar los objetivos del período de orientación.
- Proporcionar una lista de orientación, si procede.
- Ajustar la orientación a las necesidades del nuevo empleado.
- Debatir acerca de la jerarquía clínica, otros tipos de cuidadores y su responsabilidad específica.
- Revisar las habilidades necesarias para cumplir con el papel clínico.
- Revisar los planes de incendios y desastres, si procede.
- Revisar los procedimientos de «código azul», si procede.
- Discutir el uso de los manuales de normas y procedimientos, si procede.
- Enseñar el uso de formularios clínicos y demás registros, si procede.
- Proporcionar información y normas acerca de las precauciones universales, si procede.
- Comentar los protocolos de la unidad, si procede.
- Compartir las responsabilidades de trabajo durante la orientación, según proceda.
- Ayudar en la localización de los suministros necesarios.
- Orientar en el sistema informático, si es el caso.
- Ayudar con los nuevos procedimientos, si es el caso.
- Responder a sus preguntas y discutir sus preocupaciones, si procede.
- Identificar a los especialistas clínicos disponibles para consulta, si procede.
- Proporcionar la reafirmación sobre la actuación a intervalos regulares.
- Incluir a la persona en las funciones sociales de la unidad, según proceda.

Preceptor: estudiante

7726

***Definición:* Ayuda y apoyo en las experiencias de aprendizaje de los estudiantes.**

Actividades:

Asegurar la aceptación por parte del paciente de los estudiantes como cuidadores.

Presentar a los estudiantes a los miembros del personal y a los pacientes.

Describir el centro clínico de la unidad/institución.

Comunicar los objetivos de la unidad/institución.

Mostrar una actitud de aceptación a los estudiantes asignados a la unidad/institución.

Reconocer la importancia de la conducta del cuidador como modelo de rol.

Discutir los objetivos de la experiencia/programa, si resulta oportuno.

Fomentar una comunicación abierta entre el personal y los estudiantes.

Realizar recomendaciones sobre la asignación de pacientes o sobre las experiencias de aprendizaje potenciales disponibles para los estudiantes, considerando los objetivos del curso, si procede.

Ayudar a los estudiantes a utilizar los manuales de normas y procedimientos, según cada caso.

Orientar a los estudiantes en la unidad/institución.

Asegurar que los estudiantes conozcan y comprendan las normas de incendio y desastres y los procedimientos del código de emergencia.

Ayudar a los estudiantes a localizar los suministros necesarios.

Proporcionar información y normas sobre las precauciones universales.

Discutir el plan de cuidados de los pacientes asignados, si procede.

Guiar a los estudiantes en la aplicación del proceso de cuidados, según cada caso.

Incluir a los estudiantes en las conferencias de planificación de cuidados, cuando proceda.

Discutir cualquier problema relacionado con los estudiantes con el instructor clínico lo antes posible.

Proporcionar experiencias de observación para las actividades que se encuentran más allá del nivel de capacidad de los estudiantes.

Proporcionar reafirmación al instructor clínico acerca de la actuación de los estudiantes, si es el caso.

Proporcionar una reafirmación positiva al estudiante, cuando corresponda.

Ayudar al estudiante con los nuevos procedimientos, cuando corresponda.

Discutir las cuestiones de práctica de cuidados con los estudiantes en función de las situaciones específicas de los pacientes, si procede.

Firma compartida de los gráficos con los estudiantes, cuando proceda.

Implicar a los estudiantes en las actividades de investigación, si procede.

Apoyar las experiencias de liderazgo de los estudiantes, si procede.

Servir como modelo de rol para desarrollar relaciones de colaboración con otros cuidadores.

Informar al instructor clínico sobre cualquier cambio en las normas, si es el caso.

Orientar en el sistema informático, si procede.

Preparación al parto

6760

Definición: Proporcionar información y apoyo para facilitar el parto y potenciar la capacidad de desarrollo y realización por parte de una persona del papel parental.

Actividades:

Enseñar a la madre y a la pareja la fisiología de los dolores y el parto.

Examinar el plan del nacimiento para los dolores y el parto (p. ej., el entorno, quién asistirá a la madre, quién esperará, que tecnología se utilizará, quién cortará el cordón, preferencias de alimentación y planes para el alta).

Instruir a la madre y a la pareja sobre los signos del parto.

Informar a la madre sobre cuándo acudir al hospital en la preparación para el parto.

Discutir con la madre las opciones para controlar el dolor.

Instruir a la madre sobre los pasos a seguir si se desea evitar la episiotomía, como masajes perineales, ejercicios de Kegel, nutrición óptima y un tratamiento precoz de la vaginitis.

Informar a la madre de las opciones del parto si surgen complicaciones.

Explicar la monitorización sistemática que puede producirse durante los dolores y el parto.

Enseñar a la madre y al asistente las técnicas de respiración y relajación que se van a utilizar durante los dolores y el parto.

Enseñar al asistente medidas de alivio del paciente durante el parto (frotar la espalda, presión en la espalda y posición).

Preparar al asistente para que instruya a la madre durante los dolores y el parto.

Revisar las recomendaciones de la American Academy of Pediatrics sobre lactancia materna.

Discutir las ventajas y las desventajas de dar el pecho y la alimentación con biberón.

Instruir a la madre para que prepare los pezones para dar el pecho, según se le indique.

Animar a la madre a ponerse al bebé sobre el pecho después del parto.

Proporcionar la oportunidad a la madre de entrar en estrecho contacto con el bebé durante la hospitalización posparto para facilitar el vínculo y la lactancia materna.

Determinar el conocimiento y la actitud de la paciente sobre la maternidad.

Fomentar la autoeficacia de la paciente al realizar el papel materno.

Proporcionar asesoramiento por anticipado sobre la maternidad/paternidad.

Discutir la disposición de cuidados del hermanito durante la hospitalización.

Determinar la preparación de los hermanitos por parte de los padres acerca de la venida de un nuevo bebé, si procede.

Ayudar a la paciente con la planificación de estrategias para preparar a los hermanitos acerca del recién nacido.

Remitir a los padres a las clases de preparación de los hermanos.

Ayudar a la paciente a seleccionar un médico o clínica para recibir supervisión de cuidados infantiles para el recién nacido.

Animar a la madre a obtener una sillita de seguridad homologada para el coche para trasladar al bebé del hospital a casa.

Preparación ante el bioterrorismo

8810

Definición: Preparación para una respuesta eficaz ante un desastre o ataques bioterroristas.

Actividades:

Identificar tipos potenciales de agentes químicos que son posibles agentes de terrorismo (p. ej., gases nerviosos, gas mostaza, cianuro).

Identificar tipos potenciales de agentes biológicos que son posibles agentes de terrorismo (p. ej., carbunco, viruela, botulismo, peste).

Seguir las instrucciones en lo referente a la protección en el momento de la clasificación de las personas durante un ataque bioterrorista.

Entregar las respuestas al terrorismo biológico y químico en la planificación y la evaluación de las instituciones responsables ante un desastre.

Identificar todos los recursos médicos, de urgencias y de instituciones sociales disponibles en la comunidad (p. ej., Organización Mundial de la Salud [OMS], Federal Emergency Management Agency [FEMA], National Disaster Medical System [NDMS], Centers for Disease Control and Prevention [CDC], organismos sanitarios públicos locales y estatales).

Tener en cuenta las estrategias recomendadas en la actualidad por la OMS y los CDC para contener enfermedades y exposiciones a productos químicos naturales o provocadas.

Familiarizarse con los signos y los síntomas, así como las presentaciones de inicio más comunes, de clientes expuestos a agentes de bioterrorismo.

Modificar la historia y las preguntas de valoración inicial del cliente para incluir el riesgo de exposición y los síntomas físicos de la exposición.

Controlar a los clientes con síntomas parecidos a la gripe.

Informar de síntomas que sugieran una exposición a los centros sanitarios y al personal de *triage* adecuados.

Consultar con los profesionales de control epidemiológico e infecciones adecuados, si es necesario.

Examinar la credibilidad de la información, especialmente en urgencias, posibles desastres o exposiciones masivas.

Mantenerse al día de los conocimientos sobre equipo protector, procedimientos de protección y técnicas de aislamiento.

Asegurarse de disponer de equipo protector (p. ej., trajes, gorros, guantes, respiradores protectores) y de que esté en buen estado.

Familiarizarse y seguir todas las políticas, procedimientos y protocolos de descontaminación.

Participar en la formación continuada para mantenerse al día.

Preparación para un desastre en la comunidad

8840

Definición: Preparación para una respuesta eficaz ante un desastre a gran escala.

Actividades:

Identificar los posibles tipos de desastres en la zona (p. ej., relacionados con el clima, industriales, ambientales).

Trabajar con otras instituciones en la planificación ante un desastre (cumplimiento legal, bomberos, Cruz Roja, servicios de ambulancia, organizaciones de voluntarios).

Desarrollar programas para tipos específicos de desastres (p. ej., sucesos con múltiples víctimas, bombas, tornados, huracanes, inundaciones, vertidos químicos), según sea conveniente.

Identificar todos los recursos sociales y sanitarios disponibles en la comunidad para responder ante un desastre.

Desarrollar una red de aviso de desastres para alertar al personal.

Desarrollar procedimientos de evacuación.

Establecer funciones prefijadas durante un desastre.

Establecer un lugar de agrupación para atender a las víctimas del desastre.

Disponer de lugares alternativos para acoger al personal sanitario.

Tener conocimiento del lugar de almacenamiento del equipo y de las provisiones para un desastre.

Dirigir controles periódicos del equipo.

Comprobar rutinariamente y almacenar de nuevo las provisiones.

Enseñar al personal de asistencia sanitaria los programas para desastres siguiendo una base rutinaria.

Animar a la comunidad a prepararse para reaccionar adecuadamente en caso de desastres.

Instruir a los miembros de la comunidad sobre medidas de seguridad, autoayuda y primeros auxilios.

Animar a los miembros de la comunidad a tener planes de preparación personales (p. ej., números de teléfono de urgencias, radios que funcionen con pilas, linternas que funcionen, equipo de primeros auxilios, información médica, personas a las que avisar en caso de urgencia).

Ayudar a preparar refugios y centros de atención de urgencias.

Dirigir simulacros anualmente o según sea conveniente.

Evaluar la actuación del personal encargado después de un desastre o de un simulacro.

Identificar los mecanismos para interrogar al personal de asistencia sanitaria después de un desastre.

Sensibilizar al personal de asistencia sanitaria sobre los posibles efectos psicológicos de un desastre (p. ej., depresión, tristeza, miedo, cólera, fobias, culpabilidad, irritabilidad, ansiedad).

Identificar los recursos para después del desastre (p. ej., rehabilitación, convalecencia, asesoramiento).

Identificar las necesidades para después del desastre (p. ej., necesidades de asistencia sanitaria relacionadas con un desastre que aún continúa, recogida de datos epidemiológicos, valoración de la causa del desastre, pasos que hay que llevar a cabo para evitar la recurrencia).

Actualizar los programas para desastres, según sea necesario.

Preparación quirúrgica

2930

Definición: Provisión de cuidados a un paciente inmediatamente antes de la cirugía y verificación de los procedimientos/pruebas y documentación requeridos en el registro clínico.

Actividades:

Determinar el nivel de ansiedad/miedo del paciente respecto del procedimiento quirúrgico.

Confirmar la información explicativa preoperatoria.

Completar la lista de comprobaciones preoperatorias.

Asegurarse de que el paciente no recibe nada por boca, si procede.

Asegurarse de que el historial físico completo se encuentra registrado en la hoja.

Verificar que ha firmado el correspondiente consentimiento quirúrgico.

Verificar que los resultados de los análisis de laboratorio y diagnóstico se encuentran registrados en la hoja.

Comprobar la disponibilidad de transfusiones de sangre, si procede.

Verificar que se ha realizado un ECG, si procede.

Poner delante de la hoja una lista con las alergias.

Comunicar las consideraciones de cuidados especiales (como ceguera, pérdida auditiva o minusvalía) al personal del quirófano, si procede.

Determinar si se conocen los deseos del paciente respecto a la asistencia sanitaria (instrucciones por adelantado, tarjetas de donante de órganos).

Verificar que la banda de identificación del paciente, la banda de alergias y las bandas de sangre son legibles y están en su sitio.

Retirar las alhajas y/o anillos, si procede.

Quitar el esmalte de uñas, maquillaje u horquillas del pelo, si procede.

Extraer dentaduras postizas, gafas y lentillas u otras prótesis, si procede.

Verificar que el dinero u objetos valiosos son colocados en un sitio seguro, si es el caso.

Administrar los medicamentos de preparación intestinal, si procede.

Explicar los medicamentos preoperatorios que se utilizarán, si se precisaran.

Administrar y registrar los medicamentos preoperatorios, si procede.

Poner en marcha terapia i.v., según se ordene.

Enviar los medicamentos o equipos requeridos con el paciente al quirófano, si es el caso.

Colocar una sonda nasogástrica o una sonda de Foley, si procede.

Explicar la intubación y el equipo relacionados con las actividades de preparación.

Realizar afeitado quirúrgico, fricción, ducha, enema y/o irrigación, si procede.

Colocar calcetines antiembolia, si procede.

Aplicar mangas de dispositivo de compresión secuencial, si procede.

Ordenar al paciente que orine inmediatamente antes de la administración de medicamentos preoperatorios, si es preciso.

Comprobar que el paciente viste las prendas adecuadas, según normas del centro.

Apoyar al paciente con alto nivel de ansiedad/miedo.

Ayudar al paciente en la silla de ruedas para el transporte, si lo necesita.

Continúa

680 Preparación quirúrgica (2930)

Actividades **(Cont.):**

Disponer tiempo para que los miembros de la familia hablen con el paciente antes de la transferencia.

Animar a los padres a que acompañen al niño a la sala de operaciones, si resulta oportuno.

Proporcionar información a la familia acerca de las zonas de espera y las horas de visita de los pacientes quirúrgicos.

Apoyar a los miembros de la familia, si procede.

Preparar la habitación para el retorno del paciente después de la cirugía.

Prescribir medicación

2390

Definición: Prescribir medicación para un problema de salud.

Actividades:

Evaluar los signos y síntomas del problema de salud actual.

Determinar el historial de salud y el uso previo de medicamentos.

Identificar las alergias conocidas.

Determinar la capacidad del paciente/familia para administrar la medicación.

Identificar las medicaciones indicadas para problemas habituales.

Recetar medicamentos de acuerdo con el médico y/o el protocolo.

Escribir la receta, con el nombre del fármaco e incluyendo la dosis y las instrucciones de administración.

Deletrear abreviaturas que se pueden confundir fácilmente (p. ej., microgramos, miligramos, unidades).

Verificar que los puntos decimales utilizados en la dosificación se ven claramente utilizando los ceros delante del punto decimal (p. ej., 0,2 frente a ,2).

Evitar el uso de ceros detrás del punto decimal (p. ej., 2 frente a 2,0).

Utilizar métodos de prescripción electrónica, si existen.

Utilizar abreviaturas, acrónimos y símbolos estandarizados.

Verificar que todas las órdenes de medicación están escritas correctamente, por completo y con la discriminación necesaria para su uso.

Seguir las recomendaciones para el comienzo de las dosis de la medicación (miligramos por peso corporal en kilos, área de superficie corporal o dosis mínima efectiva).

Consultar con el médico, si procede.

Consultar *Physician's Desk Reference* y otras referencias, si es necesario.

Consultar con los representantes de las empresas de los medicamentos, si resulta oportuno.

Enseñar al paciente y/o a la familia el método de administración de la medicación, si procede.

Explicar al paciente y/o a la familia la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.

Proporcionar alternativas para la sincronización y modalidad de autoadministración de medicamentos con el propósito de minimizar los efectos en el estilo de vida del paciente.

Instruir al paciente y la familia sobre cómo rellenar la receta, si es necesario.

Explicar al paciente/familia cuándo deben solicitar asistencia adicional.

Observar los efectos terapéuticos y adversos de la medicación.

Mantener el conocimiento de la medicación utilizada en la práctica, incluyendo indicaciones de uso, precauciones, efectos adversos, efectos tóxicos e información sobre las dosis, según requieran las autoridades y regulaciones de prescripción.

Presencia

5340

Definición: Permanecer con otra persona durante los momentos de necesidad, tanto física como psicológica.

Actividades:

Mostrar una actitud de aceptación.

Comunicar oralmente simpatía o comprensión por la experiencia que está pasando el paciente.

Ser sensible con las tradiciones y creencias del paciente.

Establecer una consideración de confianza y positiva.

Escuchar las preocupaciones del paciente.

Permanecer en silencio, si procede.

Establecer contacto físico con el paciente para expresar la consideración, si resulta oportuno.

Estar físicamente disponible como elemento de ayuda.

Permanecer físicamente presente sin esperar respuestas de interacción.

Establecer una distancia entre el paciente y la familia, si es necesario.

Ofrecerse a quedarse con el paciente durante las interacciones iniciales con otras personas de la unidad.

Ayudar al paciente a darse cuenta de que se está disponible, pero sin reforzar conductas dependientes.

Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos.

Reafirmar y ayudar a los padres en su papel de apoyo de su niño.

Permanecer con el paciente y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los períodos de ansiedad.

Ofrecerse a entrar en contacto con otras personas de apoyo (cura/rabino), si procede.

Preservación de la fertilidad 7160

Definición: Proporcionar información, asesoramiento y tratamiento que facilite la salud reproductiva y la capacidad de concebir.

Actividades:

Informar acerca de los factores relacionados con la infertilidad (edad de la madre superior a 35 años y enfermedades de transmisión sexual).

Fomentar la concepción antes de los 35 años de edad, si procede.

Enseñar a la paciente a evitar enfermedades de transmisión sexual.

Informar a la paciente sobre los signos y síntomas de enfermedades de transmisión sexual y la importancia de su tratamiento precoz y agresivo.

Realizar examen pélvico, si procede.

Obtener muestras para realizar cultivos del cérvix uterino, cuando proceda.

Prescribir tratamiento, según indicación, para la enfermedad de transmisión sexual e infecciones de la vagina.

Aconsejar a la paciente la necesidad de exploración y tratamiento de la enfermedad de transmisión sexual si el compañero muestra cualquier síntoma, incluso si la paciente no experimentara ningún síntoma.

Aconsejar a la paciente el tratamiento de la enfermedad de transmisión sexual de su compañero, si el cultivo fuera positivo.

Informar sobre los cultivos de enfermedades sexuales positivos, según lo exija la ley

Comentar con la paciente los efectos de los distintos métodos anticonceptivos sobre la fertilidad futura.

Asesorar a la paciente sobre el uso de anticonceptivos.

Aconsejar a la paciente evitar el uso de dispositivos intrauterinos.

Informar a la paciente sobre los riesgos del trabajo y del medio ambiente sobre la fertilidad (radiación, productos químicos, estrés, infecciones, otros factores medioambientales y la rotación de turnos).

Informar a la paciente sobre opciones más conservadoras susceptibles de preservar la fertilidad, cuando se indique cirugía ginecológica o abdominal.

Remitir a la paciente para que se someta a un examen físico completo y determinar si hay problemas de salud que afecten a la fertilidad (amenorrea, endometriosis y enfermedad tiroidea).

Fomentar el tratamiento precoz agresivo de la endometriosis.

Revisar los hábitos del estilo de vida que puedan alterar la fertilidad (fumar, sustancias ilegales, consumo de alcohol, nutrición, ejercicios y conducta sexual).

Remitir a programas de bienestar o de modificación del estilo de vida, si procede.

Informar a la paciente acerca de los efectos del alcohol, tabaco, drogas y demás factores en la producción de esperma y en la función sexual masculina.

Remitir a la paciente con historial de posibles trastornos de fertilidad para un diagnóstico y tratamiento precoz.

Ayudar a la paciente a que reciba apoyo en el trabajo para el tratamiento de la fertilidad.

Informar a la paciente acerca de la consideración de la posible o imposible reversibilidad de los diferentes métodos de esterilización.

Aconsejar a la paciente que considera la esterilización que tenga en cuenta la irreversibilidad del procedimiento.

Prevención de caídas

6490

Definición: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

Actividades:

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

Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.

Revisar la historia de caídas con el paciente y la familia.

Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas).

Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación.

Pedir al paciente su percepción de equilibrio, según proceda.

Compartir con el paciente observaciones sobre el paso y el movimiento.

Sugerir cambios en el paso del paciente.

Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la manera de caminar.

Ayudar a la deambulación de la persona inestable.

Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable.

Animar al paciente a utilizar un bastón o un andador, si procede.

Enseñar al paciente a utilizar un bastón o un andador, si procede.

Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.

Bloquear las ruedas de las sillas, camas, u otros dispositivos en la transferencia del paciente.

Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.

Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.

Enseñar al paciente cómo caer para minimizar el riesgo de lesiones.

Colocar señales recordatorias para que el paciente solicite ayuda para salir de la cama, si procede.

Observar la habilidad para pasar de la cama a la silla y viceversa.

Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc.

Disponer un asiento de baño elevado para que la transferencia sea más sencilla.

Disponer sillas de altura adecuada, con respaldo y apoyabrazos para un traslado más sencillo.

Disponer colchones de cama de bordes firmes para un traslado más sencillo.

Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.

Colocar la cama mecánica en la posición más baja.

Disponer la superficie sobre la que tendrá lugar el sueño cerca del suelo, si es necesario.

Disponer que el asiento de la silla sea envolvente para limitar la movilidad, si procede.

Colocar una cuña de espuma en el asiento de la silla para evitar que el paciente se levante, si procede.

Utilizar camas con colchones parcialmente llenos de agua para limitar la movilidad, si es necesario.

Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador esté ausente.

Responder a la luz de llamada inmediatamente.

Ayudar en el aseo a intervalos frecuentes y programados.

- Utilizar una alarma de cama que alerte al cuidador de que la persona sale de la cama, si procede.
- Marcar umbrales de puertas y bordes de escalones, si es necesario.
- Retirar los muebles bajos (bancos y mesas) que supongan un riesgo de tropezones.
- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo.
- Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Disponer luz nocturna en la mesilla de noche.
- Disponer barandillas y apoyamanos visibles.
- Colocar puertas en los accesos que conduzcan a escaleras.
- Disponer superficies de suelo antideslizantes, anticaídas.
- Disponer una superficie antideslizante en la bañera o la ducha.
- Disponer banquetas para caminar firmes y antideslizantes para facilitar el movimiento al alcanzar objetos.
- Disponer zonas de almacenamiento que se encuentren al alcance, sin problemas para el paciente.
- Disponer muebles firmes que no se caigan si se utilizan como apo3'o.
- Orientar al paciente sobre el «orden» físico de la habitación.
- Evitar disposiciones innecesarias del ambiente físico.
- Asegurar que el paciente lleve zapatos que se ajusten correctamente, firmemente atados y con suelas antideslizantes.
- Instruir al paciente para que lleve las gafas prescritas, si procede, al salir de la cama.
- Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.
- Sugerir adaptaciones en el hogar para aumentar la seguridad.
- Instruir a la familia sobre la importancia de los pasamanos en escaleras, baños y pasillos.
- Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos.
- Sugerir calzado seguro.
- Instruir al paciente para que evite las superficies heladas y otras superficies exteriores deslizantes.
- Desarrollar maneras para que el paciente participe de forma segura en actividades de ocio.
- Establecer un programa de ejercicios físicos de rutina que incluya el andar.
- Colocar señales que alerten al personal de que el paciente tiene alto riesgo de caídas.
- Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados sanitarios para minimizar los efectos secundarios de los medicamentos que contribuyen a la posibilidad de caídas (hipotensión ortostática y andar inestable).
- Disponer una estrecha vigilancia y/o un dispositivo de retención (asiento de bebé con cinturón) al colocar bebés/niños en superficies elevadas (en mesas o sillas altas).
- Retirar los objetos que supongan acceso a superficies elevadas para los niños.
- Mantener las barandillas de la cuna en posición elevada cuando el cuidador no esté presente, si procede.
- Disponer un «tope de protección» en las cunas de hospital de pacientes pediátricos que puedan subirse a barandillas elevadas, si procede.
- Cerrar firmemente los paneles de acceso a las incubadoras cuando se deje al bebé en la incubadora, si procede.

Prevención de hemorragia

4010

Definición: Disminución de los estímulos que pueden inducir hemorragias en pacientes con riesgo de sufrirlas.

Actividades:

Vigilar de cerca al paciente por si se produce hemorragia.

Anotar los niveles de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre, si está indicado.

Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar todas las secreciones para ver si hay presencia de sangre franca u oculta).

Realizar estudios de coagulación, incluyendo el tiempo de protrombina (PT), tiempo de tromboplastina parcial (PTT), fibrinógeno, degradación de fibrina/productos de separación y recuento de plaquetas, si procede.

Controlar los signos vitales ortostáticos, incluyendo la presión sanguínea.

Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa.

Administrar productos sanguíneos (plaquetas y plasma fresco congelado), si procede.

Proteger al paciente de traumas que puedan ocasionar la hemorragia.

Evitar inyecciones (i.v, i.m. o subcutáneas), si procede.

Ordenar al paciente que deambula que calce zapatos.

Utilizar cepillos de dientes blandos en la higiene bucal.

Utilizar máquina de afeitar eléctrica, en lugar de hoja de afeitar.

Evitar procedimientos invasivos; si fueran necesarios, vigilar de cerca por si se produce hemorragia.

Coordinar la sincronización de los procedimientos invasivos con las transfusiones de plaquetas o plasma fresco congelado, si procede.

Evitar la inserción de objetos en un orificio que sangre.

Evitar tomar temperaturas rectales.

Evitar levantar objetos pesados.

Administrar medicamentos (antiácidos), si está indicado.

Ordenar al paciente que evite tomar ácido acetilsalicílico u otros anticoagulantes.

Ordenar al paciente que aumente la ingesta de alimentos ricos en vitamina K.

Utilizar colchones terapéuticos para minimizar el trauma de la piel.

Evitar estreñimientos (fomentar la ingesta de líquidos y laxantes), si procede.

Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas (avisar al cuidador), si se produjeran hemorragias.

Prevención de la adicción religiosa

5422

***Definición:* Prevención de un estilo de vida autoimpuesto controlado por la religión.**

Actividades:

Identificar individuos con riesgo de una dependencia excesiva de la religión, de líderes religiosos y/o de la práctica religiosa.

Analizarlas prácticas religiosas en términos de relaciones y creencias equilibradas.

Examinar y fomentar conductas que contribuyan a un desarrollo del crecimiento y de la fe.

Examinar con los individuos los elementos de adicción religiosa y de libertad para la formación religiosa.

Explicar que la gente tímida es vulnerable a la adicción religiosa y ritual.

Descubrir la gratitud y el perdón como maneras de defenderse a sí mismo de formas religiosas o de otros procesos adictivos.

Ofrecer la oración para conseguir relaciones vivificantes y saludables con uno mismo, con Dios y con los otros, según sea conveniente.

Enseñar a los individuos el proceso del desarrollo de la fe.

Enseñar a los individuos los peligros del uso de la religión para controlar a otras personas.

Fomentar la formación de grupos de autoayuda o de soporte para analizar el equilibrio religioso.

Identificar y compartir los recursos de grupos y de servicios de asesoramiento profesional dentro de la comunidad.

Prevención de lesiones deportivas: jóvenes

6648

Definición: Reducción del riesgo de lesiones deportivas en atletas jóvenes.

Actividades:

Fomentar el buen estado físico general como prerequisite para participar en deportes.

Fomentar la modificación de las reglas del juego de acuerdo con la edad y la capacidad de los participantes.

Informar a los padres de las diferencias entre los deportes como pasatiempo y los deportes competitivos organizados.

Ayudar al atleta a encontrar un deporte que se ajuste adecuadamente a los intereses y las habilidades y que fomente el desarrollo de conductas idóneas durante mucho tiempo.

Ayudar a los padres y a los atletas a fijar objetivos realistas en el momento de la competición.

Proporcionar recursos a los padres, a los atletas y a los entrenadores de acuerdo con la implicación de los aspectos psicosociales de los deportes.

Fomentar un emparejamiento adecuado de competidores según la edad, el peso y el estado de madurez física.

Controlar el seguimiento de las líneas de entrenamiento recomendadas y la biomecánica correcta.

Controlar la conformidad con las reglas de seguridad.

Controlar si el campo de juego está en condiciones de juego seguras.

Controlar el uso correcto y la seguridad del equipo.

Fomentar la supervisión adecuada de los entrenamientos, eventos recreativos y eventos competitivos.

Controlar el estado físico para asegurarse que es correcto antes de la competición.

Fomentar el uso de actividades de calentamiento y de enfriamiento para evitar lesiones.

Utilizar entrenadores titulados para los deportes competitivos a nivel escolar.

Asegurarse la cobertura médica de los eventos deportivos competitivos, según sea conveniente.

Desarrollar un plan de urgencias en caso de lesiones graves.

Coordinar reuniones de pretemporada para los atletas, las familias y los entrenadores, para aumentar la conciencia de prevención de lesiones.

Colaborar con otros profesionales en la planificación de programas relacionados con la prevención de lesiones.

Informar a los padres y a los atletas de los pasos que deben seguir para evitar lesiones.

Informar a los padres y a los atletas de las señales y de los síntomas de lesiones por sobreesfuerzo, deshidratación, agotamiento, uso de drogas potenciadoras, alteraciones alimentarias, disfunciones menstruales y estrés.

Recoger datos del tipo, frecuencia y tratamiento de las lesiones, así como dónde se han remitido.

Controlar la salud a largo plazo de los atletas.

Controlar el retorno de atletas lesionados para la participación en la prevención de recaídas.

Proporcionar apoyo emocional a los atletas lesionados.

Organizar las prácticas de primeros auxilios anuales para los entrenadores, incluida la RCP.

Comunicarse con los entrenadores acerca de la importancia de enfatizar el aspecto «divertido» de los deportes.

Asegurarse de que los entrenadores están bien informados del desarrollo normal de la infancia y de las necesidades físicas, emocionales y sociales de los niños.

Comunicar información acerca de aspectos de la atención sanitaria especial de los atletas a nivel individual, según sea conveniente.

Desarrollar grupos de vigilancia para asegurar la educación de escuelas y de entrenadores voluntarios.

Informar a los padres de los requisitos y de la conducta esperada de los entrenadores.

Continúa

690 Prevención de lesiones deportivas: jóvenes (6648)

Actividades (ConL):

Fomentar que los padres se impliquen en los programas deportivos de sus hijos.

Controlar si los atletas presentan estrés relacionado con el deporte y proporcionar salidas para los atletas con problemas emocionales/psicosociales.

Enseñar técnicas de relajación y estrategias a los atletas, los entrenadores y los padres para hacer frente a problemas.

Hablar a los atletas jóvenes sobre la importancia de la salud.

Prevención de úlceras por presión

3540

Definición: Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.

Actividades:

Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala de Braden).

Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar el riesgo de úlceras de presión, según protocolo del centro.

Animar al individuo a no fumar y a evitar la ingesta de alcohol.

Documentar cualquier incidencia anterior de formación de úlceras por presión.

Documentar el peso y los cambios de peso.

Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.

Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.

Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.

Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede.

Darse la vuelta continuamente cada 1-2 horas, si procede.

Darse la vuelta con cuidado (p. ej., evitar golpes) para evitar lesiones en una piel frágil.

Colocar el programa de giros al pie de cama, si procede.

Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.

Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.

Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.

Mantener la ropa de cama limpia y seca, y sin arrugas.

Hacer la cama con pliegues para los dedos de los pies.

Utilizar camas y colchones especiales, si procede.

Utilizar mecanismos en la cama (badana) para proteger al individuo .

Evitar mecanismos de tipo flotador para la zona sacra.

Humedecer la piel seca, intacta.

Evitar el agua caliente y utilizar un jabón suave para el baño.

Vigilar las fuentes de presión y de fricción.

Aplicar protectores para los codos y los talones, si procede.

Proporcionar con frecuencia cambios del peso corporal.

Proporcionar un trapecio para ayudar al paciente en los cambios de peso frecuentemente.

Controlar la movilidad y la actividad del individuo.

Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso.

Ayudar al individuo a mantener un peso saludable.

Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de rotura de la piel, si procede.

1.ª edición 1992; 2.ª edición revisada 1996; 3.ª edición revisada 2000; 4.ª edición revisada 2004

Continúa

Prevencción del consumo de sustancias nocivas

4500

Definición: Potenciar un estilo de vida que evite el uso de alcohol y drogas.

Actividades:

Ayudar al paciente a tolerar el aumento de los niveles de estrés, si procede.

Preparar al paciente para sucesos difíciles o dolorosos.

Disminuir el estrés ambiental irritante o frustrante.

Disminuir el aislamiento social, siempre que sea posible.

Apoyar las medidas de regulación de venta y distribución de alcohol a menores.

Presionar para conseguir el aumento de la edad en la prohibición de consumir bebidas alcohólicas.

Recomendar cambios responsables en el historial de alcohol y drogas para los estadios primarios.

Dirigir programas en las escuelas sobre la supresión del alcohol y las drogas como actividades recreativas.

Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del propio estilo de vida.

Recomendar campañas en los medios de comunicación acerca del tema de las drogas en la comunidad.

Educar a los padres de acerca de la importancia del ejemplo en el uso de sustancias nocivas.

Instruir a los padres y profesores en la identificación de signos y síntomas de adicción.

Ayudar al paciente a identificar estrategias sustitutorias para reducir tensiones.

Apoyar u organizar grupos comunitarios para disminuir lesiones asociadas con el alcohol, como asociaciones contra los conductores alcohólicos.

Realizar un estudio de los estudiantes en los grados del 1 a 12 sobre el uso del alcohol y las conductas relacionadas con el alcohol y las drogas.

Aconsejar a los padres el apoyo de las normas escolares que prohíben el consumo de alcohol y drogas en las actividades extraescolares.

Ayudar en la organización de actividades después de las clases de los adolescentes, tales como paseos e irse a casa.

Facilitar la coordinación de esfuerzos entre los diversos grupos comunitarios relacionados con el consumo de sustancias.

Animar a los padres a participar en las actividades de sus hijos, desde la edad preescolar hasta la adolescencia.

Prevención del shock

4260

Definición: Detección y tratamiento de un paciente con riesgo de shock inminente.

Actividades:

Comprobar las respuestas tempranas de compensación del shock (p. ej., presión arterial normal, presión del pulso estrecho, hipotensión ortostática leve [de 15 a 25 mmHg], relleno capilar ligeramente retrasado, piel pálida/fría o piel enrojecida, ligera taquipnea, náuseas y vómitos, sed aumentada o debilidad).

Controlar los signos precoces de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (p. ej., temperatura aumentada, taquicardia, taquipnea, hipocarbía, leucocitosis o leucopenia).

Observar si se producen signos precoces de shock alérgico: rinitis, jadeos, estridor, presión torácica, disnea, prurito, urticaria, angioedema cutáneo, indisposición gastrointestinal, dolor abdominal, diarrea, ansiedad y desasosiego.

Controlar los signos tempranos de compromiso cardíaco (p. ej., descenso de CO y del gasto urinario, aumento de RVS y PCVVP, crepitantes en los pulmones, ruidos cardíacos T3 y T4 y taquicardia).

Vigilar las posibles fuentes de pérdida de líquidos (p. ej., sonda torácica, herida y drenaje nasogástrico; diarrea; vómitos y aumento de perímetro abdominal y de extremidades, hematemesis o rectorragia).

Comprobar el estado circulatorio: presión sanguínea, color y temperatura de la piel, sonidos cardíacos, frecuencia y ritmo cardíacos, presencia y calidad de los pulsos periféricos y repleción capilar.

Observar si hay signos de oxigenación tisular inadecuada (p. ej., aprensión, aumento de ansiedad, cambios del estado mental, agitación, oliguria y extremidades frías, moteadas).

Controlar la pulsioximetría.

Vigilar la temperatura y el estado respiratorio.

Controlar el ECG.

Controlar el peso, la ingesta y eliminación a diario.

Comprobar los valores de laboratorio, especialmente los niveles de Hgb y Hct, perfil de coagulación, niveles de gases y electrolitos en sangre arterial, cultivos y perfil químico.

Monitorizar los parámetros hemodinámicos invasivos (p. ej., PVC, PAM y saturación central/venosa mixta de oxígeno), si procede.

Vigilar el C O₂ sublingual o la fonometría gástrica, si procede.

Anotar la existencia de magulladuras, petequia y el estado de las membranas mucosas.

Anotar el color, cantidad y frecuencia de deposiciones, vómitos y drenaje nasogástrico.

Realizar análisis de orina para ver la existencia de sangre, glucosa y proteínas, según corresponda.

Observar si hay signos y síntomas de ascitis y dolor abdominal o lumbar.

Colocar al paciente en posición supina con las piernas elevadas piernas en posición elevada (volumen, vasogénico) o en decúbito supino, cabeza y hombros elevados (cardiogénico), si procede.

Instaurar y mantener la permeabilidad de las vías aéreas, si procede.

Administrar líquidos i.v. y/u orales, según el caso.

Canalizar y mantener una vía i.v. de calibre grande, si procede.

Administrar líquidos i.v. mientras se monitorizan las presiones de carga cardíaca, gasto cardíaco y producción urinaria, si procede.

Administrar los agentes antiarrítmicos, si procede.

Administrar hematíes empaquetados y/o plasma fresco congelado, según proceda.

Iniciar la administración precoz de agentes antimicrobianos y monitorizar estrechamente su eficacia, si está indicado.

Administrar oxígeno y/o ventilación mecánica, si procede.

Administrar agentes antiinflamatorios y/o broncodilatadores, si procede.

Controlar la glucemia y administrar terapia con insulina, si procede.

Administrar adrenalina, i.v., i.o. o endotraqueal, si procede.

Enseñar al paciente a evitar los alérgenos conocidos y a utilizar el equipo de anafilaxis, según proceda.

Realizar pruebas cutáneas para determinar los agentes causantes de anafilaxis y/o reacciones alérgicas, si procede.

Aconsejar al paciente con riesgo de reacciones alérgicas graves que reciba terapia de desensibilización.

Aconsejar a los pacientes sobre el riesgo de llevar información de alerta médica.

Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los factores desencadenantes del shock.

Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos/síntomas del shock inminente.

Instruir al paciente y a la familia acerca de los pasos que hay que seguir ante la aparición de los síntomas.

Prevención del suicidio

6340

Definición: Msminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida.

Actividades:

Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio.

Determinar si el paciente dispone de medios para llevar adelante el plan de suicidio.

Considerar la hospitalización del paciente que tiene un alto riesgo de conducta suicida.

Tratar y controlar la enfermedad psiquiátrica o los síntomas que pueden poner al paciente en riesgo de suicidio (alteraciones del humor, alucinaciones, delusiones, pánico, abuso de sustancias, aflicción, trastornos de la personalidad, alteraciones orgánicas, crisis).

Administrar medicación, si procede, para disminuir la ansiedad, agitación o psicosis y para estabilizar el humor.

Recomendar aspectos de calidad de vida y control del dolor.

Realizar comprobaciones bucales después de administrar la medicación para asegurarse de que el paciente no se guarda la medicación en la boca para más adelante tomar una sobredosis.

Proporcionar pequeñas cantidades de las medicaciones prescritas que pueden ser letales a los pacientes que tienen posibilidad de reducir la oportunidad de suicidarse, si procede.

Controlar los efectos secundarios y los resultados deseados de la medicación.

Implicar al paciente en la planificación de su tratamiento, si procede.

Enseñar al paciente estrategias para enfrentarse a los problemas (entrenamiento en asertividad, control de los actos impulsivos, relajación muscular progresiva), si procede.

Acordar con el paciente (verbalmente o por escrito), si procede, que no se «autolesionará» durante un período especificado de tiempo, volviéndolo a acordar a intervalos de tiempo especificados.

Implantar acciones necesarias para reducir el distrés inmediato del individuo al negociar un contrato de no autolesión o seguridad.

Identificar necesidades de seguridad inmediata al negociar un contrato de no autolesión o seguridad.

Ayudar al paciente a comentar sus sentimientos acerca del contrato.

Vigilar si el individuo presenta signos de incongruencia que puedan indicar falta de acuerdo para cumplir el contrato.

Realizar acciones para prevenir que el individuo se lesione o se mate, cuando el contrato es un contrato de no autolesión o seguridad (p. ej., aumentar la observación, retirar objetos que puedan utilizarse para autolesionarse).

Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para transmitirle atención y franqueza y para dar oportunidad al paciente para hablar de sus sentimientos.

Utilizar una forma de hablar directa y sin emitir juicios para comentar el suicidio.

Animar al paciente a buscar a los cuidadores para hablar, cuando se produzca el deseo de autolesión.

Evitar comentar repetidamente la historia del suicidio pasado manteniendo discusiones orientadas hacia el presente y el futuro.

Discutir planes para hacer frente a las ideas suicidas en el futuro (factores precipitantes, a quién contactar, dónde buscar ayuda, maneras de aliviar los impulsos de autolesión).

Ayudar al paciente a identificar las personas y los recursos de apoyo (clero, familia, proveedores de cuidados).

Iniciar precauciones para el suicidio (observación y vigilancia continua del paciente, proveerse de un entorno protector) para el paciente que tiene un alto riesgo de suicidio.

Colocar al paciente en el entorno menos restrictivo posible que permita el nivel necesario de observación.

- Continuar una valoración regular del riesgo de suicidio (como mínimo a diario) para ajustar adecuadamente las precauciones.
- Consultar con el equipo de tratamiento antes de modificar las precauciones para el suicidio.
- Buscar si en el paciente recientemente hospitalizado y entre sus pertenencias personales hay armas/armas potenciales durante el procedimiento de admisión del paciente, si procede.
- Examinar de forma rutinaria el entorno y eliminar los peligros para mantenerlo libre de riesgos.
- Limitar el acceso a ventanas, a menos que estén cerradas con llave y sean irrompibles, si procede.
- Limitar al paciente el uso de armas potenciales (objetos afilados y con cuerdas o similares).
- Observar al paciente durante el uso de instrumentos/armas potenciales (maquiniUa de afeitar).
- Utilizar intervenciones protectoras (restricciones de zonas, separación, barreras físicas), si el paciente carece de control para evitar lesionarse, según sea necesario.
- Comunicar el riesgo y los aspectos relevantes de seguridad a los otros cuidadores.
- Asignar al paciente hospitalizado una habitación situada cerca del control de enfermeras para facilitar la observación, si procede.
- Aumentar la vigilancia de los pacientes hospitalizados en los momentos en que se sabe que la cantidad de personal es inferior (reuniones de enfermeras, cambio de turno, horas de comer del personal, durante la noche, fin de semana, momentos de caos en la unidad de enfermería).
- Considerar estrategias para disminuir el aislamiento y la oportunidad de actuar de acuerdo con los pensamientos dañinos (poner una persona).
- Observar, registrar e informar de cualquier cambio de humor o de conducta que puede aumentar significativamente el riesgo de suicidio y documentar los resultados de los controles de vigilancia regulares.
- Explicar las precauciones contra el suicidio y los aspectos relevantes de seguridad al paciente/familia/seres queridos (propósito, duración, expectativas conductuales y consecuencias de la conducta).
- Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia y de los amigos.
- Implicar a la familia en la planificación del alta (enseñar la enfermedad/medicación, reconocimiento del aumento del riesgo de suicidio, planificación del paciente para enfrentarse a los pensamientos de autolesión, recursos comunitarios).
- Remitir al paciente a un especialista de cuidados de salud (psiquiatra o enfermera experimentada en la salud mental/psiquiátrica) para la evaluación y el tratamiento de las ideas y conductas de suicidio, según sea necesario.
- Proporcionar información sobre los recursos de la comunidad y los programas disponibles.
- Mejorar el acceso a servicios de salud mental.
- Aumentar el conocimiento público de que el suicidio es un problema de salud evitable.

Primeros auxilios

Definición: Proporcionar los cuidados iniciales a una lesión menor.

Actividades:

Controlar la hemorragia.

Inmovilizar la parte afectada del cuerpo, si procede.

Elevar la parte afectada del cuerpo.

Aplicar un cabestrillo, si corresponde.

Cubrir cualquier parte ósea abierta o expuesta.

Aplicar hielo a la parte afectada del cuerpo, si está indicado.

Controlar los signos vitales, si procede.

Enfriar la piel con agua en caso de quemaduras menores.

Enjuagar con agua cualquier tejido expuesto a productos químicos irritantes.

Extraer el aguijón en una picadura de insecto, cuando sea posible.

Extraer astillas de la piel, si procede.

Limpiar y extraer secreciones de la zona circundante en una picadura de serpiente no venenosa.

Cubrir con manta, si lo precisa el caso.

Administrar toxina antitetánica, si procede.

Aconsejar la solicitud de cuidados médicos adicionales, cuando corresponda.

Coordinar el transporte de urgencia, si es necesario.

Protección contra las infecciones

6550

Definición: Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo.

Actividades:

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

Protección de los derechos del paciente

7460

Definición: Protección de los derechos a cuidados sanitarios de un paciente incapaz de tomar decisiones, especialmente si es menor, está incapacitado o es incompetente.

Actividades:

Proporcionar al paciente la «Carta de derechos del paciente».

Disponer un ambiente que conduzca a conversaciones privadas entre paciente, familia y profesionales de cuidados sanitarios.

Proteger la intimidad del paciente durante las actividades de higiene, eliminación y aseo personal.

Determinar si en el formulario de directrices avanzadas constan los deseos del paciente respecto a la asistencia sanitaria (p. ej., deseo de vivir, poderes duraderos para la asistencia sanitaria).

Respetar los derechos del paciente para recibir el control adecuado del dolor para los estados agudo, crónico y terminal.

Determinar quién está facultado legalmente para dar el consentimiento para el tratamiento o investigación.

Trabajar con el médico y la administración hospitalaria para cumplir con los deseos del paciente y de la familia.

Abstenerse de forzar el tratamiento.

Tomar nota de la preferencia religiosa.

Conocer la situación legal de las últimas voluntades en vida.

Cumplir con los deseos del paciente expresados en un testamento en vida o en un poder en vigor de un abogado referente a los cuidados sanitarios, si procede.

Cumplir con las órdenes de «no resucitar».

Ayudar a la persona agonizante con los asuntos sin acabar.

Tomar nota en el registro médico de cualquier hecho observable que esté en la competencia mental del testador para realizar un testamento.

Intervenir en situaciones que impliquen cuidados inseguros o inadecuados.

Ser conscientes de las necesidades del informe obligatorio.

Limitar la visión del registro del paciente a los cuidadores inmediatos.

Mantener la confidencialidad de información sanitaria del paciente.

Protección de riesgos ambientales**8880**

Definición: Prevención y detección de enfermedades y lesiones en poblaciones de riesgo por causa de peligros ambientales.

Actividades:

Valorar los riesgos posibles y actuales del medio ambiente.

Analizar el nivel de riesgo asociado con el entorno (p. ej. forma de vida, trabajo, atmósfera, agua, alojamiento, comida, residuos, radiación y violencia).

Informar a las poblaciones de riesgo acerca de los peligros ambientales.

Controlar los incidentes de enfermedades y lesiones relacionadas con peligros ambientales.

Mantenerse al día de la información asociada con estándares ambientales específicos.

Avisar a las instituciones autorizadas para proteger el ambiente de peligros conocidos.

Colaborar con otras instituciones para mejorar la seguridad ambiental.

Recomendar los diseños ambientales más seguros, sistemas de protección y el uso de dispositivos protectores.

Apoyar programas para revelar peligros ambientales.

Proteger a las poblaciones de riesgo de la exposición a peligros ambientales evidentes.

Participar en la recogida de datos relacionados con la incidencia y la frecuencia de la exposición a peligros ambientales.

Punción intravenosa (i.v.)

4190

Definición: Inserción de una aguja en una vena periférica al efecto de administrar líquidos, sangre o fármacos.

Actividades:

Verificar la orden de la terapia i.v.

Instruir al paciente acerca del procedimiento.

Realizar una técnica aséptica estricta.

Identificar si el paciente es alérgico a algún medicamento, el yodo o el esparadrapo.

Identificar si el paciente tiene problemas de coagulación o está tomando algún fármaco que pudiera afectar a la coagulación.

Pedir al paciente que se mantenga quieto mientras se realiza la venopunción.

Proporcionar apoyo emocional, si procede.

Solicitar a los padres que cojan y consuelen al niño, según el caso.

Seleccionar una vena apropiada para la venopunción.

En pacientes con fisuras arteriovenosas o shunts, comenzar la punción intravenosa en el otro brazo.

Elegir el tipo adecuado de aguja en función del propósito y la duración de uso.

Elegir una aguja de calibre 18, si fuera posible, para la administración de sangre en adultos.

Aplicar el torniquete 10 o 12 cm por encima del sitio de punción, si procede.

Ordenar al paciente que mantenga la extremidad inferior por debajo del nivel del corazón.

Masajear el brazo del paciente desde el extremo proximal al distal, si es preciso.

Golpear suavemente con los dedos la zona del pinchazo después de aplicar el torniquete, si procede.

Limpiar la zona con una solución adecuada, según el protocolo del centro.

Administrar, si es preciso y por prescripción médica, un 1% de lidocaína en el sitio de inserción.

Insertar la aguja de acuerdo con las instrucciones del fabricante.

Determinar la correcta colocación mediante la observación de la sangre en la cámara o en el sistema.

Retirar el torniquete lo antes posible.

Fijar la aguja con esparadrapo en el sitio firmemente.

Conectar la aguja al sistema i.v., si procede.

Aplicar un apósito transparente pequeño en el sitio de inserción i.v.

Etiquetar el apósito del sitio i.v.

Aplicar una tablilla para apoyar el brazo teniendo cuidado de no comprometer la circulación, si se precisa.

Llevar a cabo las precauciones universales.

Recogida de datos forenses

7940

***Definición:* Recogida y registro de los datos correspondientes del paciente para un informe forense.**

Actividades:

Establecer una comunicación con el paciente o la pareja, si procede.

Establecer una relación de trabajo colaboradora con los demás examinadores.

Completar todas las partes del examen incluidas las normales.

Registrar las omisiones en los exámenes, incluida la justificación de la omisión.

Aportar sólo hechos (p. ej., qué se examinó, qué era normal [negativos pertinentes], qué era anormal) que se vieron en el momento del examen.

Describir las lesiones físicas por tamaño, color, tipo de lesión, localización (añadir la profundidad y la trayectoria si está indicado).

Medir en centímetros e incrementos de centímetros, incluidas las dimensiones perpendiculares mayores de las heridas irregulares.

Describir' las heridas simplemente y con los colores básicos siempre que sea posible (p. ej., rojo, azul, morado, granate).

Determinar la localización de las heridas en dos dimensiones (longitud y visión desde la línea media) con el cuerpo dividido en línea media anterior y posterior, describiéndola en términos de lo lejos que está a la derecha o izquierda de la línea media.

Medir sistemáticamente desde el centro de la lesión que se está describiendo.

Registrar todas las contusiones inmediatamente, ya que las marcas desaparecerán y se perderán como pruebas.

Registrar la direccionalidad en las abrasiones por acumulación de células cutáneas en el lado opuesto a la fuerza.

Diferenciar las laceraciones de heridas incisas y heridas punzantes.

Anotar el orden de las heridas y por qué se sabe que es la primera, segunda, etc., si es posible.

Evitar largas listas de probables instrumentos lesivos (implica incertidumbre e incompetencia en el examen).

Determinar la trayectoria de las heridas.

Describir completamente las heridas de bala (p. ej., restos de hollín, punteado, anillo de abrasión o ausencia de hollín, etc.).

Describir las heridas de bala como la esfera de un reloj e identificar en el informe dónde se sitúan las 12:00 en el cuerpo.

Describir cualquier hematoma o pigmentación circundante a las heridas de bala, incluida cualquier marca de boca de cañón.

Utilizar diagramas y fotografías del cuerpo para completar el informe escrito.

Seguir las normas sobre la información que debe añadirse a cada diagrama del cuerpo (p. ej., número del caso, nombre de la víctima, fecha y hora del examen, hora de finalización, nombres y números de identificación de los presentes durante el examen).

Dibujar todas las características de identificación (p. ej., cicatrices, tatuajes, esmalte de uñas, perforaciones corporales, lesiones cutáneas).

Dibujar las cicatrices según su orientación en el cuerpo.

Tomar fotos de las lesiones igual que en una escena del crimen (p. ej., víctima como parte de la escena de un crimen, número del caso en cada fotografía), asegurándose de que el número del caso no tapa ni oculta las lesiones.

Obtener fotografías iniciales como fotografías de cuerpo entero antes de limpiar las heridas.

Obtener el siguiente grupo de fotografías a media distancia y más cerca con identificadores o marcas (p. ej., el pezón en una herida torácica).

Continúa

Actividades (Cont.):

Obtener las últimas fotos en primer plano (la lesión ocupa casi todo el marco con un pequeño número de identificación) antes y después de limpiarlas.

Asegurarse de que se obtienen dos instantáneas con un puntero (una con puntero y otra sin), asegurando que el puntero no cubre ninguna parte de la foto.

Asegurarse de que las fotografías de lesiones se toman perpendiculares a la superficie de la piel para evitar la distorsión.

Asegurarse de que las fotografías incluyen una escala de medir para la perspectiva.

Asegurarse de que se añaden escalas en color a las fotografías de lesiones coloreadas para evitar la distorsión de los colores.

Lavar las áreas lesionadas y secarlas por absorción antes de realizar las fotografías para evitar el brillo de la humedad y asegurar el uso por el tribunal.

Describir la ropa (p. ej., marca, talla), las joyas y los objetos personales.

Registrar dónde se encontraron los elementos (p. ej., un reloj dorado en la muñeca izquierda).

Registrar la información pertinente relacionada con los elementos (p. ej., herida de bala con hollín en la camisa).

Asegurarse de que se fotografían todos los elementos.

Hacer un diagrama de todas las intervenciones médicas (p. ej., parches de ECG, sondas endotraqueales, vías i.v., Foleys).

Recoger y empaquetar todas las muestras en bolsas de papel claramente identificadas.

Anotar la fecha, hora, tipo y método de recogida de todas las muestras.

Utilizar el protocolo correcto de la cadena de pruebas para todas las muestras.

Registrar la información o los eventos adicionales que se desplegarán más tarde como apéndice.

Describir todas las respuestas a la información o eventos adicionales que se desplegarán más tarde (p. ej., examen por agresión sexual realizado 24 horas después de haber presentado la prueba indicando que se produjo una agresión sexual).

Planificar diariamente las visitas de seguimiento con las víctimas si es posible para documentar el desarrollo de los patrones de lesión.

Preparar los informes según los requisitos de las pruebas legales estatales (p. ej., fecha completa, hora en modo 24 horas, tinta negra, sin líquido corrector, páginas numeradas, incluidos todos los diagramas y hojas de trabajo, iniciales en todas las páginas, sin páginas en blanco).

Seguir el protocolo del examinador médico u hospitalario para ahorrar informes originales; si es autónomo, guardar los propios originales.

Proporcionar una hoja de registro donde se anotan todos los contactos sobre el expediente del caso.

Generar un informe titulado «informe modificado» para cualquier informe que tenga que describirse o corregirse por un error, incluyendo la fecha y hora del nuevo informe, por qué se hizo y la descripción del error en el informe original, además de incluir la corrección.

Obtener información de otros examinadores (p. ej., examinador médico, médico de urgencias, enfermera de urgencias) cuando no pueda obtener información por sí mismo (p. ej., trayectoria de la herida, profundidad de la herida).

Documentar la información, el informante y el título, la fecha y la hora de la recogida de datos, al obtener la información de otros examinadores.

Proporcionar el consejo y los cuidados de seguimiento adecuados a las víctimas y a las familias, si está indicado.

Recogida de datos para la investigación 8120

Definición: Recogida de datos de investigación.

Actividades:

Cumplir los procedimientos del International Review Board (IRB) del lugar de recogida de datos.

Informar al investigador de las normas institucionales para dirigir la investigación, si es necesario.

Cumplimentar el formulario de consentimiento, si procede.

Explicar el propósito de la investigación durante la reunión de los datos, si procede.

Informar al paciente acerca de las obligaciones que forman parte del estudio (ensayos, análisis de laboratorio y medicamentos).

Desarrollar el protocolo de estudio, según se haya especificado y acordado.

Vigilar la respuesta del paciente al protocolo de investigación.

Reunir los datos acordados que se van a utilizar en el estudio.

Proporcionar un espacio privado para realizar las entrevistas y/o reunión de datos, si es necesario.

Ayudar al paciente a cumplimentar los cuestionarios del estudio u otras herramientas de recogida de datos, si lo solicita.

Realizar las actividades según la rutina mientras se está bajo la observación de estudio.

Discutir con el investigador toda recompensa a pacientes o centros por su participación.

Obtener el resumen de los resultados del estudio para el personal participante y sujetos de estudio interesados.

Comunicarse regularmente con el investigador acerca del progreso de la reunión de datos, si procede.

Registrar los hallazgos de los datos claramente en los formularios suministrados.

Controlar la cantidad de pacientes y personal que participan en los estudios de investigación.

Reestructuración cognitiva

4700

Definición: Estimular al paciente para que altere los esquemas de pensamiento desordenados y se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.

Actividades:

Ayudar al paciente a que acepte el hecho de que las frases autoinducidas median en el despertar emocional.

Ayudar al paciente a comprender que la imposibilidad de conseguir conductas deseables con frecuencia es el resultado de frases irracionales autoinducidas.

Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones (autoafirmaciones) irracionales autoinducidas por afirmaciones (autoafirmaciones) racionales.

Señalar los estilos de pensamiento disfuncionales (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización).

Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad y desesperanza) que está sintiendo.

Ayudar al paciente a identificar los factores estresantes percibidos (situaciones, sucesos e interacciones con otras personas) que contribuyen al estado de estrés.

Ayudar al paciente a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos.

Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la realidad actual.

Ayudar al paciente a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad.

Realizar afirmaciones/preguntas que expresen dudas sobre la percepción/conducta del paciente, si procede.

Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación.

Ayudar al paciente a identificar el sistema de creencias que afectan a su estado de salud.

Utilizar el sistema de creencias habitual del paciente para ver la situación de manera distinta.

Regulación de la temperatura

3900

Definición: Consecución y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen normal.

Actividades:

Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, si procede.

Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice.

Instaurar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.

Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede.

Observar el color y la temperatura de la piel.

Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.

Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.

Envolver al bebé inmediatamente después del nacimiento para evitar la pérdida de calor.

Mantener la temperatura corporal del recién nacido.

Poner un gorrito para evitar la pérdida de calor del recién nacido.

Enseñar al paciente a evitar el agotamiento por el calor y los golpes de calor.

Colocar al recién nacido en incubadora o calentador, si es necesario.

Discutir la importancia de la termorregulación y los posibles efectos negativos del exceso de frío, si procede.

Enseñar al paciente, especialmente a los ancianos, acciones encaminadas a evitar la hipotermia por exposición al frío.

Explicar los indicios de agotamiento por calor y el tratamiento de urgencia adecuado, si es el caso.

Explicar los indicios de hipotermia y el tratamiento de urgencia adecuado, si procede.

Utilizar un colchón térmico y mantas calientes para ajustar la temperatura corporal alterada, si procede.

Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.

Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los escalofríos.

Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.

Utilizar colchón refrigerante y baños tibios para ajustar la temperatura corporal alterada, si procede.

708 Regulación de la temperatura: intraoperatoria (3902)

Regulación de la temperatura: intraoperatoria

3902

Definición: Consecución y/o mantenimiento de la temperatura corporal deseada durante la operación.

Actividades:

Ajustar la temperatura del quirófano para el efecto terapéutico.

Preparar y regular los dispositivos de calefacción/refrigeración correspondientes.

Cubrir la cabeza.

Cubrir al paciente con mantas reflectoras.

Proporcionar o activar humidificador para los gases anestésicos.

Transportar a los recién nacidos y los bebés a una incubadora térmica.

Cubrir las partes expuestas.

Calentar o enfriar todas las soluciones de irrigación, i.v. y de preparación de la piel, si procede.

Proporcionar y regular el calentador de sangre, si procede.

Calentar las esponjas quirúrgicas.

Vigilar continuamente la temperatura del paciente.

Comprobar la temperatura ambiental.

Vigilar y mantener la temperatura de los dispositivos de calefacción/refrigeración.

Comprobar y mantener la temperatura de las soluciones de irrigación.

Cubrir al paciente con mantas calentadas para el transporte a la unidad de cuidados postanestesia.

Registrar la información, según las normas de la institución.

Regulación hemodinámica

4150

Definición: Mejora de la frecuencia, la precarga, la poscarga y la contractilidad cardíacas.

Actividades:

Reconocer la presencia de alteraciones en la presión sanguínea.

Auscultar los pulmones para ver si hay crepitaciones u otros sonidos adventicios.

Auscultar los sonidos cardíacos.

Comprobar y registrar la frecuencia y el ritmo cardíacos, y los pulsos.

Vigilar los niveles de electrolitos.

Monitorizar la resistencia vascular pulmonar y sistémica, si procede.

Monitorizar gasto cardíaco o índice cardíaco e índice de trabajo ventricular izquierdo, si procede.

Administrar medicamentos inotrópicos/de contractilidad positivos.

Evaluar los efectos secundarios de fármacos inotrópicos negativos.

Observar los pulsos periféricos, el llenado capilar y la temperatura y el color de las extremidades.

Elevar el cabecero de la cama, si procede.

Colocar en posición de Trendelenburg, cuando se precise.

Observar si hay edema periférico, distensión de la vena yugular y sonidos cardíacos S₁ y S₂.

Monitorizar la presión enclavada capilar pulmonar/arterial y la presión venosa central/de aurícula derecha, si corresponde.

Mantener el equilibrio de líquidos administrando líquidos i.v. o diuréticos, según el caso.

Administrar fármacos vasodilatadores o vasoconstrictores, si es preciso.

Vigilar la ingesta/eliminación, la diuresis y el peso del paciente, según corresponda.

Realizar un sondaje vesical, si corresponde.

Minimizar/eliminar los factores ambientales estresantes.

Administrar medicación antiarrítmica, si procede.

Observar la posible aparición de efectos secundarios de los medicamentos.

Observar el funcionamiento del marcapasos, si corresponde.

Evaluar los efectos de la terapia de líquidos.

Relaciones complejas en el hospital

5000

Definición: Establecimiento de una relación terapéutica con un paciente para promover la perspicacia y el cambio conductual.

Actividades:

Identificar la propia actitud con respecto al paciente y la situación, repetir en caso necesario.

Determinar los límites éticos de la relación, si es necesario.

Abordar los sentimientos personales evocados por el paciente que pueden interferir en la efectividad de las interacciones terapéuticas.

Preparar un medio físico cómodo antes de las interacciones.

Tratar de manera confidencial la información compartida.

Crear un clima cálido y de aceptación.

Dar seguridad al paciente del interés en él como persona, si procede.

Utilizar el descubrimiento propio, si procede.

Volver a la hora establecida para demostrar así honradez e interés en el paciente.

Mantener una postura corporal abierta.

Ajustar la distancia física entre el profesional de enfermería y el paciente, si es preciso.

Estar atento a los mensajes no orales del paciente.

Buscar la clarificación de los mensajes no orales, si procede.

Responder a los mensajes no orales del paciente, si procede.

Reflejar las ideas principales en respuesta al paciente con palabras propias.

Reconducir la conversación hacia el tema principal, según sea necesario.

Desarrollar vías alternativas de comunicación (imágenes, palabras distintas), si procede.

Establecer un acuerdo sobre la hora y duración de los encuentros, si procede.

Tratar las responsabilidades del paciente en la relación «de tú a tú» entre profesional de enfermería y paciente.

Ayudar al paciente a identificar qué áreas se tratarán durante las sesiones.

Fijar los límites de comportamiento aceptable durante las sesiones terapéuticas, si procede.

Establecer en cada visita la hora de la visita siguiente antes de acabar la sesión.

Resumir la conversación al final de la misma.

Utilizar el resumen como punto de partida de conversaciones futuras.

Identificar la preparación del paciente para explorar los problemas identificados y desarrollar estrategias para cambiar.

Animar al paciente a tomarse el tiempo necesario para expresarse.

Ayudar al paciente a identificar sentimientos que impiden la capacidad de interactuar con los demás (p. ej., enfado, ansiedad, hostilidad o tristeza).

Apoyar los esfuerzos del paciente para interactuar con los demás de una manera positiva.

Preparar el final de la relación, cuando proceda.

Facilitar los intentos del paciente por analizar las experiencias de la relación terapéutica.

Disponer el reconocimiento de realizaciones durante la relación.

Relajación muscular progresiva

1460

Definición: Facilitar la tensión y relajación de grupos de músculos sucesivos mientras se atiende a las diferencias de sensibilidad resultantes.

Actividades:

Elegir un ambiente tranquilo y cómodo.

Disminuir la iluminación.

Tomar precauciones para evitar interrupciones.

Sentar al paciente en una silla reclinable o poner en situación cómoda.

Indicar al paciente que debe llevar prendas cómodas, no restrictivas.

Observar si hay lesiones ortopédicas de cuello o espalda a las que la hiperextensión de la columna superior añadiría molestias y complicaciones.

Observar si hay aumento de la presión intracraneal, fragilidad capilar, tendencia a la hemorragia, dificultades cardíacas agudas severas con hipertensión u otros estados en los que la tensión muscular podría producir mayor lesión psicológica y modificar la técnica, si procede.

Enseñar al paciente ejercicios de relajación de la mandíbula.

Hacer que el paciente tense, durante 5-10 segundos, cada uno de los 8-16 grupos musculares principales.

Tensar los músculos de los pies no más de 5 segundos para evitar calambres.

Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están tensos.

Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están relajados.

Realizar la comprobación periódica con el paciente para asegurarse de que el grupo de músculos está relajado.

Hacer que el paciente tense el grupo muscular otra vez, si no se experimenta la relajación.

Observar si hay indicios de no relajación, como movimientos, respiración intranquila, hablar y toser.

Ordenar al paciente que respire profundamente y expulse lentamente el aire y con ello la tensión.

Desarrollar una «conversación» de relajación personal que ayude al paciente a centrarse y sentirse cómodo.

Terminar la sesión de relajación de forma gradual.

Dar tiempo para que el paciente exprese sus sentimientos acerca de la intervención.

Animar al paciente a que practique entre las sesiones regulares con la enfermera.

Reposición de líquidos **4140**

Definición: Administración de los líquidos intravenosos prescritos de forma rápida.

Actividades:

Obtener y mantener un calibre grande i.v.

Colaborar con los médicos para asegurar la administración tanto de cristaloides (solución salina normal y Ringer lactato) como coloides (Hesban y Plasmanato), si procede.

Administrar líquidos i.v, según prescripción.

Obtener muestras de sangre para concordancia cruzada, si procede.

Administrar productos sanguíneos, según prescripción.

Monitorizar la respuesta hemodinámica.

Monitorizar el estado de oxigenación.

Observar si hay sobrecarga de líquidos.

Monitorizar la eliminación de los diversos líquidos corporales (orina, drenaje nasogástrico y tubo torácico).

Monitorizar los niveles de BUN, creatina, proteína total y albúmina.

Observar si hay edema pulmonar y espacio entre las sensaciones de sed.

Restablecimiento de la salud bucal

1730

Definición: Fomento de la curación de un paciente que tiene una lesión dental o de la mucosa bucal.

Actividades:

Extraer las dentaduras postizas en caso de estomatitis grave.

Utilizar un cepillo de dientes suave para la extracción de restos alimenticios.

Utilizar bastoncillos de limpieza dental o tapones de espuma desechables para estimular las encías y limpiar la cavidad bucal.

Fomentar el uso de hilo dental entre los dientes dos veces al día con hilo dental sin cera, si los niveles de la placa se encuentran por encima de 50.000 mm³.

Fomentar enjuagues frecuentes de la boca con cualquiera de las siguientes sustancias: solución de bicarbonato de sodio, solución salina normal o solución de peróxido de hidrógeno.

Desalentar del consumo de tabaco y alcohol.

Vigilar labios, lengua, membranas mucosas, fosas tonsilares y encías para determinar la humedad, color, textura, presencia de restos e infección, disponiendo para ello de una buena iluminación y una hoja para la lengua.

Determinar la percepción del paciente sobre sus cambios de gusto, deglución, calidad de la voz y comodidad.

Reforzar el régimen de higiene bucal como parte de la instrucción para el alta.

Aconsejar al paciente que evite los enjuagues bucales comerciales.

Aconsejar al paciente que informe inmediatamente al médico sobre cualquier signo de infección.

Observar si se producen efectos terapéuticos derivados de los anestésicos tópicos, pastas de protección bucal y analgésicos tópicos o sistémicos, si procede.

Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas y lo más a menudo que sea necesario.

Observar si hay sequedad de la mucosa bucal derivada de los cambios de postura del paciente.

Ayudar al paciente a seleccionar alimentos suaves, blandos y no ácidos.

Aumentar el cuidado bucal a una frecuencia de cada 2 horas y dos veces por la noche, si la estomatitis no estuviera controlada.

Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis.

Consultar con el médico si los signos y síntomas de glositis y estomatitis persisten o empeoran.

Planificar comidas de poca cantidad, frecuentes; seleccionar alimentos suaves, y servir los alimentos a temperatura ambiente o fríos.

Evitar el uso de limón-glicerina para limpiar la lesión.

Aumentar los líquidos en la bandeja de comidas.

Aplicar anestésicos tópicos, pastas de protección bucal o analgésicos sistémicos, si es preciso.

Restricción de zonas de movimiento

6420

Definición: Uso de la b'mitación menos restrictiva de la movilidad del paciente a una zona determinada para el control de su seguridad o de su comportamiento.

Actividades:

Establecer que se inicia la medida menos restrictiva (si se utilizó un nivel inferior, establecer que se consideró inefectivo antes de pasar al siguiente nivel de restricción).

Obtener la orden de un médico si es necesario por la selección de la medida basada en la política del centro y las agencias reguladoras, estatales y federales (p. ej., CMS, TJC).

identificar, para el paciente y los seres queridos, los comportamientos que dieron motivo a la intervención.

Explicar el procedimiento, propósito y duración de la intervención al paciente y los seres queridos en términos comprensibles y que no impliquen un castigo.

Identificar, para el paciente y los seres queridos, los comportamientos adecuados necesarios para terminar la intervención, y repetir si es necesario.

Restringir a la zona designada que sea adecuada.

Modular los estímulos sensoriales humanos y ambientales (p. ej., sesiones de visita, vistas, sonidos, luz, temperatura, etc.) en la zona designada, si es necesario.

Utilizar dispositivos y medidas de protección (p. ej., detectores de movimiento, alarmas, vallas, puertas, barandillas laterales, mitones, sillas cerradas, puertas con llave, trabas).

Proporcionar bienestar psicotógico al paciente, según se precise.

Disponer un nivel adecuado de supen'isión/vigilancia para controlar al paciente y permitir acciones terapéuticas, si es necesario.

Administrar medicamentos PRN, si procede (p. ej., ansiolíticos, antipsicóticos, sedantes).

Observar las respuestas del paciente a los procedimientos.

Proporcionar al paciente necesidades físicas y seguridad (p. ej., cardiovascular, respiratoria, neurológica, eliminación y nutrición e integridad de la piel), si procede.

Dar respuestas inmediatas sobre los comportamientos inadecuados que el paciente pueda controlar y que sirva de ayuda cuando sea necesario disponer intervenciones restrictivas continuadas.

Proporcionar recordatorios orales, si es necesario, para su permanencia en la zona designada.

Ayudar al paciente a modificar el comportamiento inadecuado, cuando sea posible.

Ofrecer actividades estructuradas dentro de la zona designada, si procede.

Facilitar un refuerzo positivo de la respuesta adecuada.

Monitorizar la necesidad de cambios (es decir, medir, continuar o interrumpir un nivel inferior/superior) en la medida restrictiva a intervalos regulares.

Involucrar al paciente, si procede, en la decisión de cambiar una medida restrictiva (es decir, medir, continuar o interrumpir un nivel inferior/superior).

Mantener una sesión informativa (que incluya conductas que llevan a las medidas y preocupaciones del paciente sobre la intervención) con el paciente y el personal una vez finalizada la intervención.

Documentar (p. ej., justificación de la medida restrictiva, estado físico y psicológico del paciente, cuidados de enfermería proporcionados y la justificación para terminar la intervención) en momentos adecuados de la asistencia según las necesidades de la política del centro, agencias reguladoras, estatales y/o federales.

Resucitación

6320

Definición: Administración de medidas de urgencia para mantener la vida.

Actividades:

Vigilar el nivel de consciencia/función sensorial/motora.

Utilizar la maniobra de inclinación de la cabeza o empuje de la mandíbula para mantener una vía aérea.

Limpiar las secreciones bucales, nasales y traqueales, si procede.

Administrar ventilación manual, si es preciso.

Realizar resucitación cardiopulmonar, si procede.

Ayudar con masajes de tórax abierto, si es el caso.

Llamar por «código» y obtener la ayuda necesaria.

Pedir asistencia médica.

Conectar a la persona a un monitor de ECG.

Poner en marcha una vía i.v. y administrar líquidos i.v., según se indique.

Disponer equipos en espera (y/o fármacos).

Colocar el monitor cardíaco/de apnea.

Comprobar que el equipo electrónico funciona correctamente.

Obtener electrocardiograma.

Evaluar los cambios en el dolor torácico.

Ayudar con la intubación endotraqueal.

Valorar los sonidos pulmonares después de la intubación para determinar la correcta posición del tubo endotraqueal.

Ayudar a realizar el examen radiográfico después de la intubación.

Solicitar cama en UCI y ventilador, si procede.

Disponer un transporte seguro.

Resucitación: fetal**6972**

Definición: Adopción de medidas de urgencia para mejorar la perfusión placentaria o corregir el estado ácido-base del feto.

Actividades:

Vigilar signos vitales por medio de palpación, auscultación o monitor electrónico fetal, si procede.

Observar si hay signos de frecuencia cardíaca fetal anormales (que despierten dudas), como bradicardia, taquicardia, falta de reactividad, desaceleraciones variables, desaceleraciones tardías, desaceleraciones prolongadas, aumento de variabilidad a largo y/o corto plazo y forma sinusoidal.

Explicar a la madre y a la persona de apoyo las medidas necesarias para mejorar la oxigenación fetal.

Disponer las precauciones universales.

Volver a colocar a la madre en posición lateral o en posición manos-y-rodillas.

Volver a evaluar la frecuencia cardíaca fetal.

Aplicar oxígeno, de 6 a 8 l, si la posición no resulta eficaz en la corrección del esquema anormal o dudoso de la frecuencia cardíaca fetal.

Canalizar una vía i.v., si procede.

Administrar bolo de líquido i.v., según orden médica o el protocolo.

Vigilar los signos vitales maternos.

Realizar examen vaginal con estimulación de cuero cabelludo fetal.

Informar a la matrona o al médico acerca de los resultados de las medidas de resucitación.

Anotar la interpretación de la tira de registro, las actividades realizadas, los resultados fetales y la respuesta materna.

Aplicar monitores internos una vez que se han roto las membranas amnióticas para obtener más información acerca de la respuesta de la frecuencia cardíaca fetal a la actividad uterina.

Dar seguridad y calmar a la madre y a la persona de apoyo.

Disminuir la actividad uterina interrumpiendo la infusión de oxitocina, por prescripción.

Administrar la medicación tocolítica prescrita para disminuir las contracciones.

Realizar amnioinfusión para ver si hay desaceleraciones variables o líquido amniótico tintado de meconio anormal (dudosos).

Dar la vuelta a la posición lateral izquierda para empujar durante la segunda etapa de los dolores del parto para mejorar la perfusión placentaria.

Inducir la disminución de los esfuerzos de empuje para ver si hay signos de frecuencia cardíaca fetal anormales (dudosos) que permitan restablecer la perfusión placentaria.

Consultar con el obstetra para obtener muestras de sangre fetal, si procede.

Anticiparse a las necesidades del tipo de parto o apoyo del recién nacido, en función de las respuestas fetales a las técnicas de resucitación.

Resucitación: neonato

6974

Definición: Adopción de medidas de urgencia para apoyar la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.

Actividades:

Preparar el equipo de resucitación antes del nacimiento.

Probar la bolsa de resucitación, aspiración y flujo de oxígeno para asegurar un funcionamiento correcto.

Colocar al recién nacido bajo el calentador radiante.

Insertar laringoscopio para visualizar la tráquea y succionar líquido tintado de meconio, si procede.

Íntubar con un tubo endotraqueal para extraer el meconio de la vía aérea inferior, si es el caso.

Volver a íntubar y aspirar hasta que el retomo esté libre de meconio.

Utilizar aspiración mecánica para extraer el meconio de las vías aéreas inferiores.

Secar con una manta precalentada para extraer el líquido amniótico, disminuir la pérdida de calor y proporcionar estimulación.

Colocar al recién nacido en posición de espaldas, con el cuello ligeramente extendido para abrir la vía aérea.

Colocar una manta enrollada debajo de los hombros para ayudar con la posición correcta, si procede.

Aspirar las secreciones de la nariz y de la boca con una jeringa.

Proporcionar estimulación táctil frotando la planta de los pies o acariciando la espalda del bebé.

Controlar las respiraciones.

Observar la frecuencia cardíaca,

Poner en marcha la ventilación de presión positiva si hay apnea o disnea,

Utilizar oxígeno al 100%, de 5 a 8 l, para llenar la bolsa de resucitación.

Ajustar la bolsa para que se llene correctamente.

Conseguir un ajuste hermético con una máscara que cubra la barbilla, la boca y la nariz.

Ventilar a una frecuencia de 40-60 respiraciones por minuto utilizando presiones de 20 a 40 cm de agua para las respiraciones iniciales y de 15 a 20 cm de agua para las presiones siguientes.

Auscultar para asegurar una ventilación adecuada.

Comprobar la frecuencia cardíaca después de 15-30 segundos de ventilación.

Ejercer compresión torácica con frecuencia cardíaca inferior < 60 latidos por minuto o > 80 latidos por minuto sin aumentos.

Comprimir el esternón de 12,7 a 19,05 cm en una relación de 3:1 para conseguir 90 compresiones y 30 respiraciones por minuto.

Comprobar la frecuencia cardíaca después de 30 segundos desde las compresiones.

Continuar con las compresiones hasta que la frecuencia cardíaca sea > 80 latidos por minuto.

Continuar con las ventilaciones hasta que comiencen las respiraciones espontáneas adecuadas y el color sea rosado.

Insertar tubo endotraqueal si se prolonga la ventilación o si la respuesta a la bolsa y la ventilación es pobre.

Auscultar los sonidos respiratorios bilaterales para confirmar la colocación del tubo endotraqueal

Observar si se eleva el tórax sin distensión gástrica para comprobar la colocación.

Fijar el tubo endotraqueal a la cara con esparadrapo.

Insertar un catéter orogástrico si la ventilación se administra durante más de 2 minutos.

Preparar los medicamentos, si es necesario (antagonistas de los narcóticos, adrenalina, expansores de volumen y bicarbonato sódico).

Administrar medicamentos según las órdenes médicas.

Registrar el tiempo, la secuencia y las respuestas del recién nacido a todos los pasos de la resucitación.

Informar a los padres de las actividades realizadas.

Ayudar con la transferencia o transporte del recién nacido, si procede.

Reunión multidisciplinar sobre cuidados

8020

Definición: Planificación y evaluación de los cuidados del paciente con profesionales de la salud de otras disciplinas.

Actividades:

Resumir los datos del estado de salud correspondientes a la planificación de cuidados del paciente.

Identificar los diagnósticos de cuidados actuales.

Explicar las Intervenciones de Enfermería que se han de poner en práctica.

Describir la respuesta del paciente y de la familia a las Intervenciones de Enfermería.

Buscar las bases de apoyo para la efectividad de las Intervenciones de Enfermería.

Debatir el progreso alcanzado en las metas establecidas.

Revisar el plan de cuidados del paciente, si procede.

Solicitar las bases de apoyo para la planificación de cuidados del paciente.

Establecer metas que agraden a las partes.

Analizar los planes de alta.

Comentar las recomendaciones, si es preciso.

Recomendar cambios al plan de tratamientos, si procede.

Aportar los datos que faciliten la valoración del plan de cuidados del paciente.

Aclarar las responsabilidades relacionadas con la puesta en práctica del plan de cuidados del paciente.

Revisión del carro de emergencias

7660

Definición: Revisión sistemática y mantenimiento del contenido del carro de emergencias seguir los intervalos de tiempo establecidos.

Actividades:

Garantizar la facilidad de la utilización del equipo y los suministros según el diseño adecuado del carro y la localización de los suministros durante la preparación inicial del carro y en todas las comprobaciones.

Comparar el equipo del carro con la lista del equipamiento establecido.

Localizar todo el equipo y los suministros designados en el carro.

Reemplazar los suministros y equipos que falten o estén caducados.

Asegurarse de que se guardan productos sin látex, cuando sea posible, según el protocolo del centro.

Asegurarse de que el equipo se encuentre en condiciones operativas (es decir, montar el laringoscopio y comprobar que la bombilla funciona), si está indicado.

Asegurarse de que el desfibrilador sigue conectado y se carga en los intervalos de utilización.

Comprobar el desfibrilador según la máquina y el protocolo del centro, incluida una prueba de descarga de joules de baja energía (< 200).

Limpiar el equipo, si es preciso.

Verificar la fecha de caducidad actual de todos los suministros y fármacos.

Registrar la comprobación del carro, según las normas del centro.

Reemplazar equipo, suministros y medicamentos a medida que se actualizan la tecnología y las pautas de actuación.

Asegurar la salvaguardia de los suministros del carro, del equipo y de la información del paciente según el protocolo del centro y los reglamentos legales (p. ej., HIPAA).

Instruir al nuevo personal de enfermería acerca de los procedimientos correctos de comprobación del carro.

Seguimiento de la política sanitaria

7970

Definición: Vigilancia e influencia de reglamentaciones, leyes y normas gubernamentales y de organizaciones que afecten a los sistemas y la práctica sanitaria para asegurar la calidad de los cuidados de los pacientes.

Actividades:

Analizar las políticas y normas propuestas en la bibliografía de organizaciones, profesionales y el gobierno y en los medios de comunicación.

Valorar las implicaciones y requisitos de las políticas y normas propuestas para la calidad de los cuidados del paciente.

Comparar los requisitos de las políticas y normas con la práctica actual.

Valorar los efectos negativos y positivos de las políticas y de las normas sanitarias sobre la asistencia, el paciente y los resultados de los costes.

Determinar y resolver las discrepancias que hay entre las políticas y normas sanitarias y la práctica de cuidados actual.

Informar a quienes realizan la política acerca de las implicaciones de las políticas y normas actuales y propuestas para el bienestar del paciente.

Presionar a quienes realizan la política para que consigan cambios en la política y las normas sanitarias en beneficio de los pacientes.

Participar en foros de organizaciones, profesiones y foros públicos para influir en la formulación de políticas y normas sanitarias que benefician al paciente.

Ayudar a los pacientes de cuidados sanitarios para que estén informados de los cambios de políticas y normas sanitarias actuales y propuestas, y de las implicaciones de los resultados sanitarios.

Seguimiento telefónico

8190

Definición: Dar los resultados de una prueba o de la evaluación de la respuesta del paciente y determinar posibles problemas por teléfono como resultado del tratamiento, exploración o prueba previa.

Actividades:

Determinar que realmente se está hablando con el paciente o, si ha)' alguien más, que tiene permiso para darle la información.

Identificarse con nombre, credenciales, organización; hacer saber al oyente que se está grabando la conversación (mediante un receptor de calidad).

Informar al paciente del proceso de la llamada y obtener su consentimiento.

Notificar al paciente los resultados de las pruebas, según esté indicado (resultados positivos con implicaciones importantes en la salud, como, por ejemplo, resultados de biopsias, no debería darlos la enfermera por teléfono).

Utilizar servicios intermediarios, como servicios de transmisión de lenguaje, TTY/TDD (teléfono con transmisión de texto para personas con la audición o el habla alteradas), o tecnologías nuevas de telecomunicación, como redes de ordenadores o *displays* visuales, según sea conveniente.

Ayudar con cambios de prescripciones, de acuerdo con las normas establecidas.

Hacer y responder preguntas.

Proporcionar información acerca de los recursos de la comunidad, programas educativos, grupos de apoyo y de autoayuda, según esté indicado.

Establecer una fecha y una hora para el seguimiento o una cita.

Proporcionar información acerca del régimen del tratamiento y de las responsabilidades resultantes de los autocuidados, según sea necesario, de acuerdo con la aplicación práctica y las normas establecidas.

Mantener la confidencialidad.

No dejar mensajes de seguimiento en contestadores automáticos o en buzones de voz, para asegurar la confidencialidad.

Documentar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información administrada al paciente de acuerdo con las normas especificadas.

Determinar cómo puede localizarse al paciente o a algún miembro de la familia para devolver la llamada, según convenga.

Documentar el permiso para devolver la llamada y las personas que la pueden recibir.

Sondaje gastrointestinal

loso

Definición: Inserción de una sonda en el tracto gastrointestinal.

Actividades:

Seleccionar el tipo y tamaño de la sonda nasogástrica que se ha de insertar, considerando el uso y razonamiento de la inserción.

Explicar al paciente y a la familia la razón de que se utilice una sonda gastrointestinal.

Insertar la sonda de acuerdo con el protocolo del centro.

Proporcionar un vaso de agua o cubitos de hielo al paciente para que trague durante la inserción, si procede.

Colocar al paciente en decúbito lateral derecho para facilitar el movimiento de la sonda en el duodeno, si es el caso.

Administrar medicación para aumentar el peristaltismo, si está indicado.

Comprobar la correcta colocación de la sonda observando si hay signos y síntomas de ubicación traqueal, comprobando el color y/o nivel de pH del aspirado, inspeccionando la cavidad bucal y/o verificando la colocación en una placa radiográfica, si corresponde.

Sonda je vesical 0580

Definición: Inserción de un catéter en la vejiga para el drenaje temporal o permanente de la orina.

Actividades:

Explicar el procedimiento y el fundamento de la intervención.

Reunir el equipo adecuado para la cateterización.

Mantener una técnica aséptica estricta.

Insertar el catéter urinario en la vejiga, si procede.

Utilizar el catéter de tamaño más pequeño, si procede.

Conectar el catéter urinario a la bolsa de drenaje de pie de cama o a la bolsa de pierna.

Fijar el catéter a la piel, si procede.

Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.

Controlar la ingesta y eliminación.

Realizar o enseñar al paciente la cateterización intermitente limpia, cuando corresponda.

Realizar la cateterización residual después de orinar, si es necesario.

Sondaje vesical: intermitente

0582

Definición: Uso periódico de forma regular de un catéter para vaciar la vejiga.

Actividades:

Realizar una valoración urinaria exhaustiva, centrándose en las causas de la incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación de orina, función cognoscitiva y problemas urinarios anteriores).

Enseñar al paciente/familia el propósito, suministros, método y fundamento de la cateterización intermitente.

Enseñar al paciente/familia la técnica de cateterización intermitente limpia.

Controlar periódicamente la técnica del personal que realiza la cateterización intermitente en situaciones de cuidados de día/escolares y registro, según la reglamentación estatal.

Determinar la disponibilidad y voluntad del niño a realizar la cateterización intermitente.

Enseñar al personal designado a vigilar y apoyar al niño que realiza la cateterización por sí mismo en la escuela.

Proporcionar una habitación privada tranquila para el procedimiento.

Habilitar una zona privada en la escuela para que el niño guarde los suministros de la cateterización en una bolsa escolar u otra maleta de transporte que sea aceptable para él.

Controlar periódicamente la realización de la cateterización por parte del niño y dar instrucciones y apoyo continuos, si es necesario.

Enseñar el procedimiento y que la persona haga una demostración, si procede.

Montar el equipo de cateterización correspondiente.

Utilizar técnica limpia o estéril para la cateterización.

Determinar el programa de cateterización según una evaluación urinaria exhaustiva.

Programar la frecuencia de la cateterización para mantener una producción de 300 cc o inferior en los adultos.

Mantener al paciente en terapia antibacteriana profiláctica durante 2 o 3 semanas al inicio de la cateterización intermitente, si procede.

Realizar un análisis de orina cada 2 semanas o 1 mes.

Establecer un programa de cateterización basado en las necesidades individuales.

Llevar un registro del programa de cateterización, ingesta de líquidos y producción.

Explicar al paciente/familia los signos y síntomas de infección del tracto urinario.

Controlar periódicamente el color, olor y claridad de la orina.

Succión no nutritiva

6900

***Definición:* Disponer oportunidades de succión al bebé.**

Actividades:

Seleccionar un chupete suave o un sustituto del chupete que cumpla con las normas requeridas para evitar la obstrucción de las vías aéreas.

Utilizar un chupete que haya sido lavado o esterilizado diariamente, en un solo paciente, y que no haya estado en contacto con superficies contaminantes.

Utilizar el chupete más grande y suave que el bebé pueda tolerar sobre su lengua.

Colocar al bebé de tal forma que la lengua caiga sobre la base de la boca.

Colocar el dedo pulgar y el índice en la mandíbula del bebé para apoyar el reflejo de succión, si fuera necesario.

Mover la lengua del bebé rítmicamente con el chupete, si fuera necesario, para fomentar la succión.

Acariciar suavemente la mejilla del bebé para estimular el reflejo de succión.

Proporcionar el chupete para fomentar la succión durante la alimentación por sonda y durante 5 minutos después de la alimentación por sonda.

Proporcionar el chupete para fomentar la succión al menos cada 4 horas para los bebés que reciban hiperalimentación a largo plazo.

Utilizar el chupete después de la alimentación si el bebé muestra necesidad de mamar.

Mecer y coger al bebé mientras succiona el chupete, cuando sea posible.

Poner música suave y adecuada.

Colocar al bebé de manera que se evite que pierda el chupete.

Informar a los padres de la importancia de satisfacer las necesidades de succión.

Animar a la madre a que dé el pecho para que permita la succión no nutritiva del pecho después de finalizar la toma.

Informar a los padres de las alternativas a la succión del pezón (pulgar, dedo del padre, chupete).

Instruir a los padres acerca del uso de la succión no nutritiva.

Sujeción física

6580

Definición: Aplicación, control y extracción de dispositivos de sujeción mecánica o manual utilizados para limitar la movilidad física del paciente.

Actividades:

Obtener orden médica, si así lo requieren las normas de la institución, para disponer una intervención de sujeción física o para disminuir su uso.

Proporcionar al paciente un ambiente privado, aunque adecuadamente supervisado, en situaciones en las que el sentido de dignidad del paciente pueda verse disminuido por el uso de sujeción física.

Asignar el personal suficiente para ayudar en la aplicación segura de los dispositivos de sujeción mecánicos o manuales.

Designar a un miembro del personal de cuidados para que dirija al personal y se comunique con el paciente durante la aplicación de la sujeción física.

Utilizar una sujeción adecuada cuando se sujete manualmente al paciente en situaciones de emergencia o durante el transporte.

Explicar al paciente y a los seres queridos las conductas que necesitan intervención.

Explicar el procedimiento, propósito y duración de la intervención al paciente y a los seres queridos en términos comprensibles y no punitivos.

Explicar al paciente y a los seres queridos las conductas necesarias para el cese de la intervención.

Vigilar la respuesta del paciente al procedimiento.

Evitar atar las sujeciones a las barandillas de la cama.

Fijar las sujeciones fuera del alcance del paciente.

Proporcionar un nivel adecuado de supervisión/vigilancia para vigilar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesario.

Proporcionar comodidad psicológica al paciente.

Disponer actividades recreativas (televisión, lecturas al paciente, visitas, teléfonos móviles) cuando corresponda para facilitar la cooperación del paciente con la intervención.

Administrar medicamentos PRN para la ansiedad o agitación.

Comprobar el estado de la piel en el sitio de sujeción.

Vigilar color, temperatura y sensibilidad frecuentemente de las extremidades sujetadas.

Permitir movimiento y ejercicio, de acuerdo con el nivel de autocontrol, estado y capacidad del paciente.

Colocar al paciente en una posición que facilite la comodidad y evite la aspiración y erosiones en la piel.

Permitir el movimiento de las extremidades en pacientes con múltiples sujeciones rotando la extracción/reaplicación de una sujeción cada vez (según lo permita la seguridad)

Ayudar con los cambios periódicos de posición corporal.

Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador no esté presente.

Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal.

Evaluar, a intervalos regulares, la necesidad del paciente de continuar con la intervención restrictiva.

Implicar al paciente en actividades que mejoren su fuerza, coordinación, juicio y orientación.

Implicar al paciente, cuando corresponda, en la toma de decisiones para pasar a una forma menos restrictiva de intervención.

Retirar gradualmente las sujeciones (una cada vez si las sujeciones son en cuatro puntos), a medida que aumente el autocontrol.

Vigilar la respuesta del paciente a la extracción de la sujeción.

Estudiar con el paciente y el personal, al cese de la intervención restrictiva, las circunstancias que condujeron a la aplicación de la intervención, así como cualquier inquietud del paciente acerca de la intervención misma.

Disponer el siguiente nivel adecuado de acción restrictiva (restricción de área o aislamiento), si es necesario.

Poner en práctica alternativas a la sujeción, como sentarse en una silla con una mesa sobre el regazo, cinturón de autoliberación, silla geriátrica sin mesa de bandeja o vigilancia estrecha, si procede.

Explicar a la familia los riesgos y beneficios de la sujeción y de la disminución de la sujeción.

Registrar el fundamento de la aplicación de la intervención de sujeción, la respuesta del paciente a la intervención, el estado físico del paciente, los cuidados proporcionados por la enfermera durante la intervención y las razones de su cese.

Supervisión del personal

7830

Definición: Facilitar la administración de cuidados de alta calidad al paciente por parte de otras personas.

Actividades:

- Crear un ambiente de trabajo que valide la importancia de cada empleado para la organización.
- Reconocer las áreas de dominio técnico del empleado.
- Seleccionar un estilo de gestión adecuado a la situación de trabajo y a las características del empleado.
- Fomentar las comunicaciones francas.
- Determinar las oportunidades de participación en la toma de decisiones.
- Proporcionar una descripción de) trabajo a todos los empleados nuevos.
- Proporcionar expectativas claras para la realización del trabajo.
- Compartir los métodos de evaluación utilizados con el empleado.
- Transmitir al equipo un sentido de propósito para el grupo de trabajo.
- Establecer metas para el personal, según proceda.
- Considerar el crecimiento del empleado en la asignación de tareas.
- Compartir información acerca de la organización y los planes futuros.
- Escuchar las inquietudes y sugerencias de los empleados.
- Proporcionar estímulos acerca de la realización del trabajo a intervalos regulares.
- Proporcionar dirección y ánimo.
- Reafirmar la realización buena/excelente de forma verbal.
- Dar reconocimiento a las conductas que apoyen los objetivos de la organización.
- Mantener una actitud de confianza en los demás.
- Buscar el consejo de los empleados, cuando corresponda.
- Utilizar redes informales para conseguir los objetivos.
- Proporcionar desafíos y oportunidades de crecimiento del empleado.
- Controlar la calidad de la realización de la tarea.
- Observar la calidad de las relaciones de los empleados con otros cuidadores sanitarios.
- Registrar las virtudes y debilidades del empleado.
- Asesorar, cuando corresponda.
- Facilitar las oportunidades del empleado de ser un «ganador».
- Buscar información sobre las inquietudes del empleado en cuanto al cuidado del paciente y al ambiente de trabajo.
- Buscar la respuesta del paciente acerca de los cuidados proporcionados.
- Animar al personal a resolver sus propios problemas.
- Iniciar acciones disciplinarias, si procede, siguiendo las normas y procedimientos.
- Asesorar al empleado acerca de la forma de mejorar su rendimiento, cuando resulte oportuno.
- Establecer espacios de tiempo para los cambios de conducta, si procede.
- Proporcionar formación continuada, si es necesario, para mejorar su rendimiento.
- Cumplimentar los formularios de evaluación a intervalos de tiempo adecuados.
- Discutir los resultados de la evaluación privadamente.

Supresión de la lactancia

6870

Definición: Facilitar el cese de producción de leche y minimizar la congestión de los pechos después de dar a luz.

Actividades:

Administrar por prescripción médica el fármaco para el cese de la lactación, si corresponde.

Vigilar la presión sanguínea durante la terapia de fármacos para suprimir la lactancia.

Vigilar la congestión y las molestias de los pechos.

Aplicar paquetes de hielo a la zona axilar de los pechos durante 20 minutos cuatro veces al día y en casa, bsi es necesario.

Informar a la paciente de la posible ingurgitación después del alta.

Administrar analgésicos, si es necesario.

Animar a la paciente a que lleve sujetador de soporte, de buena sujeción, hasta que se suprima la lactancia.

Aplicar vendajes compresivos en los pechos, si procede.

Aconsejar a la paciente que evite la estimulación de los pechos.

Informar a la paciente acerca del retorno precoz de la ovulación.

Instruir a la paciente acerca de medidas anticonceptivas adecuadas.

Supresión de las contracciones de parto**6860**

Definición: Control de las contracciones uterinas antes de la 37 semana de gestación para evitar un parto prematuro.

Actividades:

Revisar el historial para determinar los factores de riesgo comúnmente relacionados con el parto prematuro (embarazo múltiple, anomalías uterinas, historial previo de nacimientos prematuros, cambio cervical precoz e irritabilidad uterina).

Determinar la edad fetal en función del último período menstrual, sonogramas precoces, medición de la altura fúndica, fecha de inicio de movimientos del feto y fecha de tonos cardíacos fetales audibles.

Preguntar acerca de la aparición y duración de los síntomas de dolores prematuros.

Preguntar sobre las actividades precedentes a la aparición de los síntomas de dolores prematuros.

Determinar el estado de las membranas amnióticas.

Realizar una exploración cervical para comprobar dilatación, eliminación, ablandamiento y posición del cérvix uterino.

Palpar la posición, estado y presentación fetal.

Obtener una muestra para cultivos de orina y cérvix.

Registrar la actividad uterina mediante palpación, así como por medio de monitorización fetal electrónica.

Obtener el peso materno guía.

Colocar a la madre de forma lateral para mejorar la perfusión de la placenta.

Comentar el reposo y los límites de la actividad durante la fase aguda de la supresión de los dolores de parto.

Iniciar la hidratación oral o intravenosa.

Tomar nota de las contraindicaciones al uso de tocolíticos (corioamnionitis, preeclampsia, hemorragia, fallecimiento del feto o grave retardo de crecimiento intrauterino).

Iniciar la administración de tocolíticos subcutáneos o i.v., según orden del médico o protocolo, si la hidratación no disminuyera la actividad uterina.

Vigilar los signos vitales maternos, frecuencia cardíaca y actividad uterina cada 15 minutos durante el inicio de la tocólisis i.v.

Observar si se producen efectos secundarios de la terapia con tocolíticos, incluyendo la pérdida de reflejos de los tendones profundos si se administra sulfato de magnesio.

Enseñar al paciente y a la familia los efectos secundarios tocolíticos normales (temblores, jaqueca, palpitaciones, ansiedad, náuseas, vómitos, enrojecimiento y calores).

Disponer intervenciones para disminuir las molestias de los efectos secundarios normales (terapia de relajación, disminución de la ansiedad y contacto terapéutico).

Enseñar al paciente y a la familia los efectos secundarios tocolíticos anormales (dolor torácico, falta de aire, taquicardia o contracciones recurrentes) para que informen al médico.

Obtener ECG guía, si procede.

Vigilar ingesta y eliminación.

Realizar auscultación pulmonar

Comenzar la tocólisis oral o subcutánea, según orden médica, después de conseguir el reposo uterino.

Determinar el conocimiento del paciente y de la familia acerca del desarrollo fetal y el nacimiento prematuro, así como la motivación para prolongar el embarazo.

Implicar al paciente y a la familia en la planificación de los cuidados en casa.

Dar comienzo a la enseñanza de los cuidados en casa para el alta, incluyendo los regímenes de medicación, restricción de actividades, dieta e hidratación, abstinencia sexual y formas de evitar el estreñimiento.

Continúa

734 Supresión de las contracciones de parto (6860)

Actividades (Cont.):

Enseñar técnicas de contracción y palpación.

Proporcionar material escrito sobre la educación del paciente para la familia.

Establecer visitas para ayudar a la familia con los cuidados en casa del bebé, mantenimiento en casa y actividades recreativas, si procede.

Discutir los signos de los dolores de parto prematuros recurrentes y reforzar la necesidad de obtener cuidados inmediatos, si los síntomas recurren y continúan durante 1 hora.

Proporcionar instrucciones escritas de alta, incluyendo dirección explícita para la obtención de cuidados médicos.

Sutura

3620

***Definición:* Aproximación de los bordes de una herida mediante material de sutura estéril y una aguja.**

Actividades:

Identificar las alergias a anestésicos, esparadrapo, povidona yodada y/u otras soluciones tópicas.

Determinar el historial de formación de queloides, si procede.

Remitir las heridas profundas, faciales, articulares o potencialmente infectadas a un médico.

Inmovilizar al niño asustado o al adulto confundido, según proceda.

Afeitar el vello de las inmediaciones de la herida.

Limpiar la piel circundante con jabón y agua u otra solución antiséptica suave.

Utilizar una técnica estéril.

Administrar un anestésico tópico o inyectable a la zona, si procede.

Dar tiempo suficiente para que el anestésico haga efecto en la zona.

Seleccionar un material de sutura del calibre adecuado.

Determinar el método de sutura (continuo o interrumpido) más adecuado para la herida.

Colocar la aguja de forma que entre y salga de forma perpendicular a la superficie de la piel.

Colocar la aguja siguiendo la línea o curva de la misma aguja.

Ajusfar la sutura lo suficiente como para que no se doble la piel.

Fijar la línea de sutura con nudos ajustados.

Limpiar la zona antes de aplicar un antiséptico o vendaje.

Aplicar el vendaje, si procede.

Enseñar al paciente a cuidar la línea de sutura, incluyendo los signos y síntomas de infección.

Explicar al paciente cuándo deben quitarse las suturas.

Extraer las suturas, según se indique.

Programar la visita posterior, si procede.

Técnica de relajación

5880

Definición: Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta angustia aguda.

Actividades:

Coger y calmar al bebé o niño.

Mecer al bebé, si procede.

Hablar suavemente o cantar al bebé o niño.

Ofrecer tranquilidad al bebé, si procede.

Mantener contacto visual con el paciente.

Facilitar «tiempos muertos» en la habitación, si procede.

Mantener la calma de una manera deliberada.

Sentarse y hablar con el paciente.

Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente.

Facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva.

Acariciar la frente, si procede.

Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.

Identificar a los seres queridos cuya presencia pueda ayudar al paciente.

Reafirmar al paciente en su seguridad personal.

Permanecer con el paciente.

Utilizar la distracción, si procede.

Ofrecer líquidos o leche calientes.

Frotar la espalda, si procede.

Ofrecer un baño o ducha caliente.

Administrar medicamentos ansiolíticos, si fuera necesario.

Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.

Instruir al paciente sobre técnicas que han de utilizarse para calmar al bebé que llora (hablar al bebé, poner la mano en la tripita, liberar los brazos, levantarlo, sostenerlo y mecerlo).

Terapia artística

4330

Definición: Facilitación de la comunicación por medio de dibujos u otras formas de arte.

Actividades:

Proporcionar instrumentos de arte adecuados al nivel de desarrollo y metas de la terapia.

Facilitar un ambiente tranquilo libre de interrupciones.

Discutir la descripción de dibujos o creaciones artísticas con el paciente.

Proporcionar una superficie suave y plana para dibujar.

Estar un tiempo con el paciente durante el uso del medio artístico.

Observar el acercamiento del paciente al medio artístico (con dudas, meticuloso o agresivo).

Registrar los comentarios verbales del paciente durante la terapia artística.

Registrar las observaciones realizadas acerca del enfoque dado a la terapia artística.

Animar al paciente a que describa sus dibujos o creaciones artísticas.

Registrar la interpretación del paciente de dibujos o creaciones artísticas.

Discutir con el paciente el motivo a dibujar, dar un enfoque directo o indirecto, si procede.

Identificar los temas de los trabajos artísticos acumulados durante un período de tiempo dado.

Copiar los trabajos del paciente para guardarlos en ficheros, si es necesario y corresponde.

Utilizar dibujos de figuras humanas para determinar el concepto que tiene el paciente de sí mismo.

Utilizar dibujos familiares cinéticos para determinar los patrones de interacción familiar.

Utilizar dibujos para determinar los efectos de los sucesos estresantes (hospitalización, divorcio o abusos) sobre el paciente.

Comparar los trabajos artísticos con el nivel de desarrollo del paciente.

Interpretar el significado de los aspectos importantes de los dibujos, incorporando los datos de valoración del paciente y la literatura sobre terapia artística.

Evitar sacar conclusiones de los dibujos antes de disponer de un historial completo, dibujos guía, y una colección de dibujos realizada durante un período de tiempo dado.

Terapia asistida con animales

4320

***Definición:* Utilización intencionada de animales para conseguir afecto, atención, diversión y relajación.**

Actividades:

Determinar la aceptación de los animales por parte del paciente como agentes terapéuticos.

Determinar si existe alguna alergia a los animales.

Enseñar al paciente/familia el objeto de la presencia de animales en un ambiente de cuidados.

Hacer cumplir el patrón de exploración, entretenimiento y cuidados de los animales en el programa de terapia.

Hacer cumplir las normas de mantenimiento de salud de animales en programas de terapia.

Cumplir con las normas de los inspectores sanitarios respecto a la presencia de animales en una institución.

Desarrollar/tener un protocolo que exprese la respuesta adecuada ante un accidente o una lesión como resultado del contacto con los animales.

Disponer de animales para terapia con el paciente: perros, gatos, caballos, serpientes, tortugas, hamsters y aves.

Evitar las visitas con animales en pacientes impredecibles o violentos.

Observar estrechamente las visitas con animales en pacientes con condiciones especiales (heridas abiertas, piel delicada, múltiples vías i.v. u otros equipos).

Facilitar al paciente el cuidado y contacto con los animales de la terapia.

Animar la repetición de caricias al animal de la terapia.

Facilitar la observación de los animales de la terapia por parte del paciente.

Fomentar la expresión de emociones del paciente hacia los animales.

Disponer ejercicios del paciente con los animales de la terapia, si procede.

Animar al paciente a que juegue con los animales de la terapia.

Animar al paciente a que alimente/cuide a los animales.

Hacer que el paciente o las otras personas que acaricien o estén en contacto con un animal se laven las manos.

Dejar recordar y compartir experiencias anteriores con animales domésticos/otros animales.

Terapia con el entorno

4390

Definición: Utilización de personas, recursos y sucesos del ambiente inmediatos al paciente para promover un funcionamiento psicosocial óptimo.

Actividades:

Identificar los factores ambientales que contribuyan a la conducta del paciente.

Considerar las necesidades de los demás, aparte de las necesidades de la persona en particular.

Disponer los recursos necesarios para los autocuidados.

Potenciar la normalidad del ambiente mediante el uso de relojes, calendarios, barandillas, muebles, etc.

Facilitar una comunicación abierta entre el paciente, los cuidadores y demás personal sanitario.

Incluir al paciente en las decisiones acerca de sus propios cuidados.

Escribir las expectativas y acuerdos de conducta para referencia del paciente y los demás, cuando proceda.

Disponer cuidados de enfermería de uno-en-uno, si procede.

Apoyar las actividades grupales formales e informales para fomentar compartir, la cooperación, el compromiso y el liderazgo.

Examinar las propias actitudes sobre cuestiones relacionadas con los derechos del paciente, autodeterminación, control social y desviación.

Asegurar la presencia y supervisión del personal.

Minimizar las restricciones que disminuyan la intimidad y el autocontrol (autonomía).

Favorecer el uso de la propiedad personal.

Minimizar en lo posible el uso de puertas cerradas, medicamentos y regulación estricta de la actividad o propiedad.

Proporcionar un teléfono para hablar en un espacio privado.

Proporcionar zonas atractivamente amuebladas para las conversaciones privadas con otros pacientes, familia y amigos.

Facilitar libros, revistas y materiales sobre arte y manualidades de acuerdo con las necesidades recreativas, culturales y antecedentes educativos del paciente.

Vigilar la conducta individual que pueda interrumpir o perjudicar el bienestar global de los demás.

Limitar el número de pacientes psicóticos sin medicar en todo momento mediante el control de admisión y variando la duración de los ensayos libres de medicación, si procede.

Terapia con juegos

4430

Definición: Utilización intencionada de juguetes u otros equipos para ayudar al paciente a comunicar su percepción del mundo y ayudarle en su interacción con el ambiente.

Actividades:

Disponer un ambiente tranquilo que esté libre de interrupciones.

Dar el tiempo suficiente para permitir un juego efectivo.

Estructurar la sesión de juegos para facilitar el resultado deseado.

Comunicar el objeto de la sesión de juegos.

Discutir las actividades de juegos con la familia.

Establecer límites a la sesión de juegos terapéuticos.

Proporcionar un equipo de juegos seguro.

Proporcionar un equipo de juegos de desarrollo adecuado.

Proporcionar un equipo que estimule juegos creativos, expresivos.

Proporcionar un equipo que estimule el juego de roles.

Proporcionar equipo hospitalario real o simulado para fomentar la expresión de conocimientos y sentimientos acerca de la hospitalización, tratamiento o enfermedad.

Supervisar las sesiones de la terapia de juegos.

Permitir que el paciente manipule el equipo de juegos.

Animar al paciente a que comparta sentimientos, conocimientos y percepciones.

Validar los sentimientos del paciente expresados durante la sesión de juegos.

Comunicar la aceptación de sentimientos, tanto positivos como negativos, expresados por medio del juego.

Observar el uso por parte del paciente del equipo de juegos.

Controlar las reacciones y el nivel de ansiedad del niño durante la sesión de juegos.

Determinar los falsos conceptos del paciente a través de comentarios realizados durante las sesiones de juego de roles hospitalarias.

Continuar con las sesiones de juegos regularmente para establecer confianza y disminuir el miedo debido al equipo o los tratamientos no familiares, si procede.

Registrar las observaciones realizadas durante la sesión de juegos.

Terapia con sanguijuelas

3460

Definición: Aplicación de sanguijuelas medicinales que ayuden a drenar tejido replantado o trasplantado congestionado con sangre venosa.

Actividades:

Utilizar sanguijuelas sólo si el paciente tiene un aporte de sangre arterial intacto para evitar infecciones por la bacteria endosimbiótica presente en el estómago de la sanguijuela.

Enseñar al paciente que las glándulas salivales de la sanguijuela segregan un anestésico local que ayuda a enmascarar la sensación de picadura.

Indicar al paciente que no será necesario un anestésico local en el tejido replantado puesto que los nervios están recién reanastomosados.

Indicar al paciente que las sanguijuelas segregan hirudina, un anticoagulante, por lo que el sitio rezumará hasta 50 ml de sangre durante 24 o 48 horas después de la extracción.

Asegurar al paciente que la terapia con sanguijuelas es un tratamiento médico aceptado.

Disponer las precauciones universales.

Utilizar una sanguijuela para cada paciente con el fin de evitar la transmisión de infecciones de un paciente a otro.

Limpiar el lóbulo o dedo con agua estéril y secarlo con una ropa estéril.

Ordenar al paciente que no toque la sanguijuela ni la quite manualmente una vez aplicada.

Rodear el sitio con toallas y/o gasas para evitar la migración de la sanguijuela.

Potenciar el interés de la sanguijuela en adherirse poniendo una gota del 5% de dextrosa y agua en el sitio.

Aplicar suavemente la sanguijuela en el sitio con fórceps.

Asegurar que los extremos anterior y posterior de la sanguijuela están sujetos a la zona afectada.

Monitorear de forma continua a la sanguijuela hasta que esté totalmente distendida (de 10 a 15 minutos después de pegarse) y se despegue del paciente.

Extraer las sanguijuelas que no se despegan frotando suavemente con una compresa de alcohol.

Refrigerar las sanguijuelas en un contenedor lleno de una solución con sal (agua de fuente o destilada) cubierto con red.

Manipular a las sanguijuelas con cuidado después de alimentarse para evitar la regurgitación del contenido estomacal.

Colocar las sanguijuelas en un contenedor pequeño con alcohol para su incineración.

Limpiar la zona tratada cada 1-2 horas con una solución al 50% de agua oxigenada y agua estéril para impedir el drenaje del flujo sanguíneo endurecido y estrechado.

Administrar antibióticos, si procede, para evitar la infección iatrogénica por *A. hydrophilia*.

Controlar la hemoglobina y el hematocrito como mínimo una vez al día, si procede.

Documentar la respuesta del paciente al tratamiento.

Terapia de actividad

4310

Definición: Prescripción de y asistencia en actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo (o grupo).

Actividades:

Colaborar con los terapeutas ocupacionales, físicos y/o recreacionales en la planificación y control de un programa de actividades, si procede.

Determinar el compromiso del paciente con el aumento de la frecuencia y/o gama de actividades.

Ayudar a explorar el significado personal de la actividad corriente (p. ej., trabajo) y/o actividades de pasatiempo favoritas.

Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.

Ayudarle a centrarse en lo que el paciente puede hacer, más que en los déficit.

Ayudar a identificar y obtener los recursos necesarios para la actividad deseada.

Ayudar a obtener el transporte para las actividades, si procede.

Ayudar al paciente a identificar sus preferencias en cuanto a actividades.

Ayudar al paciente a identificar las actividades significativas.

Ayudarle a programar períodos específicos de actividad de diversión en la rutina diaria.

Ayudar al paciente y/o a la familia a identificar déficit de nivel de actividad.

Enseñar al paciente y/o a la familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud.

Enseñar al paciente y/o a la familia a realizar la actividad deseada o prescrita.

Ayudar al paciente y/o a la familia a adaptar el entorno para acomodarlo a las actividades deseadas.

Determinar actividades que aumenten la atención en consulta con la terapia ocupacional.

Facilitar la sustitución de actividades cuando el paciente tenga limitaciones de tiempo, energía o movimiento.

Remitir a centros comunitarios o programas de actividad.

Ayudar en las actividades físicas regulares (p. ej., deambulación, transferencias, giros y cuidado personal), si es necesario.

Disponer actividades motoras amplias para los pacientes hiperactivos.

Disponer un ambiente seguro para el movimiento continuo de músculos grandes, si está indicado.

Disponer una actividad motora que alivie la tensión muscular.

Disponer juegos de grupo no competitivos, estructurados y activos.

Fomentar el compromiso en actividades recreativas y de diversión que tengan por objeto disminuir la ansiedad: cantar en grupos, voleibol, tenis de mesa, natación, tareas sencillas concretas, juegos simples, tareas rutinarias, quehaceres domésticos, arreglo personal, puzzles y cartas.

Disponer un refuerzo positivo en la participación de actividades.

Ayudar al paciente a desarrollar la automotivación y la seguridad.

Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad.

Ayudar al paciente/familia a monitorizar el propio progreso en la consecución de objetivos.

Terapia de deglución

1860

Definición: Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de una deglución defectuosa.

Actividades:

Colaborar con los miembros del equipo de cuidados (terapeuta ocupacional, fonoiatra y dietista) para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente.

Determinar la capacidad del paciente para centrar su atención en el aprendizaje/realización de las tareas de ingesta y deglución.

Retirar los factores de distracción del ambiente antes de trabajar con el paciente en la deglución.

Disponer intimidad para el paciente, según se desee o se indique.

Colocarse de forma tal que el paciente pueda ver y oír al cuidador.

Explicar el fundamento del régimen de deglución al paciente/familia.

Colaborar con el fonoiatra para enseñar a la familia del paciente el régimen de ejercicios de deglución.

Proporcionar/usar dispositivos de ayuda, si se precisa.

Evitar el uso de pajas para beber.

Ayudar al paciente a sentarse en una posición erecta (lo más cerca posible de los 90°) para la alimentación/ejercicio.

Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia adelante, en preparación para la deglución («barbilla metida»).

Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer.

Enseñar al paciente que abra y cierre la boca en preparación para la manipulación de la comida.

Enseñar al paciente a no hablar mientras come, si procede.

Guiar al paciente en la fonación «ah» para favorecer la elevación del paladar blando, si corresponde.

Proporcionar un chupachús al paciente para que succione y así fomentar la fortaleza de la lengua, si no existe contraindicación.

Ayudar al paciente hemipléjico a sentarse con el brazo afectado hacia adelante sobre la mesa.

Ayudar al paciente a colocar la comida en la parte posterior de la boca y en el lado no afectado.

Observar si hay signos y/o síntomas de aspiración.

Vigilar los movimientos de la lengua del paciente mientras come.

Observar el sellado de los labios al comer, beber y tragar.

Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y tragar.

Proporcionar un período de descanso antes de comer/hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva.

Comprobar la boca para ver si hay restos de comida después de comer.

Enseñar al paciente a alcanzar partículas de comida en los labios o la barbilla con la lengua.

Ayudar a los padres a sacar las partículas de comida de los labios y de la barbilla cuando no se pueden alcanzar con la lengua.

Enseñar a la familia/cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.

Enseñar a la familia/cuidador las necesidades nutricionales en colaboración con el dietista y las modificaciones dietéticas.

Enseñar a la familia/cuidador las medidas de emergencia para los ahogos.

Enseñar a la familia/cuidador a comprobar si han quedado restos de comida después de comer.

Continúa

744 Terapia de deglución (1860)

Actividades *(Cont):*

Proporcionar instrucciones escritas, si procede.

Proporcionar un esquema de las sesiones de práctica a la familia/cuidador, según sea necesario,

Proporcionar/comprobar la consistencia de los alimentos/líquidos en función de los hallazgos del estudio de deglución.

Realizar consulta con el terapeuta y/o médico para avanzar de forma gradual en la consistencia de la comida del paciente.

Ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuada.

Controlar el peso corporal.

Vigilar la hidratación corporal (ingesta, salida, turgencia de la piel y membranas mucosas).

Proporcionar cuidados bucales, si es necesario.

Terapia de diálisis peritoneal

2150

Definición: Monitorización y cuidados en la diálisis peritoneal dentro y fuera de la cavidad peritoneal.

Actividades:

Explicar el procedimiento y propósito de la diálisis peritoneal seleccionada.

Calentar el líquido de la diálisis antes de la instilación.

Valorar la permeabilidad del catéter, anotando la dificultad del flujo de entrada/salida.

Llevar un registro de los volúmenes de flujo de entrada/salida y del equilibrio de líquido individual/acumulado.

Invitar al paciente a vaciar la vejiga antes de la inserción del catéter peritoneal

Evitar el exceso de tensión mecánica sobre los catéteres de diálisis peritoneal (p. ej., toser, cambio de apósito, infusión de grandes cantidades).

Controlar la presión sanguínea, el pulso, las respiraciones, la temperatura y la respuesta del paciente durante la diálisis.

Asegurar una manipulación aséptica del catéter peritoneal y de las conexiones.

Extraer muestras para el laboratorio y analizar la bioquímica sanguínea (nitrógeno de urea en sangre, creatinina en suero y niveles de Na, K y P O₂ en suero).

Obtener cultivos para el recuento de células del flujo de salida peritoneal, si se indica.

Registrar los signos vitales guía: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión sanguínea.

Medir y registrar las dimensiones abdominales.

Medir y registrar el peso diariamente.

Fijar las conexiones y el tubo firmemente.

Comprobar el equipo y las soluciones de acuerdo con el protocolo de la institución.

Realizar cambios de diálisis (flujo de entrada, parada momentánea y flujo de salida), según protocolo del centro.

Observar si hay signos de infección (peritonitis e inflamación/drenaje del sitio de salida).

Observar si hay signos de distrés respiratorio.

Observar si se produce perforación intestinal o fuga de líquidos.

Trabajar en colaboración con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones dietéticas y necesidades en cuanto a dolor o distracción para conseguir un mayor beneficio del tratamiento.

Enseñar al paciente a observar él mismo los signos y síntomas que indiquen la necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, distrés respiratorio, pulso irregular, flujo de salida turbio y dolor abdominal).

Enseñar el procedimiento al paciente que requiera diálisis en casa.

Terapia de ejercicios: ambulación

0221

Definición: Estímulo y asistencia en la deambulación para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.

Actividades:

Vestir al paciente con prendas cómodas.

Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.

Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno.

Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance del paciente.

Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.

Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes posturales.

Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación, si es preciso.

Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde.

Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado.

Utilizar cinturón para caminar con el fin de ayudar en el traslado y la deambulación, si resulta apropiado.

Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.

Colocar tarjetas con instrucciones en la cabecera de la cama para facilitar el aprendizaje acerca de los traslados.

Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulación si el paciente no camina bien.

Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario.

Instruir al paciente/cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulación seguras.

Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.

Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal.

Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia realistas con la deambulación.

Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.

Animar al paciente a que esté «levantado por su propia voluntad», si procede.

Terapia de ejercicios: control muscular

0226

***Definición:* Utilización de protocolos de actividad o ejercicios específicos para mejorar o restablecer el movimiento controlado del cuerpo.**

Actividades:

Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.

Colaborar con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y de recreación en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios, si procede.

Consultar al fisioterapeuta para determinar la posición óptima del paciente durante el ejercicio y el número de veces que debe realizar cada movimiento.

Evaluar las funciones sensoriales (visión, audición y propiocepción).

Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y el protocolo al paciente/familia.

Disponer privacidad para el paciente durante el ejercicio, si lo desea.

Ajustar la iluminación, la temperatura ambiente y el nivel de ruido, y así mejorar la capacidad de concentración del paciente en la actividad de ejercicios.

Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios.

Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio/actividad.

Vestir al paciente con prendas cómodas.

Ayudar a mantener la estabilidad del tronco y/o articulación proximal durante la actividad motora.

Aplicar tablillas para conseguir la estabilidad de las articulaciones proximales implicadas en las habilidades motoras finas, según prescripción.

Volver a evaluar la necesidad de dispositivos de ayuda a intervalos regulares en colaboración con el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional o de recreación.

Ayudar al paciente a colocarse en las posiciones sedente/anatómica para el protocolo de ejercicios, si procede.

Reforzar las instrucciones dadas al paciente respecto a la forma correcta de realizar los ejercicios para minimizar la aparición de lesiones y maximizar su eficacia.

Determinar la imagen corporal exacta.

Reorientar al paciente en cuanto a la conciencia de su cuerpo.

Reorientar al paciente sobre las funciones de movimiento del cuerpo.

Enseñar al paciente a explorar visualmente el lado afectado del cuerpo al realizar las actividades de la vida diaria o los ejercicios, si está indicado.

Proporcionar instrucciones paso a paso para cada actividad motora durante el ejercicio o actividades de la vida diaria.

Enseñar al paciente a «recitar» cada movimiento mientras lo realiza.

Utilizar dispositivos de ayuda visual para facilitar la enseñanza de los movimientos del ejercicio o de la actividad de la vida diaria, si procede.

Proporcionar un ambiente relajado al paciente después de cada período de ejercicios.

Ayudar al paciente a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad.

Ayudar al paciente a formular objetivos realistas, mensurables.

Practicar actividades motoras que requieran atención y utilizar los dos costados del cuerpo.

Incorporar actividades de la vida diaria en el protocolo de ejercicios, si corresponde.

Animar al paciente a practicar ejercicios de forma independiente, si está indicado.

Continúa

748 Terapia de ejercicios: control muscular (0226)

Actividades (Cont.):

Ayudar o animar al paciente a que practique actividades de precalentamiento y relajamiento antes y después del protocolo de ejercicios.

Utilizar estímulos táctiles (y/o golpecitos con los dedos) para minimizar el espasmo muscular.

Ayudar al paciente a preparar y registrar un gráfico/hoja con los progresos conseguidos para motivar el seguimiento del protocolo de ejercicios.

Vigilar la respuesta emocional, cardiovascular y funcional del paciente al protocolo de ejercicios.

Observar los ejercicios realizados por el paciente para su correcta ejecución.

Evaluar el progreso del paciente en la mejora/restablecimiento del movimiento y la función corporal.

Proporcionar un apoyo positivo a los esfuerzos del paciente en la actividad física y en los ejercicios.

Colaborar con los cuidadores a domicilio respecto al protocolo de ejercicios y las actividades de la vida diaria.

Ayudar al paciente/cuidador a realizar las revisiones prescritas en el plan de ejercicios en casa, si está indicado.

Terapia de ejercicios: equilibrio

0222

Definición: Utilización de actividades, posturas y movimientos específicos para mantener, potenciar o restablecer el equilibrio.

Actividades:

Determinar la capacidad del paciente para participar en actividades que requieran equilibrio.

Colaborar con los terapeutas ocupacionales en los apartados físico, de reeducación y de recreación, y realizar un programa de ejercicios, si procede.

Evaluar las funciones sensoriales (visión, oído y propiocepción).

Proporcionar la oportunidad de discutir sobre los factores que influyen en el miedo a caerse.

Facilitar un ambiente seguro para la práctica de los ejercicios.

Instruir al paciente sobre la importancia de la terapia de ejercicios en el mantenimiento y la mejora del equilibrio.

Animar a realizar programas de ejercicios de baja intensidad con oportunidades para compartir sentimientos.

Instruir al paciente sobre ejercicios de equilibrio, como ponerse en pie con una pierna, inclinarse adelante, estirarse y resistencia, si procede.

Ayudar con programas de estiramiento de tobillos y caminar.

Proporcionar información sobre terapias alternativas, como yoga y Tai Chi.

Adaptar el ambiente para facilitar la concentración.

Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón, barra de andar, almohadas o colchones de ejercicios) como apoyo del paciente al realizar los ejercicios.

Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, mensurables.

Reforzar o proporcionar instrucción sobre la posición y la realización de los movimientos para mantener o mejorar el equilibrio durante los ejercicios o actividades de la vida diaria.

Ayudar al paciente a participar en los ejercicios de extensión en posición de decúbito supino, sedestación o bipedestación.

Ayudar al paciente a moverse hasta la posición de sentado, estabilizar el tronco con los brazos colocados al lado de la cama/silla, y balancear el tronco apoyándose en los brazos.

Ayudarle a ponerse de pie (o sentarse) y balancear el cuerpo de lado a lado para estimular los mecanismos del equilibrio.

Animar al paciente a mantener una base de apoyo amplia, si fuera necesario.

Ayudar al paciente en la práctica de estar de pie con los ojos cerrados durante cortos períodos de tiempo a intervalos regulares para estimular la propiocepción.

Vigilar la respuesta del paciente a los ejercicios de equilibrio.

Realizar una evaluación del domicilio para identificar peligros ambientales y conductuales si procede.

Proporcionar medidas para el equilibrio, el ejercicio o programas de educación sobre caídas.

Remitir a la terapia física y/u ocupacional para los ejercicios de entrenamiento de habituación vestibular

1.ª edición 1992; 5.ª edición revisada 2008

Continúa

Terapia de ejercicios: movilidad articular

0224

***Definición:* Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.**

Actividades:

Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función.

Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de mi programa de ejercicios.

Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular.

Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones.

Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad.

Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.

Vestir al paciente con prendas cómodas.

Proteger al paciente de traumas durante el ejercicio.

Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo/activo.

Fomentar la realización de ejercicios de arco de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado.

Realizar ejercicios pasivos o asistidos, si está indicado.

Enseñar al paciente/familia a realizar de forma sistemática los ejercicios de arco de movimiento pasivos o activos.

Proporcionar al alta instrucciones escritas sobre los ejercicios.

Ayudar al paciente a desarrollar un programa de ejercicios activos de arco de movimiento.

Animarle a visualizar el movimiento corporal antes de comenzar el movimiento.

Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, en la resistencia y en la movilidad articular.

Fomentar sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.

Fomentar la deambulación, si resulta oportuno.

Determinar el progreso hacia la meta fijada.

Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones.

Terapia de entretenimiento

5360

Definición: Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales.

Actividades:

Ayudar al paciente/familia a identificar los déficits de movilidad.

Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas.

Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas.

Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas.

Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.

Ayudar a obtener los recursos necesarios para la actividad recreativa.

Ayudar al paciente a identificar las actividades recreativas que tengan sentido.

Explicar los beneficios de la estimulación para una variedad de modalidades sensoriales.

Proporcionar un equipo recreativo seguro.

Tomar en cuenta las precauciones de seguridad.

Supervisar las sesiones recreativas, según cada caso.

Establecer nuevas actividades recreativas adecuadas a la edad y la capacidad del paciente, como elaborar cerveza de tubérculos o visitar un criadero de caballos.

Disponer actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad (cartas, puzzles).

Ayudar en la obtención de transporte para las actividades recreativas.

Proporcionar una afirmación positiva a la participación en las actividades.

Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional.

Terapia de grupo

5450

Definición: Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo, incluyendo la utilización de interacciones entre los miembros del grupo.

Actividades:

Determinar el propósito del grupo (mantenimiento de pruebas de la realidad, facilitar la comunicación, examen de las habilidades personales y apoyo) y la naturaleza del proceso grupal!

Formar un grupo de tamaño óptimo: de 5 a 12 miembros.

Elegir los miembros del grupo que estén dispuestos a participar activamente y hacerse responsables de sus propios problemas.

Determinar si el nivel de motivación es lo suficientemente alto como para beneficiarse de la terapia grupal!

Utilizar un colider, si procede.

Tratar la cuestión de la asistencia obligatoria.

Valorar la posibilidad de admitir nuevos miembros en cualquier momento.

Establecer la hora y lugar de las reuniones del grupo.

Reunirse en sesiones de 1 a 2 horas, si resulta oportuno.

Comenzar y terminar a la hora y esperar que los participantes permanezcan hasta la conclusión.

Disponer las sillas en círculo, cerca unas de otras.

Llevar al grupo a la etapa de trabajo lo más rápidamente posible.

Ayudar al grupo a establecer normas terapéuticas.

Ayudar al grupo a trabajar en la resistencia a los cambios.

Dar al grupo un sentido de dirección que le posibilite identificar y resolver cada paso del desarrollo.

Utilizar la técnica de «iluminación del proceso» para fomentar la exploración del significado importante del mensaje.

Fomentar la apertura de sí mismo de los miembros y la discusión del pasado sólo si se relaciona con el funcionamiento y los objetivos del grupo.

Utilizar la técnica de «activación de aquí y ahora» para trasladar el foco de lo genérico a lo personal, de lo abstracto a lo concreto.

Animar a los miembros a compartir cosas que tengan en común unos con otros.

Animar a los miembros a que compartan su ira, tristeza, humor, falta de confianza y demás sentimientos propios con otros.

Ayudar a los miembros en el proceso de exploración y aceptación de cualquier enfado que se sienta hacia el líder del grupo y hacia los demás.

Confrontar las conductas que amenacen la cohesión del grupo (cansancio, ausencias, socialización exgrupal, formación de subgrupos y chivos expiatorios).

Proporcionar refuerzo social (verbal y no verbal) para conseguir las conductas/respuestas deseadas.

Proporcionar ejercicios de grupo estructurados, si procede, para favorecer la función y conciencia grupal!

Utilizar el juego de roles y de resolución de problemas, si procede.

Ayudar a los miembros a darse afirmación unos a otros de forma que puedan desarrollar la conciencia de sus propias conductas.

Incorporar sesiones de liderazgo cuando corresponda a los objetivos y funcionamiento del grupo.

Concluir la sesión con un resumen de los debates.

Reunirse individualmente con el miembro del grupo que desea abandonarlo precozmente para examinar el fundamento de esta acción.

Continúa

754 Terapia de grupo (5450)

Actividades (Cont):

Ayudar a los miembros a abandonar el grupo, si corresponde.

Ayudar al grupo a revisar el historial pasado y la relación de un miembro con el grupo cuando alguien abandone.

Reclutar nuevos miembros, si procede, para mantener la integridad del grupo.

Disponer una sesión de orientación individualizada para cada nuevo miembro del grupo
antes de la primera sesión grupal.

Terapia de hemodiálisis

2100

Definición: Actuación ante el paso extracorporal de la sangre del paciente a través de un dializador.

Actividades:

Extraer una muestra de sangre para realizar un análisis bioquímico (nitrógeno de urea en sangre, creatinina en suero, niveles de Na, K y P O₂ en suero) antes del tratamiento.

Registrar los signos vitales de referencia: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión sanguínea.

Explicar el procedimiento de la hemodiálisis y su objeto.

Comprobar el equipo y las soluciones, según el protocolo.

Utilizar una técnica estéril para iniciar la hemodiálisis y para la inserción de la aguja y las conexiones de los catéteres.

Utilizar guantes, protección ocular y vestimenta que evite el contacto directo con la sangre.

Iniciar la hemodiálisis de acuerdo con el protocolo.

Fijar las conexiones y los tubos firmemente.

Comprobar los monitores del sistema (frecuencia del flujo, presión, temperatura, nivel de pH, conductividad, coágulos, detector de aire, presión negativa para la ultrafiltración y sensor sanguíneo) para garantizar la seguridad del paciente.

Vigilar la presión sanguínea, el pulso, las respiraciones, la temperatura y la respuesta del paciente durante la diálisis.

Administrar heparina, según el protocolo.

Controlar los tiempos de coagulación y ajustar la administración de heparina adecuadamente, según proceda.

Ajustar las presiones de filtración para extraer una cantidad adecuada de líquido.

Poner en práctica el protocolo correspondiente si baja la tensión del paciente.

Suspender la hemodiálisis según el protocolo.

Comparar los signos vitales y la bioquímica sanguínea posteriores a la diálisis con los valores anteriores a la misma.

Evitar tomar la presión sanguínea o realizar pinchazos intravenosos en los brazos que poseen una fístula.

Proporcionar los cuidados del catéter o la fístula, según el protocolo.

Colaborar con el paciente para ajustar las regulaciones de la dieta, limitaciones de líquidos y medicamentos para regular los cambios de líquidos y electrolitos entre los tratamientos.

Enseñar al paciente a observar por sí mismo los signos y síntomas que indiquen necesidad de tratamiento médico (fiebre, hemorragia, fístula coagulada, tromboflebitis y pulso irregular).

Colaborar con el paciente para aliviar las molestias de los efectos secundarios derivados de la enfermedad y del tratamiento (calambres, fatiga, jaquecas, picores, anemia, desmineralización ósea, cambios de imagen corporal e interrupción de roles).

Colaborar con el paciente para ajustar la duración de la diálisis, las regulaciones de dieta y las necesidades acerca del dolor y las distracciones para conseguir resultados óptimos en el tratamiento.

Terapia de hemofiltración

2110

Definición: Limpiar la sangre de un paciente gravemente enfermo a través de un hemofiltro controlado mediante la presión hidrostática del paciente-

Actividades:

Determinar la línea base de los signos vitales y el peso.

Extraer muestras de sangre y analizar los valores químicos sanguíneos (p. ej., niveles de nitrógeno de urea en sangre, creatinina en suero, Na en suero, Ca, K y P O.) antes de la terapia.

Determinar y registrar la función hemodinámica del paciente.

Explicar el procedimiento al paciente y a los proveedores de cuidados, según sea conveniente.

Obtener el consentimiento escrito.

Ajustar la tecnología en respuesta a las patologías multisistémicas del paciente (p. ej., colocar al paciente en una cama rotatoria de flujo de aire).

Utilizar técnicas de esterilización para lavar y purgar los tubos arteriales, los venosos y el hemofiltro con solución salina heparinizada, y para conectar a otros tubos según sea necesario.

Sacar todas las burbujas de aire del sistema de hemofiltración.

Administrar una dosis de heparina siguiendo el protocolo o la orden del médico.

Utilizar mascarilla, guantes y bata para evitar el contacto con la sangre.

Utilizar técnicas asépticas para iniciar el acceso venoso y arterial, según protocolo.

Fijar las conexiones y los tubos de forma segura.

Aplicar restricciones, según sea conveniente.

Controlar la velocidad de ultrafiltración, ajustando dicha velocidad por protocolo o siguiendo las órdenes del médico.

Controlar si en el sistema de hemofiltración hay fugas en las conexiones y coágulos en el filtro o en los tubos.

Valorar los parámetros multisistémicos del paciente, por protocolo.

Valorar y atender los puntos de acceso y las líneas, de acuerdo con el protocolo.

Valorar si hay señales y síntomas de infección.

Enseñar al paciente/familia las precauciones a tomar después del tratamiento.

Terapia de relajación simple

6040

Definición: Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.

Actividades:

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (musicoterapia, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).
- Detectar un nivel de energía actual disminuido, incapacidad para concentrarse u otros síntomas concurrentes que pueden interferir en la capacidad cognitiva para centrarse en la técnica de relajación.
- Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado.
- Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.
- Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.
- Aconsejar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.
- Individualizar el contenido de la intervención de relajación (solicitando sugerencias de cambios).
- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.
- Invitar al paciente que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente.
- Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.
- Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.
- Alentar la demostración de la técnica de relajación por parte del paciente, si fuera posible.
- Anticiparse a la necesidad del uso de la relajación.
- Proporcionar información escrita acerca de la preparación y compromiso con las técnicas de relajación.
- Fomentar la repetición o práctica frecuente de la(s) técnica(s) seleccionada(s).
- Dejarle un tiempo sin molestarle, ya que el paciente puede quedarse dormido.
- Fomentar el control cuando se realice la técnica de relajación.
- Evaluar regularmente el informe de relajación conseguida del individuo, y comprobar periódicamente la tensión muscular, frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura de la piel, si procede.
- Grabar una cinta sobre la técnica de relajación para uso de la persona, según proceda.
- Utilizar el masaje solo o junto con otras medidas, según cada caso.
- Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.

Terapia de reminiscencia

4860

Definición: Utilización del recuerdo de sucesos, sentimientos y pensamientos pasados para facilitar el placer, la calidad de vida o la adaptación a las circunstancias actuales.

Actividades:

Elegir un ambiente cómodo.

Disponer un tiempo adecuado.

Identificar con el paciente un tema para cada sesión (p. ej., vida laboral).

Elegir un pequeño número de participantes adecuados para la terapia de grupo de reminiscencia.

Utilizar escucha eficaz y habilidades de atención.

Determinar qué método de reminiscencia (p. ej., autobiografía gravada, periódico, revisión estructurada de la vida, álbum de recortes, discusión abierta y explicar historias) es más eficaz.

Introducir estímulos a los cinco sentidos (música para el auditivo, álbumes de fotos para el visual, perfumes para el olfativo) dirigidos para estimular el recuerdo.

Fomentar la expresión verbal de sentimientos, tanto positivos como negativos, de los sucesos pasados.

Observar el lenguaje corporal, la expresión facial y el tono de voz para identificar la importancia de los recuerdos para el paciente.

Realizar preguntas abiertas sobre los sucesos pasados.

Fomentar la escritura de los sucesos pasados.

Mantener el enfoque de las sesiones más sobre el proceso que sobre el resultado final.

Proporcionar apoyo, ánimo y empatía a los participantes.

Utilizar estímulos sensoriales, temas y técnicas de la cultura del paciente.

Ayudar a la persona a recordar situaciones dolorosas, enojadas y de otro tipo negativo.

Utilizar álbumes de fotos o álbumes de recortes del paciente para estimular los recuerdos.

Ayudar al paciente a crear o a añadir a un árbol genealógico o a registrar su historia oral.

Animar al paciente a que escriba a viejos amigos o parientes.

Utilizar técnicas de comunicación (como enfoque, reflexión y repetición) para desarrollar la relación.

Comentar la calidad afectiva que acompaña a los recuerdos de una manera enfática.

Utilizar preguntas directas para volver a centrarse en los acontecimientos de la vida, si el paciente se aparta del tema.

Informar a los miembros de la familia acerca de los beneficios de la reminiscencia.

Ajusar la duración de la sesión mediante el grado de atención del paciente.

Dar refuerzos positivos inmediatos a los pacientes cognitivamente alterados.

Reconocer las capacidades previas de resolución de problemas.

Repetir la sesión semanalmente o más a menudo durante un período prolongado.

Ajusar el número de sesiones en función de la respuesta del paciente y su deseo de continuar.

Terapia de sustitución hormonal

2280

Definición: Facilitar el uso seguro y eficaz de la terapia de sustitución hormonal.

Actividades:

Determinar la razón para escoger la terapia de sustitución hormonal.

Revisar las alternativas a la terapia de sustitución hormonal.

Controlar el efecto terapéutico en la paciente.

Controlar los efectos adversos.

Revisar la información respecto a los efectos beneficiosos y adversos de los diferentes componentes hormonales (p. ej., estrógenos, progesterona, andrógenos).

Revisar la información respecto a los efectos de interacción de terapias adyuvantes (p. ej., suplementos de calcio y vitamina D, ejercicio, uso de tiazidas).

Revisar la información respecto a los distintos modos de administración (p. ej., combinada oral continua, secuencial oral, dérmica, vaginal).

Facilitar la decisión para continuar/interrumpir.

Facilitar los cambios en la terapia de sustitución hormonal con el proveedor de atención primaria, si procede.

Recomendar a las pacientes que tomen decisiones anuales a corto plazo sobre el seguimiento.

Ajustar las mediciones o la dosis de la medicación, si procede.

Terapia de validación

6670

Definición: Utilización de un método de comunicación terapéutica con ancianos con demencia que se centra en el contenido emocional más que en los hechos.

Actividades:

Determinar la fase de deterioro cognitivo del paciente (p. ej., desorientación, confusión temporal, movimientos repetitivos o vegetación).

Evitar el uso de estrategias de validación cuando la confusión se debe a causas agudas, reversibles o en la fase vegetativa de la confusión.

Escuchar con empatía.

Evitar corregir o contradecir las percepciones y experiencias del paciente.

Aceptar la realidad del cliente.

Evitar utilizar palabras de «sentimiento».

Hacer preguntas objetivas no amenazantes (p. ej., ¿quién?, ¿qué?, ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿cómo?).

Evitar preguntar «¿por qué?».

Reformular afirmaciones, repitiendo las palabras clave, recuperando el ritmo.

Mantener el contacto visual reflejando la mirada en los ojos del paciente.

Ajustarse y expresar la emoción del cliente (p. ej., amor, miedo, pesar).

Cantar e interaccionar utilizando música familiar para el paciente.

Observar y reflejar movimientos corporales.

Utilizar el tacto de apoyo (una caricia en la mejilla, hombro, brazo o mano).

Hablar el lenguaje del cliente escuchando atentamente los verbos que utiliza y utilizar su sentido preferido (auditivo, visual, cinestésico).

Relacionar la conducta con necesidades como amor, seguridad, actividad y utilidad.

Recordar con el paciente revisando el pasado.

Ayudar a la persona a encontrar un método de afrontamiento familiar.

Terapia del trauma: niño

5410

Definición: Uso de un proceso de ayuda interactivo para resolver un trauma sufrido por un niño.

Actividades:

Enseñar técnicas específicas de control del estrés antes de la exploración del trauma para restablecer el sentido de control sobre los pensamientos y los sentimientos.

Explorar el trauma y su significado para el niño.

Utilizar un lenguaje adecuado a su nivel de desarrollo para formular preguntas sobre el trauma.

Utilizar procedimientos de relajación y desensibilización para ayudar al niño a describir los hechos.

Establecer confianza, seguridad y correcto acceso a la información sobre el material del trauma guardado, controlando las reacciones al revelarlo.

Seguir la terapia al ritmo del niño.

Pactar una señal que el niño puede hacer si la tarea centrada en el traumatismo se vuelve insoportable.

Centrar la terapia en la autorregulación y la reconstrucción del sentido de seguridad.

Utilizar el dibujo y el juego para favorecer la expresión.

Implicar a los padres o a cuidadores adecuados en la terapia, si procede.

Enseñar a los padres la respuesta de su hijo al traumatismo y al proceso de terapia.

Ayudar a los padres a resolver su propio distrés emocional sobre el trauma.

Ayudar a otras personas a dar apoyo.

Evitar la implicación de los padres o de los cuidadores, en caso de que ellos sean los causantes del trauma.

Ayudar al niño a reconsiderar las suposiciones realizadas sobre los hechos del trauma con un análisis paso a paso de cualquier distorsión perceptiva y cognitiva.

Explorar y corregir suposiciones inadecuadas sobre el traumatismo, incluyendo la formación de presagios y la culpa del superviviente.

Ayudar a identificar y a afrontar los sentimientos.

Explicar el proceso de duelo al niño y a los padres, si procede.

Ayudar al niño a explorar cualquier suposición y conclusión distorsionada.

Ayudar al niño a restablecer un sentido de seguridad y de predicción en su vida.

Ayudar al niño a integrar los hechos reestructurados del trauma en su historia y experiencia vital.

Dirigir el rol de funcionamiento postraumático en la vida familiar, relaciones con los compañeros y ejecución escolar.

Terapia familiar 7150

Definición: Ayuda a los miembros de la familia a conseguir un modo de vida más positivo para vivir mejor.

Actividades:

- Utilizar la historia clínica del paciente para investigar a la familia.
- Determinar los patrones de comunicación de la familia.
- Identificar cómo la familia resuelve los problemas.
- Determinar cómo la familia toma decisiones.
- Determinar si se están produciendo abusos en la familia.
- Identificar las fuerzas/recursos de la familia.
- Identificar los papeles habituales dentro del sistema de la familia.
- Identificar las alteraciones específicas relacionadas con las expectativas de los papeles.
- Determinar si algún familiar tiene problemas con el abuso de sustancias.
- Determinar las alianzas familiares.
- Identificar las áreas de insatisfacción y/o conflicto.
- Determinar eventos recientes o inminentes que han amenazado a la familia.
- Ayudar a los familiares a comunicarse más efectivamente.
- Facilitar el debate familiar.
- Ayudar a los miembros a priorizar y seleccionar el problema familiar que tratar en primer lugar.
- Ayudar a los miembros de la familia a clarificar qué necesitan y esperan unos de otros.
- Facilitar estrategias para reducir el estrés.
- Proporcionar educación e información.
- Ayudar a la familia a mejorar las estrategias de enfrentamiento positivas existentes.
- Compartir el plan de terapia con la familia.
- Solicitar a los miembros de la familia su participación en la puesta en práctica de actividades de experiencia hogareña, como hacer alguna de las comidas juntos.
- Disponer retos dentro del debate familiar para estimular la aparición de nuevas posibilidades.
- Tratar la relación jerárquica de los miembros del subsistema.
- Ayudar a los miembros de la familia a cambiar, mediante el cambio, en su relación con otros miembros de la familia.
- Facilitar la reestructuración de los subsistemas familiares, si está indicado.
- Ayudar en el planteamiento de metas hacia una forma más competente de manejar la conducta disfuncional.
- Estudiar los límites familiares.
- Observar si se producen respuestas terapéuticas adversas.
- Planificar las estrategias de conclusión y evaluación.

Terapia intravenosa (i.v.)

4200

Definición: Administración y control de líquidos y fármacos por vía intravenosa,

Actividades:

Verificar la orden de la terapia intravenosa.

Instruir al paciente acerca del procedimiento.

Realizar una técnica aséptica estricta.

Examinar el tipo, cantidad, fecha de caducidad y carácter de la solución, y que no haya daños en el envase.

Realizar los cinco principios antes de iniciar la infusión o administración de medicaciones (fármaco, dosis, paciente, vía y frecuencia).

Seleccionar y preparar la bomba de infusión i.v., si está indicado.

Pinchar el envase con el equipo de administración correspondiente.

Administrar los líquidos i.v. a temperatura ambiente, a menos que se prescriba otra cosa.

Determinar si el paciente está tomando alguna medicación que sea incompatible con la medicación prescrita.

Administrar medicamentos i.v., según prescripción, y observar los resultados.

Vigilar la frecuencia del flujo intravenoso y el sitio de punción intravenosa durante la infusión.

Observar si hay sobrecarga de líquidos y reacciones físicas.

Observar la permeabilidad de la vía antes de la administración de la medicación i.v.

Volver a colocar el sistema i.v., los aparatos o la solución de infusión cada 48 horas, según el protocolo del centro.

Mantener un vendaje oclusivo.

Realizar comprobaciones del sitio de punción i.v. regularmente.

Realizar los cuidados del sitio i.v. de acuerdo con el protocolo del centro.

Vigilar los signos vitales.

Observar que la cantidad de potasio intravenoso en adultos no exceda 200 mEq cada 24 horas en los adultos, si procede.

Irrigar las vías intravenosas entre la administración de soluciones incompatibles.

Registrar los ingresos y egresos si procede.

Observar si se presentan signos y síntomas asociados a la flebitis por la infusión e infecciones locales.

Documentar la terapia prescrita según protocolo del centro.

Mantener las precauciones universales.

Terapia nutricional

1120

Definición: Administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en un paciente que está malnutrido o con alto riesgo de malnutrición.

Actividades:

Completar una valoración nutricional, si procede.

Controlar los alimentos líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria, si procede.

Comprobar la conveniencia de las órdenes dietéticas para cumplir con las necesidades nutricionales diarias, si procede.

Determinar (en colaboración con el dietista, si procede) el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.

Determinar las preferencias de comidas del paciente considerando las preferencias culturales y religiosas.

Elegir suplementos nutricionales, si procede.

Animar al paciente a que seleccione alimentos semiblandos si la falta de saliva dificulta la deglución.

Fomentar la ingesta de alimentos ricos en calcio, si se considera oportuno.

Fomentar la ingesta de alimentos y líquidos ricos en potasio, si procede.

Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.

Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.

Ayudar al paciente a seleccionar alimentos suaves, blandos y no ácidos, si procede.

Determinar la necesidad de alimentación entera!

Administrar alimentación entera! cuando sea preciso.

Suspender la alimentación por sonda a medida que se tolere la ingesta oral.

Administrar líquidos de hiperalimentación, cuando lo requiera el caso.

Asegurar la disponibilidad de una dieta terapéutica progresiva.

Proporcionar la nutrición necesaria dentro de los límites de la dieta prescrita.

Fomentar que se traigan comidas hechas en casa a la institución, si es posible.

Sugerir la eliminación de alimentos que contengan lactosa, si procede.

Ofrecer hierbas y especias como alternativa a la sal.

Estructurar el ambiente para crear una atmósfera agradable y relajante.

Presentar la comida de una manera atractiva, agradable, con consideración al color, textura y variedad.

Proporcionar cuidados bucales antes de las comidas, si es necesario.

Ayudar al paciente a sentarse antes de la comida o alimentación.

Controlar los valores de laboratorio, si procede.

Enseñar al paciente y a la familia la dieta prescrita.

Remitir al paciente para la enseñanza y planificación de la dieta, si es necesario.

Dar al paciente y a la familia ejemplos escritos de la dieta prescrita.

Transcripción de órdenes

8060

Definición: Transferencia de información de las hojas de órdenes al sistema de documentación y planificación de cuidados del paciente.

Actividades;

Asegurarse de que la hoja de órdenes se adjunta a la identificación del paciente.

Asegurarse de que la hoja de órdenes está en la hoja de gráficos correcta del paciente.

Asegurarse de que las órdenes están redactadas o confirmadas por un cuidador titulado.

Repetir la orden verbal al médico para asegurar la exactitud.

Evitar aceptar órdenes verbales de otros cuidadores.

Asegurarse de que las órdenes están documentadas según protocolo del centro antes de su consideración.

Clarificar las órdenes confusas o ilegibles.

Evaluar la conveniencia de las órdenes y garantizar que se provee toda la información necesaria.

Consultar con un farmacéutico o médico cada vez que aparezcan dudas acerca de un fármaco o sobre una dosis prescrita que no sea familiar.

Registrar cualquier desacuerdo con una orden médica después de discutir la orden con el médico y un supervisor.

Firmar con nombre, título, fecha y hora en cada orden registrada.

Transferir la orden a la correspondiente hoja de trabajo, formulario de medicación, tira de laboratorio o plan de cuidados.

Programar citas, si procede.

Tomar nota de las fechas de comienzo y final de la toma de medicamentos, según normas del centro.

Tomar nota de las alergias del paciente al transcribir las órdenes de los medicamentos.

Informar a los miembros del equipo de cuidados que hay que iniciar el tratamiento.

Transferencia

0970

Definición: Traslado de un paciente con limitación del movimiento independiente.

Actividades:

Revisar las instrucciones de actividad en la historia.

Determinar el nivel de movilidad y las limitaciones del movimiento.

Determinar el nivel de conciencia y la capacidad de colaborar.

Planear el tipo y método de movimiento.

Determinar la cantidad y tipo de asistencia necesaria.

Asegurarse de que el equipo funciona antes de utilizarlo.

Discutir la necesidad de reubicación con el paciente y/o la familia.

Discutir con el paciente y los colaboradores sobre cómo se realizará el traslado.

Ayudar al paciente a recibir todos los cuidados necesarios (p. ej., higiene personal, reunir las pertenencias) antes de realizar el traslado, si procede.

Proporcionar privacidad, evitar corrientes de aire y preservar el pudor del paciente.

Asegurarse de que la nueva ubicación del paciente está preparada.

Ajusar el equipo si es necesario en espacios elevados y bloquear todas las ruedas.

Levantar la baranda del lado opuesto de la enfermera para evitar que el paciente se caiga de la cama.

Utilizar una mecánica corporal adecuada durante los movimientos.

Mantener el cuerpo del paciente bien alineado durante los movimientos.

Levantar y mover al paciente con un elevador hidráulico, si es necesario.

Mover al paciente con un tablero de traslado, si es necesario.

Trasladar al paciente de la cama a la camilla, o viceversa, con una sábana para girarlo, si procede.

Utilizar un tablero de traslado, si procede.

Utilizar un cinturón para ayudar al paciente que pueda estar de pie con ayuda, si procede.

Utilizar una incubadora, camilla o cama para mover a **LUÍ** paciente débil, herido o quirúrgico de un área a otra.

Utilizar una silla de ruedas para mover a un paciente que no puede desplazarse.

Acunar y transportar a un lactante o niño pequeño.

Ayudar al paciente a caminar utilizando tu cuerpo como muleta humana, si es adecuado.

Mantener dispositivos de tracción durante el movimiento, si procede.

Evaluar al paciente al final del traslado para comprobar: alineación adecuada del cuerpo, ausencia de oclusión de tubos, ropa de cama sin arrugas, piel expuesta innecesariamente, nivel de comodidad adecuado del paciente, barandas laterales elevadas y timbre de aviso cerca del paciente.

Transporte: dentro de la instalación

7892

Definición: Traslado de un paciente de un área a otra de una instalación.

Actividades:

Facilitar la coordinación y la comunicación antes del transporte.

Obtener la orden del médico antes del transporte, si procede.

Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesaria.

Proporcionar el personal adecuado para ayudar en el transporte.

Proporcionar el equipo adecuado para ayudar en el transporte.

Discutir la necesidad de reubicación con el paciente y la pareja.

Ayudar al paciente a recibir todo el cuidado necesario (p. ej., higiene personal, reunir las pertenencias) antes de realizar el traslado, si procede.

Asegurarse de que la nueva ubicación para el paciente está preparada.

Mover al paciente utilizando el equipo considerado necesario.

Utilizar una incubadora, camilla o cama para mover a un paciente débil, herido o quirúrgico de un área a otra.

Utilizar una silla de ruedas para mover a un paciente que no puede caminar.

Acunar y transportar a un lactante o niño pequeño.

Ayudar al paciente a caminar utilizando tu cuerpo como muleta humana, si procede.

Proporcionar escolta durante el transporte si es necesario.

Controlar si es adecuado durante el transporte.

Proporcionar un informe clínico sobre el paciente en la localización receptora, si procede.

Documentar la información correspondiente relacionada con el transporte.

Evacuar a los pacientes en situaciones de emergencia, como un incendio, huracán o tornado, según el plan de catástrofes de la agencia.

Transporte: entre instalaciones **7890**

Definición: Traslado de un paciente de un área a otra de una instalación.

Actividades:

Asegurarse de que se ha realizado y documentado un examen de cribado médico.

Asegurarse de que el paciente se ha estabilizado según las capacidades de la instalación que realiza el traslado o ha cumplido las condiciones bajo las que pacientes inestables pueden trasladarse según la Emergency Treatment and Labor Act (EMTALA).

Determinar la necesidad de traslado del paciente, y asegurarse de que el paciente requiere tratamiento en la instalación receptora y que los beneficios del traslado compensan los riesgos.

Obtener la orden escrita del médico para transportar al paciente.

Identificar la preferencia del paciente o pareja para la instalación y el médico receptores, si procede.

Documentar que la instalación receptora aceptará al paciente y tiene el equipo y el personal necesarios para controlar la situación clínica.

Obtener el consentimiento escrito para el traslado del paciente o pareja.

Obtener el consentimiento escrito para el traslado de menores, si procede.

Obtener el consentimiento escrito para la entrega de la información del paciente a la instalación receptora.

Facilitar el contacto entre médicos, según indica la legislación (EMTALA) y documentar este contacto.

Disponer el tipo necesario de transporte.

Proporcionar un informe clínico de enfermera a enfermera sobre el paciente a la instalación receptora y documentar este contacto.

Movilizar y proporcionar personal, equipo de traslado y fármacos necesarios.

Copiar las historias clínicas para la instalación receptora, incluido el registro actual de acontecimientos.

Asegurarse de que las historias clínicas acompañan al paciente a la instalación receptora.

Completar el certificado para el traslado y verificar que esté firmado, timbrado y fechado por el médico.

Documentar la causa médica del traslado, además de los beneficios y riesgos médicos del traslado, según indica la legislación EMTALA.

Documentar toda la información relacionada con los pacientes que rechazan el traslado.

Intentar asegurar la declaración escrita del rechazo al traslado del paciente si está indicado.

Seguir tratando a los pacientes que rechazan su traslado con las capacidades de la instalación.

Tratamiento de la exposición al calor

3780

Definición: Manejo del paciente con golpe de calor debido a una exposición ambiental excesiva de calor.

Actividades:

Retirar al paciente de la luz solar directa y/o fuente de calor.

Aflojar o quitar la ropa, si procede.

Mojar la superficie corporal y ventilar al paciente.

Administrar líquidos orales fríos si el paciente puede tragar.

Administrar líquidos i.v., si procede.

Proporcionar líquidos ricos en electrolitos, como Gatorade.

Trasladar a un ambiente fresco, si procede.

Determinar si la causa de la situación es la resultante de la realización de ejercicios o no ejercicios.

Sumergir en agua fresca (11 °C), si resulta apropiado.

Colocar en manta hipotérmica, si está indicado.

Suspender la refrigeración cuando la temperatura corporal central alcance los 39 °C.

Realizar sondaje nasogástrico, si procede.

Vigilar el nivel de conciencia.

Monitorizar la temperatura corporal central, si procede.

Observar si hay desequilibrios de electrolitos, especialmente hipopotasemia e hipofosfatemia.

Observar si hay hipoglucemia.

Observar si hay hipotensión, disritmias cardíacas y signos de distrés respiratorio.

Observar si hay desequilibrio ácido-base.

Enseñar las medidas preventivas para evitar agotamientos por calor y golpes de calor.

Instruir acerca de las señales precoces de agotamiento por calor y las acciones correspondientes que hay que tomar.

Tratamiento de la fiebre

3740

Definición: Actuación ante un paciente con hipertermia causada por factores no ambientales.

Actividades:

Tomar la temperatura lo más frecuentemente que sea oportuno.

Vigilar por si hubiera pérdida imperceptible de líquidos.

Establecer un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si procede.

Observar el color de la piel y la temperatura.

Comprobar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede.

Vigilar por si hubiera descenso de los niveles de consciencia.

Vigilar por si hubiera actividad de ataques.

Comprobar los valores de recuento de leucocitos, Hgb y Hct.

Controlar ingresos y egresos.

Monitorizar por si hubiera anormalidades en los electrolitos.

Monitorizar por si hubiera desequilibrios ácido-base.

Monitorizar por si hubiera presencia de arritmias cardíacas.

Administrar medicación antipirética, si procede.

Administrar medicamentos para tratar la causa de la fiebre, si procede.

Cubrir al paciente con una sábana, si procede.

Administrar un baño tibio con una esponja, si procede.

Fomentar el aumento de la toma de líquidos orales, si procede.

Administrar líquidos i.v., si procede.

Aplicar bolsas de hielo cubiertas con una toalla en las ingles y las axilas, si procede.

Aumentar la circulación de aire mediante un ventilador.

Facilitar o administrar la higiene bucal, si procede.

Administrar la medicación adecuada para evitar o controlar los temblores de frío.

Administrar oxígeno, si procede.

Colocar al paciente en una manta hipotérmica, si procede.

Controlar la temperatura de manera continuada para evitar hipotermias inducidas por el tratamiento.

Tratamiento de la hipotermia

3800

Definición: Calentamiento y vigilancia de un paciente cuya temperatura corporal central se encuentra por debajo de 35 °C.

Actividades:

Retirar al paciente del frío y colocarlo en un ambiente cálido.

Quitar la ropa fría, mojada y cambiarla por otra cálida y seca.

Monitorizar la temperatura del paciente con un termómetro de registro bajo si fuera necesario.

Instaurar un dispositivo de monitorización continua de la temperatura corporal central, si procede.

Observar si se presentan síntomas asociados con la hipotermia: fatiga, debilidad, confusión, apatía, deterioro de la coordinación, habla con mala articulación, escalofríos y cambio del color de la piel.

Determinar los factores que condujeron al episodio hipotérmico mediante interrogación de las actividades recientes, tales como fuerte actividad con tiempo húmedo y frío, ancianos que viven en un ambiente frío y mal estado nutricional.

Observar si existen condiciones médicas subyacentes que puedan precipitar la hipotermia (diabetes, mixedema o anorexia nerviosa).

Colocar en monitor cardíaco, si procede.

Monitorizar y tratar la desfibrilación ventricular.

Cubrir con mantas calientes, si procede.

Minimizar la estimulación del paciente para evitar precipitar una desfibrilación ventricular.

Administrar líquidos i.v. calentados (37 a 40 °C), si procede.

Administrar oxígeno calentado, si procede.

Instaurar medidas activas de calentamiento externo (inmersión en agua caliente, aplicación de bolsas de agua caliente y colocación en mantas térmicas), si procede.

Instaurar técnicas activas de calentamiento central (lavaje colónico, diálisis peritoneal y calentamiento extracorpóreo de la sangre), si procede.

Observar si se produce choque de calentamiento.

Administrar expansores del volumen de plasma, si procede.

Monitorizar el color y la temperatura de la piel.

Monitorizar signos vitales, si procede.

Observar si hay bradicardia.

Observar si se producen desequilibrios en los electrolitos.

Observar si se producen desequilibrios ácido-base.

Monitorizar ingesta y eliminaciones.

Vigilar el gasto cardíaco, PCP, RSV y PAD mediante monitorización hemodinámica invasiva si procede.

Evitar la administración intramuscular o subcutánea de fármacos durante el estado hipotérmico.

Observar si aumenta la acción de los medicamentos mientras se produce el calentamiento.

Valorar el estado de la piel de forma rutinaria, si procede.

Monitorizar el estado respiratorio.

Dar líquidos orales calientes al paciente, si se encuentra alerta y es capaz de tragar.

Monitorizar el estado nutricional.

Enseñar al paciente a consumir suficiente ingesta calórica para mantener una temperatura corporal normal.

Subrayar la importancia de vestir ropas protectoras cálidas al salir a un ambiente frío.

Enseñar los signos precoces de advertencia de una hipotermia.

Establecer sistemas de apoyo para el paciente mayor y evitar el aislamiento y la residencia en ambientes excesivamente fríos, si procede.

Tratamiento del trauma de la violación

6300

Definición: Proporcionar apoyo emocional y físico inmediatamente después de informar de una violación.

Actividades:

Ofrecer una persona de apoyo para acompañar a la paciente.

Explicar los procedimientos legales disponibles a la paciente.

Explicar el protocolo de actuación tras una violación y obtener el consentimiento para actuar de acuerdo con él.

Registrar si la paciente se ha duchado, lavado o bañado desde el incidente.

Registrar el estado mental, físico (ropa, suciedad, restos), historial del incidente, pruebas de violencia e historial ginecológico anterior.

Determinar la presencia de cortes, magulladuras, hemorragia, laceraciones y demás señales de violencia física.

Poner en práctica el protocolo de violaciones (etiquetar y guardar ropa sucia, secreciones vaginales y vello vaginal).

Proteger las muestras como evidencia legal.

Realizar asesoramiento de intervención en las crisis.

Ofrecer medicación para evitar el embarazo, si procede.

Ofrecer medicación antibiótica profiláctica contra enfermedades venéreas, por orden médica.

Informar a la paciente acerca de las pruebas del VIH, si procede.

Dar instrucciones claras, por escrito, acerca del uso de los medicamentos, servicios de apoyo de crisis y apoyo legal.

Remitir a la paciente a un programa de defensa jurídica contra violaciones.

Documentar de acuerdo con el departamento de policía.

Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas **4510**

Definición: Cuidados de apoyo del paciente/miembros de la familia con problemas físicos y psicosociales asociados con el consumo de alcohol o drogas.

Actividades:

Establecer una relación terapéutica con el paciente.

Identificar con el paciente los factores (genéticos, distrés psicológico y estrés) que contribuyan a la dependencia de sustancias químicas.

Animar al paciente a que tome el control de su propia conducta.

Ayudar al paciente/familia para identificar el uso de la negación como forma de evitar la confrontación con el problema.

Ayudar a los miembros de la familia a reconocer que la dependencia de sustancias químicas es una enfermedad familiar.

Determinar las sustancias utilizadas.

Discutir con el paciente el impacto que tiene el consumo de sustancias en el estado físico y/o psíquico o la salud general.

Discutir con el paciente el efecto de las asociaciones con otros consumidores durante el tiempo libre o en horas de trabajo.

Determinar el historial de consumo de drogas/alcohol.

Ayudar al paciente a identificar los efectos de la dependencia de sustancias químicas sobre la salud, la familia y los quehaceres diarios.

Explicar al paciente/familia que el volumen/frecuencia de consumo de sustancias que conduce a la dependencia varía mucho entre los pacientes.

Discutir el efecto del consumo de sustancias en las relaciones familiares, los compañeros de trabajo y los amigos.

Identificar los objetivos constructivos con el paciente para disponer alternativas al consumo de sustancias que disminuyan el estrés.

Ayudar al paciente a determinar si la moderación constituye una meta aceptable, considerando el estado de salud.

Facilitar el apoyo de los seres queridos.

Dar apoyo a la familia o a las personas allegadas, si procede.

Establecer límites que beneficien al paciente y mostrarle aprecio.

Valorar al paciente a intervalos frecuentes para ver si continúa con el consumo de sustancias, mediante análisis de orina o análisis de la respiración, si procede.

Animar al paciente a mantener un registro detallado del consumo de sustancias para evaluar el progreso.

Ayudar al paciente a evaluar la cantidad de tiempo transcurrido con el consumo de sustancias y los esquemas habituales a lo largo del día.

Ayudar al paciente a seleccionar una actividad alternativa que sea incompatible con la sustancia consumida.

Ayudarle a aprender métodos alternativos para enfrentarse al estrés o distrés emocional.

Determinar si existen relaciones codependientes en la familia.

Identificar la existencia de grupos de apoyo en la comunidad para el tratamiento a largo plazo del abuso de sustancias nocivas.

Instruir acerca del consumo de drogas para tratar la sustancia consumida.

Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: 4514 retirada de las drogas

Definición: Cuidados de un paciente que pasa por un proceso de desintoxicación de drogas.

Actividades:

Proporcionar manejo de síntomas durante el período de desintoxicación.

Determinar el historial de consumo de sustancias nocivas.

Discutir con el paciente el papel que juegan las drogas en su vida.

Ayudar al paciente a reconocer que las drogas proporcionan una sensación de afirmación, aumento de la autoestima y tolerancia a la frustración.

Ayudar al paciente a identificar otros medios de alivio de la frustración y aumento de la autoestima.

Observar si se producen paranoia y dudas en la confianza hacia los demás durante el proceso de desintoxicación.

Fomentar la apertura interior del paciente.

Observar si se producen distorsiones de la imagen corporal y anorexia.

Proporcionar una nutrición adecuada.

Observar si hay hipertensión y taquicardia.

Observar si se producen depresión y/o tendencias suicidas.

Medicar para aliviar los síntomas durante el abandono de las drogas, si procede.

Fomentar el ejercicio para estimular la liberación de endorfinas.

Fomentar la implicación en grupos de apoyo, tales como Drogadictos Anónimos.

Facilitar el apoyo familiar.

Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol 4512

Definición: Cuidado de **LUÍ** paciente que experimenta una retirada brusca en el consumo de alcohol.

Actividades:

Crear un ambiente de baja estimulación para la desintoxicación.

Vigilar los signos vitales durante el proceso de desintoxicación.

Monitorizar si hay *delirium tremens*.

Administrar anticonvulsivos o sedantes, si procede.

Medicar para aliviar las molestias físicas, si es necesario.

Enfocar la conducta abusiva del paciente de una forma neutral.

Tratar las alucinaciones de una manera terapéutica.

Mantener una ingesta nutritiva y de líquidos adecuada.

Administrar vitaminas, si se considera oportuno.

Observar si hay consumo de alcohol encubierto durante la desintoxicación.

Escuchar las inquietudes del paciente acerca de su abandono del alcohol.

Proporcionar apoyo emocional al paciente/familia, según se precise.

Proporcionar tranquilidad verbal, según corresponda.

Proporcionar orientación sobre la realidad, cuando se precise.

Tranquilizar al paciente alegando que es común que la depresión y la fatiga se produzcan durante el abandono del alcohol.

Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: 4516 sobredosis

Definición: Vigilancia, tratamiento y apoyo emocional de un paciente que ha ingerido fármacos recetados o de venta libre en cantidad superior al margen terapéutico.

Actividades:

Facilitar la recogida de análisis toxicológicos de sangre, orina y contenido gástrico.

Determinar la cantidad y tipo de fármaco o combinación de fármacos ingeridos y el tiempo de las ingestiones, cuando sea posible.

Determinar si también se ha ingerido alcohol.

Comprobar el estado respiratorio, cardíaco y neurológico.

Inducir la emesis en el paciente consciente sólo después de que se hayan descartado sustancias ácidas o alcalis fuertes.

Realizar lavados con solución salina normal por medio de una sonda de gran calibre, cuando proceda.

Administrar ipecacuana, si lo requiere el caso.

Administrar carbón activado cuando la sustancia consumida sea desconocida, si procede.

Administrar antidotos de drogas específicos cuando la sustancia consumida sea conocida.

Vigilar los niveles de líquidos y electrolitos, pruebas de la función hepática, recuento sanguíneo y niveles de gases en sangre arterial.

Observar si hay retención urinaria y/o insuficiencia renal.

Observar si hay convulsiones, ataques y depresión o estimulación del SNIC

Proporcionar apoyo emocional al paciente y a la familia.

Proporcionar apoyo sin emitir juicios al paciente consciente.

Facilitar la manifestación verbal del incidente.

Identificar si algún suceso traumático de la vida está asociado a la sobredosis.

Observar si hay tendencias suicidas.

Fomentar el apoyo familiar del paciente.

Observar la capacidad del paciente para manifestar verbalmente sus sentimientos.

Comprobar su capacidad de enfrentarse a emociones fuertes, como la ira y el remordimiento.

Explorar mecanismos de liberación constructivos.

Explorar los sentimientos del paciente acerca de la consulta psiquiátrica.

Facilitar un asesoramiento de seguimiento cuando se confirme el diagnóstico de sobredosis.

Facilitar el ingreso en un centro de tratamiento de dependencias a las sustancias químicas, si es el caso.

Triage: *catástrofe*

6362

Definición: Establecer las prioridades de los pacientes que necesitan recibir tratamiento urgente teniendo en cuenta los recursos.

Actividades:

Preparar una zona y el equipo para la derivación.

Reunir información sobre la naturaleza del problema, emergencia, accidente o desastre.

Considerar los recursos disponibles.

Ponerse en contacto con el personal correspondiente.

Evaluar a los pacientes críticos del campo primero.

Evaluar a los lesionados, si procede.

Participar en la determinación de prioridades de los pacientes para el tratamiento.

Observar y tratar las lesiones que amenazan la vida o las necesidades agudas.

Identificar la afección principal del paciente.

Obtener información acerca de los antecedentes personales del paciente.

Comprobar la presencia de etiquetas de alerta médica, si procede.

Realizar una primera evaluación de los sistemas corporales, si procede.

Poner en marcha medidas de urgencia adecuadas, según se indique.

Realizar un estudio posterior de los sistemas corporales, si procede.

Llevar a cabo la identificación correspondiente, según el estado del paciente.

Obtener las pruebas de diagnóstico necesarias, según el estado del paciente.

Triage: *centro de urgencias*

6364

Definición: Establecer prioridades e iniciar el tratamiento en pacientes en un centro de urgencias.**Actividades:**

Controlar la respiración y la circulación.

Realizar intervenciones urgentes, según proceda.

Disminuir el nerviosismo generalizado, según proceda.

Atender a los pacientes nuevos en la zona de tratamiento inmediatamente.

Evaluar y trasladar a las madres de parto.

Explicar el proceso de *triage* a todos aquellos que requieran sus servicios.

Controlar los signos vitales.

Realizar una exploración física de acuerdo con el problema principal.

Obtener el historial médico pertinente.

Identificar los medicamentos que toma en la actualidad.

Clasificar según la agudeza de su estado.

Remitir a los pacientes no urgentes a clínicas, a otros centros de atención primaria o a departamentos sanitarios.

Ponerse en contacto con los recursos de control de drogas e iniciar el tratamiento, según sea conveniente.

Entablillar posibles extremidades fracturadas, según proceda.

Realizar una primera cura de las quemaduras, según proceda.

Controlar las hemorragias.

Vendar las heridas, según proceda.

Guardar las partes amputadas.

Iniciar los protocolos del tratamiento.

Ordenar pruebas diagnósticas, según sea conveniente.

Asignar los pacientes a médicos y/o equipos de tratamiento.

Proporcionar información al cuidador.

Controlar a los pacientes que esperan.

Servir de enlace entre el equipo de asistencia sanitaria y las personas de la sala de espera.

Contestar las preguntas de los pacientes y las familias.

Tranquilizar a los pacientes y a las familias.

Aconsejar sobre el dolor.

Atender las llamadas telefónicas de las personas que pidan información.

Controlar a los visitantes y pacientes.

Triage: *teléfono*

6366

Definición: Determinar el tipo y la urgencia del problema y dar instrucciones por teléfono del nivel de atención necesario.

Actividades:

- Identificarse con nombre, credenciales, organización; si la llamada se está grabando (mediante una grabadora), hay que hacérselo saber a la persona que llama.
- Mostrar buena disposición para ayudar («¿cómo puedo ayudarle?»).
- Obtener información acerca del propósito de la llamada (tipo de urgencia, síntomas, diagnóstico médico, historial pasado y régimen del tratamiento actual).
- Considerar posibles barreras culturales y socioeconómicas a partir de la respuesta del paciente.
- Identificar la preocupación del paciente acerca de su estado de salud.
- Hablar directamente con el paciente siempre que sea posible.
- Dirigir, facilitar y tranquilizar a la persona que llama dándole instrucciones de actuación sencillas, según sea necesario.
- Informarse sobre quejas/síntomas relacionados (de acuerdo con las normas estándares, si se dispone de ellas).
- Utilizar normas estandarizadas basadas en los síntomas para identificar y evaluar datos significativos y clasificar la urgencia de los síntomas, según se disponga de ellos.
- Priorizar los síntomas de los que se ha informado, determinando el que tiene el mayor riesgo potencial en primer lugar.
- Obtener datos relacionados con la eficacia del (de los) tratamiento(s) actuales, si se recibe alguno.
- Determinar si las preocupaciones requieren una evaluación posterior (utilizar normas estándares si se dispone de ellas).
- Proporcionar instrucciones de primeros auxilios o direcciones de urgencias para las crisis (instrucciones RCP o parto) utilizando normas estándares.
- Mantener la línea abierta mientras se contacta con los servicios de urgencia, de acuerdo con el protocolo de la organización.
- Proporcionar instrucciones claras para el transporte hasta el hospital, según sea necesario.
- Aconsejar al paciente de las diferentes opciones.
- Proporcionar información acerca del régimen del tratamiento y de las responsabilidades resultantes de los autocuidados, según sea necesario, de acuerdo con la aplicación práctica y las normas establecidas.
- Confirmar que el paciente comprende los consejos o las directrices a través de la verbalización.
- Determinar la necesidad y establecer intervalos de tiempo para posteriores valoraciones intermitentes.
- Registrar cualquier valoración, consejo, instrucciones u otro tipo de información administrada al paciente de acuerdo con las normas especificadas.
- Determinar cómo puede localizarse al paciente o a algún miembro de la familia para devolver la llamada, según sea conveniente.
- Registrar el permiso para devolver la llamada y las personas que la pueden recibir.
- Realizar un seguimiento, según sea necesario, para determinar la disposición; documentar la disposición y el objeto de la acción del paciente.
- Mantener la confidencialidad, según esté indicado.
- Discutir y resolver llamadas problemáticas con ayuda de un supervisor/colegiado.

Ultrasonografía: obstétrica

6982

Definición: Realización de exámenes por ultrasonido para determinar el estado ovárico, uterino o fetal.

Actividades:

Determinar las indicaciones de la imagen por ultrasonido (U/S).

Preparar el equipo.

Instruir a la paciente y a la familia acerca de las indicaciones del examen y del procedimiento.

Preparar a la paciente física y emocionalmente para el procedimiento.

Colocar el transductor en el abdomen o la vagina, si procede.

Obtener una imagen clara de las estructuras anatómicas en el monitor.

Identificar la posición uterina, tamaño y espesor endométrico, si procede.

Identificar la ubicación y tamaño del ovario, si procede.

Controlar periódicamente el crecimiento folicular durante la ovulación, según corresponda.

Controlar periódicamente el crecimiento y la posición de la bolsa de gestación.

Observar periódicamente los parámetros fetales, incluyendo el número, tamaño, actividad cardíaca, presentación y posición.

Identificar la ubicación de la placenta.

Observar si hay anormalidades placentarias, si procede.

Medir los índices del líquido amniótico.

Controlar periódicamente los movimientos respiratorios fetales, movimientos grandes y el tono.

Identificar las estructuras fetales a los padres, si procede.

Proporcionar una foto del feto, si procede.

Analizar los resultados con el médico principal, los especialistas y el paciente, si procede.

Programar pruebas o procedimientos adicionales, si es necesario.

Limpiar el equipo.

Registrar los hallazgos.

Vestir

1630

Definición: Elegir, poner y quitar las ropas a una persona que no puede realizar tal actividad por sí misma.

Actividades:

Identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse.

Observar la capacidad del paciente para vestirse.

Vestir al paciente después de completar la higiene personal.

Fomentar su participación en la elección de la vestimenta.

Fomentar el uso de mecanismos para el autocuidado, si procede.

Vestir la extremidad afectada primero, si procede.

Vestir al paciente con ropas que no le aprieten.

Vestir al paciente con ropas personales, si es posible.

Cambiar la ropa del paciente al acostarse.

Elegir los zapatos/zapatillas que faciliten un caminar o deambulación seguros.

Ofrecerse a lavar la ropa, si es necesario.

Proporcionar asistencia hasta que el paciente sea totalmente capaz de responsabilizarse y de vestirse por sí mismo.

Vigilancia

6650

Definición: Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.

Actividades:

Determinar los riesgos de salud del paciente, si procede.

Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales.

Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud.

Seleccionar los índices adecuados del paciente para la vigilancia continuada, en función de la condición del paciente.

Preguntar al paciente por sus signos, síntomas o problemas recientes.

Establecer la frecuencia de recogida e interpretación de los datos, según lo indique el estado del paciente.

Facilitar la reunión de pruebas de diagnóstico, según sea posible.

Interpretar los resultados de las pruebas de diagnóstico, si procede.

Retirar e interpretar los datos de laboratorio; ponerse en contacto con el médico, si procede.

Explicar los resultados de las pruebas de diagnóstico al paciente y a la familia.

Observar la capacidad del paciente para realizar las actividades de autocuidado.

Comprobar el estado neurológico.

Vigilar esquemas de comportamiento.

Controlar el estado emocional.

Vigilar signos vitales, si procede.

Colaborar con el médico para instaurar la monitorización hemodinámica invasiva, según proceda.

Colaborar con el médico para instaurar la monitorización de la presión intracraneal, si procede.

Comprobar el nivel de comodidad y tomar las acciones correspondientes.

Observar estrategias de resolución de problemas utilizadas por el paciente y la familia.

Controlar los cambios en el patrón del sueño.

Vigilar la oxigenación y poner en marcha las medidas que promuevan una oxigenación adecuada de los órganos vitales.

Valorar periódicamente el estado de la piel en los pacientes de alto riesgo.

Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y electrolitos.

Comprobar la perfusión tisular, si es el caso.

Observar si hay infección, si procede.

Controlar el estado nutricional, si procede.

Comprobar la función gastrointestinal, si procede.

Vigilar el patrón de eliminación, si procede.

Observar si hay tendencias hemorrágicas en los pacientes de alto riesgo.

Anotar el tipo y la cantidad de drenaje de los tubos y orificios, y notificar al médico los cambios importantes.

Solucionar los problemas de equipo y sistemas para mejorar la recogida de datos fiables del paciente.

Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejoras y deterioros en la condición del paciente.

Continúa

786 Vigilancia (6650)

Actividades (Cont.):

Iniciar y/o cambiar el tratamiento médico para mantener los parámetros del paciente dentro de los límites ordenados por el médico mediante los protocolos establecidos.

Facilitar la administración de servicios interdisciplinarios (servicios pastorales o audiolología), si procede.

Consultar con el médico cuando los datos del paciente indiquen una necesidad de cambio de terapia médica.

Establecer el tratamiento adecuado, según proceda.

Establecer la prioridad de las acciones en función del estado del paciente.

Analizar las órdenes médicas junto con el estado del paciente para garantizar la seguridad del mismo.

Realizar consulta con el cuidador correspondiente para iniciar un nuevo tratamiento o cambiar los tratamientos existentes.

Vigilancia de la piel

3590

Definición: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.

Actividades:

Observar si ha)' enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las membranas mucosas.

Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.

Valorar el estado de la zona de incisión, si procede.

Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel (p. ej., escala de Braden).

Vigilar el color y la temperatura de la piel.

Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel y las membranas mucosas y pérdida de integridad.

Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.

Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.

Observar si hay zonas de presión y fricción.

Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.

Observar si la ropa queda ajustada.

Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.

Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p. ej., colchón antiescaras, horario de cambio de posición).

Instruir al miembro de la familia/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, si procede.

Vigilancia: al final del embarazo

6656

Definición: Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos materno-fetales para el tratamiento, observación e ingreso.

Actividades:

Revisar el historial obstétrico, según disponibilidad.

Determinar los riesgos de salud de la madre y el feto por medio de una entrevista a la paciente.

Establecer el tiempo de gestación revisando el historial o calculando la fecha esperada del parto desde el último período menstrual.

Vigilar los signos vitales maternos.

Observar el comportamiento de la mujer y de la persona de apoyo.

Realizar la monitorización fetal electrónica.

Observar la presencia y calidad de los movimientos fetales.

Observar si hay signos de dolores de parto prematuros (> 4 contracciones por hora, dolor de espalda, retortijones y presión pélvica desde las 20 a las 37 semanas de gestación), si procede.

Observar si hay signos de hipertensión inducida por el embarazo (hipertensión, dolor de cabeza, visión borrosa, náuseas, vómitos, alteraciones visuales, hiperreflexia, edema y proteinuria).

Comprobar los esquemas de eliminación, si procede.

Observar si hay signos de infección del tracto urinario, si procede.

Facilitar la obtención de las pruebas de diagnóstico.

Interpretar los resultados de las pruebas de diagnóstico, según cada caso.

Retirar e interpretar los datos de laboratorio; ponerse en contacto con el médico, si resulta oportuno.

Explicar los resultados de las pruebas de diagnóstico a la paciente y a la familia.

Iniciar las intervenciones de la terapia i.v, reposición de líquidos y administración de medicamentos, según órdenes médicas.

Vigilar el nivel de comodidad y tomar las acciones pertinentes.

Controlar el estado nutricional, si procede.

Observar los cambios en el patrón del sueño, si procede.

Obtener el historial de enfermedades de transmisión sexual y la frecuencia de las relaciones sexuales, si procede.

Comprobar la actividad uterina (frecuencia, duración e intensidad de las contracciones).

Realizar las maniobras de Leopold para determinar la posición fetal.

Anotar tipo, cantidad y aparición de la pérdida vaginal.

Realizar la exploración con espéculo para el diagnóstico de rotura espontánea de las membranas amnióticas, a menos que haya evidencia de hemorragia franca.

Analizar el líquido amniótico (p. ej., nitrazina, cristalización en helécho y *pooling*), si procede.

Obtener muestras para los cultivos del cérvix, si procede (historial de infección por estreptococo, herpes o rotura prolongada de las membranas).

Examinar el cérvix para ver la dilatación, desprendimiento, ablandamiento, posición y sitio.

Realizar ecografía para determinar la presentación fetal o la posición placentaria.

Instaurar el tratamiento correspondiente, de acuerdo con los protocolos en vigor.

Establecer la prioridad de las acciones en función del estado de la paciente (tratar, continuar observando, ingresar o dar el alta).

Vigilancia: comunidad

6652

Definición: Revisión, interpretación y síntesis objetiva y continua de datos para la toma de decisiones en la comunidad.

Actividades:

Identificar el propósito, el procedimiento y los mecanismos de información para los sistemas necesarios y voluntarios de información de los datos sanitarios.

Recoger datos relacionados con situaciones sanitarias como, por ejemplo, enfermedades y lesiones para informar de ellas.

Establecer la frecuencia de la recogida y el análisis de los datos.

Informar de los datos utilizando mecanismos de información estándares.

Colaborar con otras instituciones en la recogida, análisis e información de datos.

Seguimiento de los informes de instituciones adecuadas para asegurar la exactitud y la utilidad de la información.

Enseñar a los pacientes, a las familias y a las instituciones la importancia del seguimiento del tratamiento de enfermedades contagiosas.

Participar en el desarrollo de programas (p. ej., enseñanza, políticos, cabildear), según estén asociados con la recogida y la información de datos de la comunidad.

Utilizar informes para reconocer la necesidad de recogida, análisis e interpretación de datos adicionales.

Vigilancia: electrónica por control remoto

6658

Definición: Adquisición determinada y continua de datos del paciente a través de modalidades electrónicas (teléfono, videoconferencia, correo electrónico) desde lugares distantes, así como interpretación y síntesis de los datos del paciente para la toma de decisiones clínica con individuos o poblaciones.

Actividades:

Determinar que está interaccionando con el paciente o, si hay alguien más, que tiene permiso del paciente para interactuar con ellos.

Identificarse con nombre, credenciales, organización; hacer saber al usuario que si llama será grabado (mediante una grabadora).

Informar al paciente acerca del proceso de interacción y obtener su consentimiento.

Determinar el(los) riesgo(s) de salud del paciente, según sea conveniente.

Obtener información acerca de la conducta y de las rutinas habituales del paciente.

Establecer la frecuencia de recogida e interpretación de datos, según lo indique el estado del paciente.

Controlar la entrada de datos para su validez y fiabilidad.

Interpretar los resultados de los indicadores diagnósticos como, por ejemplo, signos vitales, lecturas de glucosa, ECG.

Colaborar/consultar recursos médicos, según sea necesario.

Explicar los resultados de las pruebas y las intervenciones al paciente y a la familia.

Controlar el nivel de comodidad y tomar las acciones adecuadas.

Controlar las estrategias y las acciones utilizadas por el paciente y la familia para hacer frente a los problemas.

Valorar periódicamente la piel en pacientes de alto riesgo cuando se utilicen vídeos de alta resolución.

Controlar posibles problemas según el estado actual (infección, equilibrio de fluidos y electrolitos, perfusión de tejidos, nutrición y eliminación).

Investigar todo el equipo y los sistemas para aumentar la adquisición de datos fiables del paciente.

Coordinar la colocación/reemplazamiento/organización del equipo/suministros.

Comparar el estado actual con el anterior para detectar mejoras y/o deterioros en el estado del paciente.

Iniciar y/o cambiar el tratamiento médico para mantener los parámetros del paciente dentro de los límites marcados por el médico utilizando las normas establecidas.

Facilitar la adquisición de servicios interdisciplinarios (servicios pastorales), según sea conveniente.

Priorizar las acciones según el estado del paciente.

Analizar las órdenes del médico junto con el estado del paciente para fortalecer su seguridad.

Consultar a los profesionales sanitarios si hay que iniciar un nuevo tratamiento o un cambio en el existente.

Abogar por el bienestar del paciente, si es necesario.

Mantener la confidencialidad, teniendo presentes las características específicas acerca de la confidencialidad implícita en la modalidad electrónica utilizada.

Determinar la necesidad, y establecer los intervalos de tiempo, para la valoración posterior intermitente.

Documentar las valoraciones, consejos, instrucciones u otra información dada al paciente de acuerdo con las normas especificadas.

Determinar cómo se va a localizar al paciente o uno de los miembros de la familia para la vigilancia futura, si conviene.

Documentar el permiso para devolver la llamada e identificar a la(s) persona(s) que pueden recibir dicha llamada.

Identificar o añadir los datos con implicaciones en el programa o en la población.

Vigilancia: seguridad

6654

Definición: Reunión objetiva y continuada y análisis de la información acerca del paciente y del ambiente para utilizarla en la promoción y mantenimiento de la seguridad.

Actividades:

Observar si hay alteraciones de la función física o cognoscitiva del paciente que puedan conducir a una conducta insegura.

Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad.

Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes en el ambiente.

Proporcionar el nivel adecuado de supervisión/vigilancia para vigilar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesario.

Colocar al paciente en un ambiente menos restrictivo que permita el necesario nivel de observación.

Poner en marcha y mantener el estado de precaución para el paciente con alto riesgo de exposición a los peligros específicos del ambiente de cuidados.

Comunicar la información acerca del riesgo del paciente a los otros miembros del personal de cuidados.

CUARTA PARTE



Intervenciones centrales según especialidades de enfermería



Intervenciones centrales según especialidades de enfermería

En este apartado hemos listado alfabéticamente las intervenciones centrales para 45 áreas de especialidad. Las intervenciones centrales se definen como un conjunto limitado de intervenciones que definen la naturaleza de la especialidad. Cualquiera que lea la lista de intervenciones centrales será capaz de determinar el área de la práctica especializada. El grupo central de intervenciones no incluye todas las utilizadas por los profesionales de enfermería de la especialidad, sino que incluye aquellas utilizadas con más frecuencia por los profesionales de enfermería, aplicadas en su mayor parte por profesionales de enfermería de la especialidad o críticas para su rol.

Estas listas son el resultado de un estudio de las organizaciones durante los años 1995 y 1996. En la tercera edición de la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* se publicaron la investigación y una lista inicial de intervenciones centrales para 39 áreas de especialidad. Los resultados del estudio también se publicaron en un artículo: McCloskey, J.C., Bulechek, G. & Donahue, W. (1998). Nursing interventions core to specialty practice. *Nursing Outlook*, 46(2), 67-76. En la cuarta edición se añadieron cuatro especialidades nuevas y se actualizaron con nuevas intervenciones.

Para esta edición se han actualizado las listas de intervenciones centrales de la cuarta edición incluyendo intervenciones nuevas a la quinta edición, y se han añadido dos especialidades nuevas: Enfermería de cuidados al final de la vida y Enfermería forense. La lista completa de las 45 especialidades para las que se han identificado las intervenciones es la siguiente:

1. Enfermería ambulatoria
2. Enfermería comadrona
3. Enfermería correccional
4. Enfermería de adicciones
5. Enfermería de anestesia
6. Enfermería de control del dolor
7. Enfermería de cuidados al final de la vida
8. Enfermería de cuidados críticos
9. Enfermería de dependencia química
10. Enfermería de dermatología
11. Enfermería de discapacidad en el desarrollo
12. Enfermería de lesiones de la médula espinal
13. Enfermería de nefrología
14. Enfermería de neurociencias
15. Enfermería de oncología
16. Enfermería de oncología pediátrica
17. Enfermería de otorrinolaringología y cabeza/cuello
18. Enfermería de rehabilitación
19. Enfermería de salud de las mujeres
20. Enfermería de salud escolar
21. Enfermería de salud laboral
22. Enfermería de salud mental/psiquiátrica
23. Enfermería de salud pública/comunidad
24. Enfermería de urgencias
25. Enfermería de vuelo

26. Enfermería epidemiológica y de control de infecciones
27. Enfermería escolar
28. Enfermería forense
29. Enfermería gastroenterológica
30. Enfermería genética
31. Enfermería gerontológica
32. Enfermería holística
33. Enfermería intravenosa
34. Enfermería médico-quirúrgica
35. Enfermería neonatal
36. Enfermería obstétrica
37. Enfermería oftalmológica
38. Enfermería ortopédica
39. Enfermería parroquial
40. Enfermería pediátrica
41. Enfermería perioperatoria
42. Enfermería psiquiátrica de niños y adolescentes
43. Enfermería radiológica
44. Enfermería urológica
45. Enfermería vascular

La identificación de las intervenciones centrales a partir de organizaciones especializadas es un primer paso para comunicar la naturaleza de enfermería en distintas áreas prácticas. El listado de intervenciones centrales a partir de áreas especializadas de la práctica es muy útil para el desarrollo de sistemas de información, programas de educación y evaluación de competencia del personal, redes de comunicación, exámenes de titulación, currículos educativos, y construcción de investigación y teoría en enfermería. Animamos a los miembros de organizaciones especializadas que estén interesados en construir bases de datos clínicos a utilizar las intervenciones contenidas en la NIC de manera que los profesionales de enfermería puedan conseguir los beneficios intrínsecos en un lenguaje normalizado. Agradecemos la presentación de nuevas intervenciones a medida que los usuarios consideren la necesidad.

Enfermería ambulatoria

- Administración de medicación: intradérmica
- Administración de medicación: intramuscular (i.m.)
- Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
- Administración de medicación: oral
- Análisis de la situación sanitaria
- Análisis de laboratorio a pie de cama
- Apoyo emocional
- Apoyo en toma de decisiones
- Asesoramiento nutricional
- Aumentar el afrontamiento
- Ayuda en la exploración
- Colaboración con el médico
- Delegación
- Derivación
- Disminución de la ansiedad
- Documentación
- Educación sanitaria
- Enseñanza: dieta prescrita
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Guías del sistema sanitario
- Identificación de riesgos
- Manejo de la inmunización/vacunación
- Manejo de la medicación
- Modificación de la conducta
- Monitorización de los signos vitales
- Muestra de sangre capilar
- Seguimiento telefónico
- Supervisión del personal
- Transporte: entre instalaciones
- *Triage*: centro de urgencias
- *Triage*: teléfono

Enfermería

- Administración de medicación: intraespinal
- Amnioinfusión
- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo emocional
- Apoyo en la protección contra abusos
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asesoramiento en la lactancia
- Asesoramiento nutricional
- Asesoramiento sexual
- Ayuda en la lactancia materna
- Colaboración con el médico
- Consulta por teléfono
- Cuidados de enfermería al ingreso
- Cuidados del embarazo de alto riesgo
- Cuidados del recién nacido
- Cuidados intraparto
- Cuidados posparto
- Delegación
- Derivación
- Documentación
- Educación paterna: niño
- Educación sanitaria
- Enseñanza: individual
- Escucha activa
- Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido)
- Exploración de la mama
- Fomentar el acercamiento
- Guía de anticipación
- Identificación de riesgos: familia con recién nacido
- Manejo ambiental
- Manejo de la medicación
- Manejo del dolor
- Manejo del síndrome premenstrual
- Mejora de la autoconfianza
- Parto
- Planificación del alta
- Planificación familiar: anticoncepción
- Planificación familiar: embarazo no deseado
- Preparación al parto
- Prescribir medicación
- Preservación de la fertilidad
- Supresión de la lactancia
- Sutura
- Terapia de sustitución hormonal

Enfermería correccional

- Acuerdo con el paciente
- Administración de medicación
- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo emocional
- Asesoramiento
- Aumentar el atontamiento
- Cuidados de las heridas
- Cuidados en la emergencia
- Derivación
- Desarrollo de un programa
- Dar esperanza
- Enseñanza: grupo
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: sexo seguro
- Escucha activa
- Establecer límites
- Estimulación de la integridad familiar
- Facilitar el perdón
- Humor
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Intermediación cultural
- Manejo ambiental: prevención de la violencia
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Presencia
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Prevención del suicidio
- Primeros auxilios
- Protección de riesgos ambientales
- Relaciones complejas en el hospital
- Restricción de zonas de movimiento
- Seguimiento de la política sanitaria
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: sobredosis
- Vigilancia
- Vigilancia de la piel
- Vigilancia: seguridad

Enfermería de adicciones

- Administración de medicación
- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo espiritual
- Asesoramiento
- Aumentar el afrontamiento
- Ayuda para dejar de fumar
- Derivación
- Documentación
- Educación sanitaria
- ¹ Enseñanza: grupo
- ¹ Enseñanza: sexo seguro
- Facilitar la autorresponsabilidad
- Facilitar el perdón
- ¹ Guía de anticipación
- ¹ Identificación de riesgos
- ¹ Llevar un diario
- ¹ Manejo ambiental: seguridad
- ¹ Manejo de la conducta
- ¹ Manejo de la nutrición
- ¹ Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo de los trastornos de la alimentación
- Mediación de conflictos
- Modificación de la conducta
- ¹ Monitorización de los signos vitales
- Planificación del alta
- ¹ Potenciación de la conciencia de sí mismo
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Terapia de grupo
- ¹ Terapia familiar
- ¹ Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas
- ¹ Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas
- ¹ Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol
- ¹ Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: sobredosis

Enfermería de anestesia

' Administración de analgésicos	Manejo ácido-base: alcalosis metabólica
' Administración de analgésicos: intraespinal	Manejo ácido-base: alcalosis respiratoria
' Administración de anestesia	Manejo de electrolitos
' Administración de medicación	Manejo de electrolitos: hipercalcemia
' Administración de medicación: intraespinal	Manejo de electrolitos: hipercaliemia
' Administración de medicación: intramuscular (i.m.)	Manejo de electrolitos: hiperfosfatemia
' Administración de medicación: intravenosa (i.v.)	Manejo de electrolitos: hipernatremia
' Administración de medicación: oral	Manejo de electrolitos: hipocalcemia
' Administración de productos sanguíneos	Manejo de electrolitos: hipocaliemia
' Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)	Manejo de electrolitos: hipofosfatemia
' Aspiración de las vías aéreas	Manejo de electrolitos: hipomagnesemia
' Autotransfusión	Manejo de electrolitos: hiponatremia
' Ayuda a la ventilación	Manejo de la anafilaxia
' Cambio de posición: intraoperatorio	Manejo de la disritmia
' Colaboración con el médico	Manejo de la hiperglucemia
' Comprobación de sustancias controladas	Manejo de la hipervolemia
' Control de infecciones	Manejo de la hipoglucemia
' Control de infecciones: intraoperatorio	Manejo de la hipovolemia
' Coordinación preoperatoria	Manejo de la medicación
' Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico	Manejo de la sedación
' Cuidados de los ojos	Manejo de la tecnología
» Cuidados de una prótesis	Manejo de la ventilación mecánica: invasiva
' Cuidados del catéter central insertado periféricamente	Manejo de las náuseas
' Cuidados en la emergencia	Manejo de las vías aéreas
' Cuidados postanestesia	Manejo de las vías aéreas artificiales
' Derivación	Manejo de líquidos
' Desintubación endotraqueal	Manejo del código de urgencias
' Documentación	Manejo del desfibrilador: externo
' Enseñanza: prequirúrgica	Manejo del desfibrilador: interno
» Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)	Manejo del dolor
' Evaluación de compañeros	Manejo del marcapasos: permanente
' Facilitar el aprendizaje	Manejo del marcapasos: temporal
' Flebotomía: muestra de sangre arterial	Manejo del shock
' Flebotomía: muestra de sangre venosa	Manejo del shock: cardíaco
' Flebotomía: obtención de una unidad de sangre	Manejo del shock: vasogénico
' Flebotomía: vía canalizada	Manejo del shock: volumen
' Inducción de la hipotermia	Monitorización ácido-base
> Informe de incidencias	Monitorización de electrolitos
» Interpretación de datos de laboratorio	Monitorización de la calidad
> Intubación y estabilización de vías aéreas	Monitorización de la presión intracraneal (PIC)
» Manejo ácido-base	Monitorización de líquidos
> Manejo ácido-base: acidosis metabólica	Monitorización de los signos vitales
> Manejo ácido-base: acidosis respiratoria	Monitorización respiratoria
	Oxigenoterapia
	Precauciones en la hipertermia maligna
	Precauciones con el láser
	Precauciones con los torniquetes neumáticos

Continúa

Enfermería de anestesia (Cont.)

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Precauciones en la alergia al látex | • Resucitación |
| Precauciones quirúrgicas | • Resucitación: fetal |
| Preparación quirúrgica | • Resucitación: neonato |
| Prescribir medicación | • Tratamiento de la hipotermia |
| Punción intravenosa (i.v.) | • <i>Triage</i> : centro de urgencias |
| Reposición de líquidos | |

Enfermería de control del dolor

- | | |
|---|--|
| • Acuerdo con el paciente | • Facilitar la meditación |
| • Administración de analgésicos | • Fomento del ejercicio |
| • Administración de analgésicos: intraespinal | • Gestión de casos |
| • Administración de medicación | • Grupo de apoyo |
| • Aplicación de calor o frío | • Humor |
| • Apoyo en la toma de decisiones | • Imaginación simple dirigida |
| • Apoyo espiritual | • Intercambio de información de cuidados de salud |
| • Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP) | • Manejo ambiental: confort |
| • Asistencia quirúrgica | • Manejo de la energía |
| • Aumentar el afrontamiento | • Manejo de la medicación |
| • Autorización de seguros | • Manejo de la sedación |
| • Biorretroalimentación | • Manejo del dolor |
| • Colaboración con el médico | • Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV) |
| • Comprobación de sustancias controladas | • Masaje |
| • Contacto | • Mejora de la autoconfianza |
| • Contacto terapéutico | • Monitorización de la calidad |
| • Control de infecciones | • Meditación |
| • Control de la medicación | • Musicoterapia |
| • Cuidados en la agonía | • Planificación del alta |
| • Derivación | • Potenciación de la autoestima |
| • Distracción | • Preparación quirúrgica |
| • Educación sanitaria | • Recogida de datos para la investigación |
| • Enseñanza: medicamentos prescritos | • Relajación muscular progresiva |
| • Enseñanza: procedimiento/tratamiento | • Reunión multidisciplinar sobre cuidados |
| • Establecer límites | • Seguimiento de la política sanitaria |
| • Establecimiento de objetivos comunes | • Terapia de relajación simple |
| • Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS) | • Vigilancia |
| • Evaluación de productos | |

Enfermería de cuidados al final de la vida

Administración de analgésicos	Gestión de casos
Apoyo al cuidador principal	¹ Guía de anticipación
Apoyo emocional	Guías del sistema sanitario
Apoyo en la toma de decisiones	Intercambio de información de cuidados de salud
Apoyo espiritual	¹ Manejo ambiental
Asistencia para los recursos financieros	Manejo de la eliminación urinaria
Aumentar el afrontamiento	Manejo de la energía
Aumentar los sistemas de apoyo	Manejo de la medicación
Ayuda al autocuidado	¹ Manejo de la nutrición
Cambio de posición	¹ Manejo de líquidos/electrolitos
Clarificación de valores	Manejo de presiones
Consulta por teléfono	Manejo del delirio
Contacto	¹ Manejo del dolor
Cuidados del paciente encamado	¹ Manejo del estreñimiento/impactación
Cuidados en la agonía	¹ Manejo intestinal
Cuidados intermitentes	¹ Mejorar el sueño
Disminución de la ansiedad	¹ Monitorización neurológica
Escucha activa	¹ Monitorización respiratoria
Estimulación de la integridad familiar	¹ Presencia
Facilitar el duelo	¹ Protección de los derechos del paciente
Facilitar el perdón	¹ Reunión multidisciplinar sobre cuidados
Facilitar la práctica religiosa	¹ Terapia de reminiscencia
Facilitar las visitas	¹ Vigilancia de la piel
Fomentar la implicación familiar	

Enfermería de cuidados críticos

Administración de analgésicos	Facilitar las visitas
Administración de medicación	Fomentar la implicación familiar
Administración de medicación: intravenosa (i.v.)	Manejo de electrolitos
Apoyo al cuidador principal	Manejo de la sedación
Apoyo emocional	Manejo de la tecnología
Apoyo en la toma de decisiones	Manejo de la terapia trombolítica
Aspiración de las vías aéreas	Manejo de la ventilación mecánica: invasiva
Cambio de posición	¹ Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva
Colaboración con el médico	Manejo de las náuseas
Cuidados cardíacos: agudos	Manejo de las vías aéreas
Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico	Manejo de las vías aéreas artificiales
Delegación	¹ Manejo de líquidos
Destete de la ventilación mecánica	¹ Manejo de líquidos/electrolitos
Disminución de la ansiedad	¹ Manejo del código de urgencias
Documentación	¹ Manejo del desfibrilador: externo
Enseñanza: procedimiento/tratamiento	¹ Manejo del desfibrilador: interno
Facilitar la presencia de la familia	¹ Manejo del dolor
	¹ Manejo del marcapasos: permanente

Continúa

Enfermería de cuidados críticos (Cont.)

- Manejo del marcapasos: temporal
- Manejo del shock
- Manejo del vómito
- Monitorización ácido-base
- Monitorización de electrolitos
- Monitorización de la presión intracraneal (PIC)
- Monitorización de líquidos
- Monitorización de los signos vitales
- Monitorización hemodinámica invasiva
- Monitorización neurológica
- Monitorización respiratoria
- Oxigenoterapia
- Planificación del alta
- Precauciones cardíacas
- Protección de los derechos del paciente
- Regulación de la temperatura
- Regulación hemodinámica
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Transporte: dentro de la instalación
- Transporte: entre instalaciones

Enfermería de dependencia química

- | | |
|--|---|
| Acuerdo con el paciente | Manejo del delirio |
| Asesoramiento | Mediación de conflictos |
| Aumentar el afrontamiento | Modificación de la conducta |
| Ayuda para el control del enfado | Modificación de la conducta: habilidades sociales |
| Biblioterapia | Muestra de sangre capilar |
| Control de agentes químicos | Potenciación de la autoestima |
| ¹ Dar esperanza | Potenciación de la conciencia de sí mismo |
| ¹ Enseñanza: proceso de enfermedad | Potenciación de la socialización |
| ¹ Enseñanza: sexo seguro | Precauciones contra fugas |
| ¹ Entrenamiento de la asertividad | Prevención del consumo de sustancias nocivas |
| ¹ Entrenamiento para controlar los impulsos | Terapia de entretenimiento |
| ¹ Escucha activa | Terapia de grupo |
| ¹ Establecer límites | Terapia familiar |
| ¹ Facilitar el perdón | Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas |
| ¹ Facilitar la autorresponsabilidad | Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas |
| ¹ Facilitar la expresión del sentimiento de culpa | ¹ Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol |
| ¹ Grupo de apoyo | ¹ Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: sobredosis |
| • Llevar un diario | |
| ¹ Manejo de la conducta | |
| ¹ Manejo de la medicación | |
| ¹ Manejo de las convulsiones | |

Enfermería de dermatología

- Administración de medicación: tópica
- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asistencia quirúrgica
- Aumentar el afrontamiento
- Aumentar los sistemas de apoyo
- Ayuda en la exploración
- Colaboración con el médico
- Consulta por teléfono
- Control de infecciones
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico

Enfermería de dermatología (Cont.)

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ¹ Cuidados de la piel: zona del injerto | • Facilitar el aprendizaje |
| ¹ Cuidados de la piel: zona donante | • Facilitar la autorresponsabilidad |
| Cuidados de las heridas | • Irrigación de heridas |
| Cuidados de las úlceras por presión | • Manejo ambiental: comunidad |
| ¹ Cuidados del sitio de incisión | • Manejo del prurito |
| ¹ Documentación | • Modificación de la conducta |
| Educación sanitaria | • Potenciación de la imagen corporal |
| ¹ Enseñanza: medicamentos prescritos | • Precauciones con el láser |
| ¹ Enseñanza: procedimiento/tratamiento | • Vigilancia de la piel |
| ¹ Enseñanza: proceso de enfermedad | |

Enfermería de discapacidad en el desarrollo

- | | |
|---|---|
| ¹ Administración de medicación | Manejo ambiental: seguridad |
| ¹ Análisis de la situación sanitaria | Manejo de la conducta |
| • Apoyo en la protección contra abusos | Manejo de la conducta: autolesión |
| • Asistencia para los recursos financieros | Manejo de la medicación |
| ¹ Ayuda al autocuidado | Manejo de la nutrición |
| • Ayuda con los autocuidados: AIVD | Manejo de las convulsiones |
| • Consulta por teléfono | Manejo del peso |
| • Control de infecciones | Manejo intestinal |
| ¹ Disminución de la ansiedad | Mejorar el acceso a la información sanitaria |
| • Disminución del estrés por traslado | Mejorar la comunicación: déficit auditivo |
| • Documentación | Mejorar la comunicación: déficit del habla |
| • Educación sanitaria | Mejorar la comunicación: déficit visual |
| • Enseñanza: medicamentos prescritos | Modificación de la conducta: habilidades sociales |
| • Enseñanza: sexo seguro | Precauciones contra las convulsiones |
| • Fomentar el desarrollo: adolescentes | Precauciones para evitar la aspiración |
| ¹ Fomentar el desarrollo: niño | Prolección de los derechos del paciente |
| ¹ Fomentar la implicación familiar | Reunión multidisciplinar sobre cuidados |
| • Fomentar la normalización familiar | Seguimiento telefónico |
| • Gestión de casos | Supervisión del personal |
| ¹ Identificación de riesgos: genéticos | |
| ¹ Informe de incidencias | |

Enfermería de lesiones de la médula espinal

- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo emocional
- Asistencia para los recursos financieros
- Aspiración de las vías aéreas
- Aumentar el afrontamiento
- Ayuda con los autocuidados: AIVD
- Ayuda con los autocuidados: alimentación
- Ayuda con los autocuidados: aseo
- Ayuda con los autocuidados: baño/higiene
- Ayuda con los autocuidados: transferencia
- Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal
- Cambio de posición
- Cambio de posición: silla de ruedas
- Cuidados de las úlceras por presión
- Cuidados de tracción/inmovilización
- Cuidados del catéter urinario
- Dar esperanza
- Disminución del estrés por traslado
- Enseñanza: grupo
- Enseñanza: habilidad psicomotora
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Entrenamiento de la vejiga urinaria
- Entrenamiento intestinal
- Escucha activa
- Establecimiento de objetivos comunes
- Facilitar permisos
- Fisioterapia respiratoria
- Fomentar la implicación familiar
- Gestión de casos
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Manejo de la conducta
- Manejo de la disreflexia
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo de la sensibilidad periférica alterada
- Manejo de la ventilación mecánica: invasiva
- Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva
- Manejo de las vías aéreas artificiales
- Manejo de líquidos
- Manejo del dolor
- Manejo intestinal
- Monitorización de las extremidades inferiores
- Planificación del alta
- Potenciación de la imagen corporal
- Precauciones circulatorias
- Prevención de úlceras por presión
- Protección contra las infecciones
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Sondaje vesical
- Sondaje vesical: intermitente
- Transferencia

Enfermería de nefrología

- Administración de medicación
- Análisis de laboratorio a pie de cama
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asistencia para los recursos financieros
- Clasificación de valores
- Colaboración con el médico
- Consulta por teléfono
- Control de infecciones
- Delegación
- Disminución de la hemorragia: heridas
- Enseñanza: habilidad psicomotora
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Flebotomía: vía canalizada
- Fomentar la implicación familiar
- Gestión de casos
- Intermediación cultural
- Interpretación de datos de laboratorio
- Manejo ácido-base
- Manejo ambiental: confort
- Manejo ambiental: seguridad
- Manejo de electrolitos
- Manejo de la hiperglucemia
- Manejo de la hipervolemia
- Manejo de la hipoglucemia
- Manejo de la hipovolemia
- Manejo de la medicación

Enfermería de nefrología (Cont.)

- Manejo de la tecnología
- Manejo de las náuseas
- Manejo de líquidos
- Manejo de líquidos/electrólitos
- Manejo de muestras
- Manejo del estreñimiento/impactación
- Manejo del prurito
- Manejo del vómito
- Mantenimiento del acceso para diálisis
- Mejora de la autoconfianza
- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Monitorización de electrolitos
- Monitorización de líquidos
- Monitorización de los signos vitales
- Monitorización nutricional
- Muestra de sangre capilar
- Obtención de órganos
- Protección contra las infecciones
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Terapia de diálisis peritoneal
- Terapia de hemodiálisis

Enfermería de neurociencias

- Administración de medicación
- Cambio de posición: neurológico
- Control de agentes químicos
- Cuidados del catéter de drenaje de ventriculostomía / lumbar
- Disminución de la ansiedad
- Estimulación cognoscitiva
- Fomentar la seguridad en el vehículo
- Inducción a la hipotermia
- Manejo ambiental: seguridad
- Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo
- Manejo de ideas ilusorias
- Manejo de la conducta
- Manejo de la demencia
- Manejo de la disreflexia
- Manejo de la eliminación urinaria
- Manejo de la energía
- Manejo de la medicación
- Manejo de la terapia trombolítica
- Manejo de las convulsiones
- Manejo de las vías aéreas
- Manejo del delirio
- Manejo del dolor
- Manejo del edema cerebral
- Manejo intestinal
- Mejora de la autoconfianza
- Mejora de la perfusión cerebral
- Mejorar el sueño
- Mejorar la comunicación: déficit del habla
- Mejorar la comunicación: déficit visual
- Monitorización de la presión intracraneal (P1C)
- Monitorización neurológica
- Potenciación de la imagen corporal
- Precauciones con la hemorragia subaracnoidea
- Precauciones contra las convulsiones
- Prevención de caídas
- Regulación de la temperatura
- Sondaje vesical: intermitente
- Terapia de deglución
- Vigilancia

Enfermería de oncología

- Administración de analgésicos
- Administración de medicación
- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo espiritual
- Asistencia para los recursos financieros
- Aumentar el afrontamiento
- Contacto terapéutico
- Control de infecciones
- Cuidados en la agonía
- Dar esperanza
- Disminución de la ansiedad
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Flebotomía: vía canalizada
- Fomentar la implicación familiar
- Grupo de apoyo
- Información preparatoria: sensorial
- Interpretación de datos de laboratorio
- Manejo ambiental: confort
- Manejo de la eliminación urinaria
- Manejo de la energía
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo de la quimioterapia
- Manejo de la radioterapia
- Manejo de la sensibilidad periférica alterada
- Manejo de las náuseas
- Manejo de líquidos
- Manejo del dolor
- Manejo del vómito
- Manejo intestinal
- Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)
- Mejora de la autoconfianza
- Monitorización nutricional
- Prevención de hemorragia
- Protección contra las infecciones
- Punción intravenosa (i.v.)
- Seguimiento telefónico
- Tratamiento de la fiebre

Enfermería de oncología pediátrica

- Administración de analgésicos
- Administración de medicación: intramuscular (i.m.)
- Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
- Administración de medicación: oral
- Administración de nutrición parenteral total (NPT)
- Administración de productos sanguíneos
- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo de hermanos
- Apoyo en la toma de decisiones
- Aumentar el afrontamiento
- Cuidados en la agonía
- Dar esperanza
- Disminución de la ansiedad
- Educación paterna: crianza familiar de los niños
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Escucha activa
- Estimulación de la integridad familiar
- Facilitar la presencia de la familia
- Facilitar el duelo
- Fomentar el desarrollo: niño
- Fomentar la implicación familiar
- Fomentar la normalización familiar
- Gestión de casos
- Manejo de la quimioterapia
- Manejo de la radioterapia
- Manejo de la sedación
- Manejo de líquidos/electrolitos
- Manejo de las náuseas
- Manejo del dolor
- Manejo del vómito
- Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)
- Mantenimiento en procesos familiares
- Movilización familiar
- Prevención de hemorragia
- Protección contra las infecciones
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Técnica de relajación
- Terapia con juegos
- Terapia del trauma: ruño
- Tratamiento de la fiebre

Enfermería de otorrinolaringología y cabeza/cuello

- Administración de analgésicos
- Administración de medicación
- Administración de medicación: inhalatoria
- Administración de medicación: nasal
- Asistencia quirúrgica
- Aspiración de las vías aéreas
- Ayuda para dejar de fumar
- Cambio de posición: intraoperatorio
- Consulta por teléfono
- Control de infecciones: intraoperatorio
- Coordinación preoperatoria
- Cuidados de las heridas
- Cuidados del drenaje
- Cuidados de los oídos
- Cuidados postanestesia
- Desarrollo de situación crítica
- Disminución de la ansiedad
- Disminución de la hemorragia: nasal
- Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito
- Enseñanza: dieta prescrita
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: prequirúrgica
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Fomentar la salud bucal
- Intubación y estabilización de vías aéreas
- Manejo de la alergia
- Manejo de la quimioterapia
- Manejo de la radioterapia
- Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva
- Manejo de las vías aéreas
- Manejo de las vías aéreas artificiales
- Manejo del asma
- Mantenimiento de la salud bucal
- Mejora de la autoconfianza
- Mejorar la comunicación: déficit auditivo
- Mejorar la comunicación: déficit del habla
- Monitorización de la presión intracraneal (PIC)
- Planificación del alta
- Potenciación de la imagen corporal
- Precauciones para evitar la aspiración
- Precauciones quirúrgicas
- Preparación quirúrgica
- Restablecimiento de la salud bucal
- Terapia de deglución
- Terapia de ejercicios: equilibrio

Enfermería de rehabilitación

- Apoyo a la familia
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asistencia para los recursos financieros
- Aumentar el afrontamiento
- Ayuda al autocuidado
- Ayuda con los autocuidados: AIVD
- Cambio de posición
- Cuidados de las úlceras por presión
- Cuidados del paciente amputado
- Dar esperanza
- Disminución del estrés por traslado
- Educación sanitaria
- Enseñanza: individual
- Entrenamiento de la memoria
- Establecimiento de objetivos comunes
- Facilitar el aprendizaje
- Facilitar la autorresponsabilidad
- Fomentar la implicación familiar
- Fomentar la normalización familiar
- Fomentar los mecanismos corporales
- Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión
- Gestión de casos
- Manejo ambiental: preparación del hogar
- Manejo ambiental: seguridad
- Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo
- Manejo de la conducta
- Manejo de la eliminación urinaria
- Manejo de la energía
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo del dolor
- Manejo intestinal
- Mejora de la autoconfianza
- Mejorar la comunicación: déficit del habla
- Planificación del alta
- Potenciación de la imagen corporal
- Potenciación de la socialización
- Precauciones en el embolismo

Continúa

Enfermería de rehabilitación (Cont.)

- Prevención de úlceras por presión
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Terapia de deglución
- Vestir

Enfermería de salud de las mujeres

- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo emocional
- Apoyo en la protección contra abusos
- Apoyo en la protección contra abusos: cónyuge
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asesoramiento
- Asesoramiento antes de la concepción
- Asesoramiento nutricional
- Aumentar el afrontamiento
- Ayuda para disminuir el peso
- Consulta por teléfono
- Cuidados por cese del embarazo
- Educación sanitaria
- Ejercicio del suelo pélvico
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Enseñanza: sexo seguro
- Entrenamiento de la vejiga urinaria
- Exploración de la mama
- Fomento del ejercicio
- Guía de anticipación
- Guías del sistema sanitario
- Identificación de riesgos
- Manejo de la medicación
- Manejo del pesario
- Manejo del peso
- Manejo del síndrome premenstrual
- Modificación de la conducta
- Planificación familiar: anticoncepción
- Planificación familiar: embarazo no deseado
- Planificación familiar: infertilidad
- Potenciación de la imagen corporal
- Preservación de la fertilidad
- Terapia de sustitución hormonal

Enfermería de salud escolar

- Administración de medicación: subcutánea
- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo emocional
- Apoyo en toma de decisiones
- Asesoramiento
- Asesoramiento sexual
- Aumentar el afrontamiento
- Ayuda para dejar de fumar
- Control de enfermedades transmisibles
- Derivación
- Disminución de la ansiedad
- Educación sanitaria
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: sexo seguro
- Enseñanza: sexualidad
- Escucha activa
- Fomentar la seguridad en el vehículo
- Guías del sistema sanitario
- Intervención en caso de crisis
- Manejo de la inmunización/vacunación
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo de los trastornos de la alimentación
- Manejo del asma
- Manejo del peso
- Mejora de la autoconfianza
- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Mejorar el sueño
- Potenciación de la autoestima
- Prescribir medicación
- Prevención de lesiones deportivas: jóvenes
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Prevención del suicidio
- Primeros auxilios
- Tratamiento del trauma de la violación

Enfermería de salud laboral

- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo a la familia
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Asesoramiento
- Asesoramiento nutricional
- Ayuda para dejar de fumar
- Ayuda para disminuir el peso
- Consulta por teléfono
- Control de enfermedades transmisibles
- Cuidados cardíacos: rehabilitación
- Cuidados de las heridas
- Cuidados de los oídos
- Cuidados en la emergencia
- Cuidados prenatales
- Derivación
- Disminución de la ansiedad
- Educación paterna: adolescentes
- Educación paterna: crianza familiar de los niños
- Educación sanitaria
- Enseñanza: grupo
- Enseñanza: individual
- Escucha activa
- Fomentar la seguridad en el vehículo
- Fomento del ejercicio
- Gestión de casos
- Guía de anticipación
- Guías del sistema sanitario
- Identificación de riesgos
- Intervención en caso de crisis
- Manejo ambiental: comunidad
- Manejo ambiental: prevención de la violencia
- Manejo ambiental: seguridad
- Manejo ambiental: seguridad del trabajador
- Manejo de la alergia
- Manejo de la inmunización/vacunación
- Manejo de la tecnología
- Manejo del asma
- Manejo del desfibrilador: externo
- Manejo del peso
- Marketing social
- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Monitorización respiratoria
- Preparación ante el bioterrorismo
- Prevención de caídas
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Protección contra las infecciones
- Protección de riesgos ambientales
- Seguimiento telefónico
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas
- *Triage*: catástrofe
- Vigilancia: seguridad

Enfermería de salud mental/psiquiátrica

Administración de medicación	• Manejo de la demencia: baño
Aislamiento	• Manejo de la medicación
Apoyo en la protección contra abusos	• Manejo de la terapia electroconvulsiva
Asesoramiento	• Manejo de las alucinaciones
Aumentar el afrontamiento	• Manejo de los trastornos de la alimentación
Ayuda con los autocuidados: AIVD	• Mejorar el acceso a la información sanitaria
Ayuda para el control del enfado	• Modificación de la conducta
Biblioterapia	• Modificación de la conducta: habilidades sociales
Consulta	• Orientación de la realidad
Control de agentes químicos	• Potenciación de la autoestima
Control del humor	• Potenciación de la conciencia de sí mismo
Disminución de la ansiedad	• Potenciación de la imagen corporal
Entrenamiento de la asertividad	• Precauciones contra fugas
Entrenamiento para controlar los impulsos	• Precauciones contra incendios provocados
Escucha activa	• Prevención del consumo de sustancias nocivas
Establecer límites	• Prevención del suicidio
Facilitar el duelo	• Reestructuración cognitiva
Facilitar la expresión del sentimiento de culpa	• Relaciones complejas en el hospital
Facilitar permisos	• Restricción de zonas de movimiento
Fomentar la implicación familiar	• Sujeción física
Fototerapia: regulación del biorritmo	• Técnica de relajación
Gestión de casos	• Terapia con el entorno
Grupo de apoyo	• Terapia con juegos
Intervención en caso de crisis	• Terapia de grupo
Llevar un diario	• Terapia de reminiscencia
Manejo ambiental: prevención de la violencia	• Terapia familiar
Manejo de ideas ilusorias	• Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas
Manejo de la conducta: autolesión	• Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol
Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención	
Manejo de la conducta: sexual	
Manejo de la demencia	

Enfermería de salud pública/comunidad

- | | |
|--|---|
| Administración de medicación: subcutánea | • Enseñanza: sexo seguro |
| Análisis de la situación sanitaria | • Fomentar la paternidad |
| Apoyo en la protección contra abusos | • Fomentar la salud de la comunidad |
| ¹ Apoyo para la consecución del sustento | • Fomentar la seguridad en el vehículo |
| ¹ Asistencia en el mantenimiento del hogar | • Gestión de casos |
| Consulta | • Guías del sistema sanitario |
| ¹ Derivación | • Identificación de riesgos |
| ¹ Desarrollo de un programa | • Intercambio de información de cuidados de salud |
| ¹ Educación sanitaria | • Intermediación cultural |
| ¹ Enseñanza: grupo | • Manejo ambiental: comunidad |
| ¹ Enseñanza: nutrición del bebé (0-3 meses) | • Manejo ambiental: preparación del hogar |
| ¹ Enseñanza: nutrición del bebé (4-6 meses) | • Manejo ambiental: seguridad del trabajador |
| ¹ Enseñanza: nutrición del bebé (7-9 meses) | • Manejo de la inmunización/vacunación |
| ¹ Enseñanza: nutrición del bebé (10-12 meses) | • Manejo de los recursos económicos |
| ¹ Enseñanza: nutrición del niño (13-18 meses) | • Marketing social |
| ¹ Enseñanza: nutrición del niño (19-24 meses) | • Mejorar el acceso a la información sanitaria |
| ¹ Enseñanza: nutrición del niño (25-36 meses) | • Planificación familiar: anticoncepción |
| ¹ Enseñanza: seguridad del bebé (0-3 meses) | • Preparación ante el bioterrorismo |
| ¹ Enseñanza: seguridad del bebé (4-6 meses) | • Preparación para un desastre en la comunidad |
| » Enseñanza: seguridad del bebé (7-9 meses) | • Protección de riesgos ambientales |
| » Enseñanza: seguridad del bebé (10-12 meses) | • Seguimiento de la política sanitaria |
| ¹ Enseñanza: seguridad del niño (13-18 meses) | • Vigilancia: comunidad |
| ¹ Enseñanza: seguridad del niño (19-24 meses) | |
| » Enseñanza: seguridad del niño (25-36 meses) | |

Enfermería de urgencias

- | | |
|---|--|
| Administración de medicación | Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva |
| Administración de productos sanguíneos | Manejo de las convulsiones |
| Apoyo en la protección contra abusos: cónyuge | Manejo de las vías aéreas |
| Apoyo en la protección contra abusos: niños | Manejo de líquidos/electrolitos |
| Cuidados cardíacos: agudos | Manejo del código de urgencias |
| Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial | Manejo del desfibrilador: externo |
| Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa | Manejo del desfibrilador: interno |
| Cuidados de las heridas | Manejo del dolor |
| Cuidados en la emergencia | Manejo del marcapasos: temporal |
| ¹ Documentación | Manejo del shock |
| ¹ Enseñanza: individual | Monitorización de los signos vitales |
| ¹ Facilitar la presencia de la familia | ¹ Monitorización neurológica |
| ¹ Flebotomía: muestra de sangre venosa | ¹ Monitorización respiratoria |
| ¹ Intervención en caso de crisis | ¹ Oxigenoterapia |
| ¹ Manejo de electrolitos | ¹ Preparación ante el bioterrorismo |
| » Manejo de la anafilaxia | ¹ Primeros auxilios |
| » Manejo de la disritmia | ¹ Punción intravenosa (i.v.) |
| ¹ Manejo de la hipovolemia | ¹ Recogida de datos forenses |
| ¹ Manejo de la terapia trombolítica | ¹ Reposición de líquidos |

Continúa

Enfermería de urgencias (Cont.)

Resucitación	• Tratamiento de la exposición al calor
Terapia intravenosa (i.v.)	• Tratamiento del trauma de la violación
Transporte: dentro de la instalación	• <i>Triage</i> : centro de urgencias
Transporte: entre instalaciones	• <i>Triage</i> : teléfono

Enfermería de vuelo

Administración de medicación	Manejo de las vías aéreas artificiales
Administración de productos sanguíneos	Manejo del código de urgencias
Apoyo al cuidador principal	Manejo del desfibrilador: externo
Ayuda a la ventilación	Manejo del desfibrilador: interno
Consulta por teléfono	Manejo del shock
Control de hemorragias	Manejo del shock: cardíaco
Cuidados cardíacos: agudos	Manejo del shock: vasogénico
Cuidados de las heridas	Manejo del shock: volumen
Cuidados del recién nacido	Monitorización de los signos vitales
Cuidados en la emergencia	Monitorización del recién nacido
Facilitar la presencia de la familia	Monitorización hemodinámica invasiva
Interpretación de datos de laboratorio	Monitorización respiratoria
Manejo de la anafilaxia	Oxigenoterapia
Manejo de la hipovolemia	Prevención del shock
¹ Manejo de la sedación	Punción intravenosa (i.v.)
Manejo de la tecnología	Resucitación
Manejo de la terapia trombolítica	Terapia intravenosa (i.v.)
Manejo de la ventilación mecánica: invasiva	Transporte: entre instalaciones
¹ Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva	<i>Triage</i> : catástrofe

Enfermería epidemiológica y de control de infecciones

Control de las enfermedades transmisibles	• Manejo de la inmunización/vacunación
Control de infecciones	• Monitorización de la calidad
Control de infecciones: intraoperatorio	• Precauciones en la alergia al látex
Desarrollo de un programa	• Preparación ante el bioterrorismo
Educación sanitaria	• Protección contra las infecciones
Enseñanza: sexo seguro	• Protección de riesgos ambientales
Evaluación de productos	• Recogida de datos para la investigación
Facilitar el aprendizaje	• Seguimiento de la política sanitaria
Identificación de riesgos	• Vigilancia
Manejo ambiental: seguridad	

Enfermería escolar

- | | |
|--|---|
| Administración de analgésicos | • Estimulación de la integridad familiar |
| Administración de medicación: oral | • Facilitar el aprendizaje |
| Análisis de la situación sanitaria | • Facilitar el duelo |
| Aplicación de calor o frío | • Fomentar la implicación familiar |
| Apoyo a la familia | • Fomentar la resistencia |
| Apoyo al cuidador principal | • Fomentar la seguridad en el vehículo |
| Apoyo emocional | • Grupo de apoyo |
| Apoyo en la protección contra abusos: niños | • Cuía de anticipación |
| Apoyo en la toma de decisiones | • Guías del sistema sanitario |
| Apoyo espiritual | • Humor |
| Asesoramiento | • Intercambio de información de cuidados de salud |
| Asesoramiento nutricional | • Intervención en caso de crisis |
| Aumentar el afrontamiento | • Manejo de la alergia |
| Ayuda para el control del enfado | • Manejo de la medicación |
| Clarificación de valores | • Manejo del asma |
| Consulta por teléfono | • Manejo del dolor |
| Contacto | • Marketing social |
| Control de infecciones | • Mejora de la autoconfianza |
| Cuidados de las heridas | • Mejorar el acceso a la información sanitaria |
| Cuidados de las lentillas de contacto | • Monitorización de los signos vitales |
| Cuidados de los ojos | • Potenciación de la autoestima |
| Cuidados en la emergencia | • Potenciación de la disposición de aprendizaje |
| Delegación | • Potenciación de la socialización |
| Derivación | • Prevención de lesiones deportivas: jóvenes |
| Disminución de la ansiedad | • Prevención del consumo de sustancias nocivas |
| Disminución de la hemorragia | • Prevención del suicidio |
| Disminución de la hemorragia: heridas | • Primeros auxilios |
| Documentación | • Protección de los derechos del paciente |
| Educación paterna: adolescentes | • Reunión multidisciplinar sobre cuidados |
| Educación paterna: crianza familiar de los niños | « Técnica de relajación |
| Educación sanitaria | • Tratamiento de la fiebre |
| Enseñanza: individual | « Vigilancia de la piel |
| Escucha activa | |

Enfermería forense

- | | |
|---|--|
| • Análisis de la situación sanitaria | • Cuidados post mórtem |
| • Apoyo emocional | • Declaración/testimonio |
| • Apoyo en la protección contra abusos | • Derivación |
| • Asesoramiento | • Disminución de la ansiedad |
| • Ayuda en la exploración | • Documentación |
| • Consulta | • Estimulación de la integridad familiar |
| • Control de enfermedades transmisibles | • Facilitar el duelo |
| • Cuidados en la emergencia | • Guías del sistema sanitario |

Continúa

Enfermería forense (Cont.)

- Identificación de riesgos
- Informe de incidencias
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Interpretación de datos de laboratorio
- Intervención en caso de crisis
- Manejo ambiental: prevención de la violencia
- Manejo de muestras
- Prevención del consumo de sustancias nocivas
- Protección de los derechos del paciente
- Recogida de datos forenses
- Técnica de relajación
- Tratamiento del trauma de la violación

Enfermería gastroenterológica

- Administración de anestesia
- Administración de medicación: intramuscular (i.m.)
- Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
- Administración de medicación: oral
- Administración de medicación: rectal
- Apoyo emocional
- Asesoramiento nutricional
- Aspiración de las vías aéreas
- Control de infecciones
- Cuidados de la ostomía
- Cuidados de la sonda gastrointestinal
- Cuidados en la incontinencia intestinal: encopresis
- Disminución de la flatulencia
- Distracción
- Irrigación intestinal
- Manejo de la diarrea
- Manejo de la sedación
- Manejo de la tecnología
- Manejo de las náuseas
- Manejo de las vías aéreas
- Manejo de muestras
- Manejo del estreñimiento/impactación
- Manejo del vómito
- Manejo intestinal
- Mejora de la autoconfianza
- Monitorización de los signos vitales
- Precauciones para evitar la aspiración
- Punción intravenosa (i.v.)
- Sondaje gastrointestinal
- Técnica de relajación
- Vigilancia

Enfermería genética

- Análisis de la situación sanitaria
- Apoyo a la familia
- Apoyo emocional
- Asesoramiento
- Asesoramiento antes de la concepción
- Asesoramiento genético
- Aumentar el afrontamiento
- Clarificación de valores
- Cuidados por cese del embarazo
- Derivación
- Disminución de la ansiedad
- Documentación
- Educación paterna: crianza familiar de los niños
- Educación paterna: niño
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Escucha activa
- Estimulación de la integridad familiar
- > Facilitar el duelo
- » Fomentar la normalización familiar
- » Grupo de apoyo
- » Guía de anticipación
- > Identificación de riesgos: genéticos
- » Intercambio de información de cuidados de salud
- » Interpretación de datos de laboratorio
- » Intervención en caso de crisis
- » Manejo ambiental: comunidad
- » Mejora de la autoconfianza
- » Mejora del acceso a la información sobre salud
- » Movilización familiar
- » Protección de los derechos del paciente
- » Protección de riesgos ambientales
- » Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- » Seguimiento de la política sanitaria

Enfermería

- Administración de medicación
- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo emocional
- Apoyo en la protección contra abusos: ancianos
- Asistencia para los recursos financieros
- Aumentar el afrontamiento
- Autorización de seguros
- Ayuda al autocuidado
- Ayuda con los autocuidados: AIVD
- Biblioterapia
- Control de la medicación
- Cambio de posición
- Cuidados de la incontinencia intestinal
- Cuidados de la incontinencia urinaria
- Cuidados de los pies
- Cuidados del cabello
- Cuidados en la agonía
- Cuidados intermitentes
- Disminución del estrés por traslado
- Entrenamiento del hábito urinario
- Entrenamiento intestinal
- Escucha activa
- Evacuación inmediata
- Facilitar el duelo
- Fomentar la implicación familiar
- Fomento del ejercicio
- Gestión de casos
- Manejo ambiental: confort
- Manejo ambiental: preparación del hogar
- Manejo de la conducta
- Manejo de la demencia
- Manejo de la demencia: baño
- Manejo de la nutrición
- Manejo de líquidos/electrolitos
- Manejo de presiones
- Manejo del delirio
- Manejo del estreñimiento/impactación
- Manejo del prolapso rectal
- Mejora de la autoconfianza
- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Mejorar la comunicación: déficit auditivo
- Monitorización de las extremidades inferiores
- Protección de los derechos del paciente
- Seguimiento telefónico
- Terapia de actividad
- Terapia de ejercicios: ambulación
- Terapia de reminiscencia
- Terapia de validación
- Vestir

Enfermería holística

Acupresión	Facilitar la meditación
Análisis de la situación sanitaria	Facilitar el crecimiento espiritual
Apoyo al cuidador principal	Fomentar la implicación familiar
Apoyo emocional	Fomento del ejercicio
Apoyo en la toma de decisiones	Guía de anticipación
Apoyo espiritual	Humor
Aroma terapia	Imaginación simple dirigida
Asesoramiento	Implicación familiar
Asesoramiento nutricional	Llevar un diario
Aumentar el afrontamiento	Manejo ambiental
Ayuda en la modificación de sí mismo	Manejo de la energía
Biblioterapia	Masaje simple
Biorretroalimentación	Meditación
Clarificación de valores	Mejora de la autoconfianza
Contacto	Musicoterapia
Contacto terapéutico	Potenciación de la autoestima
Dar esperanza	Potenciación de la conciencia de sí mismo
Declarar la verdad al paciente	Potenciación de la imagen corporal
Disminución de la ansiedad	Presencia
Educación sanitaria	Reestructuración cognitiva
Enseñanza: grupo	Relajación muscular progresiva
Enseñanza: individual	Técnica de relajación
Entrenamiento autogénico	Terapia artística
Escucha activa	Terapia asistida con animales
Establecimiento de objetivos comunes	Terapia de relajación simple
Facilitar la autorresponsabilidad	

Enfermería intravenosa

Administración de analgésicos: intraespinal	Manejo de electrolitos: hipercalcemia
Administración de medicación: intraespinal	Manejo de electrolitos: hipercaliemia
Administración de medicación: intraósea	Manejo de electrolitos: hiperfosfatemia
Administración de medicación: intravenosa (i.v.)	Manejo de electrolitos: hipermagnesemia
Administración de medicación: reservorio ventricular	Manejo de electrolitos: hipernatremia
Administración de nutrición parenteral total (NPT)	Manejo de electrolitos: hipocalcemia
Administración de productos sanguíneos	Manejo de electrolitos: hipocaliemia
Apoyo al cuidador principal	Manejo de electrolitos: hipofosfatemia
Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)	Manejo de electrolitos: hipomagnesemia
Control de infecciones	Manejo de electrolitos: hiponatremia
Cuidados del catéter central insertado periféricamente	Manejo de la alergia
Cuidados del catéter de drenaje de ventriculostomía/lumbar	Manejo de la hiperglucemia
Cuidados del catéter umbilical	Manejo de la hipervolemia
Educación sanitaria	Manejo de la hipovolemia
Enseñanza: medicamentos prescritos	Manejo de la nutrición
Enseñanza: procedimiento/tratamiento	Manejo de la quimioterapia
Evaluación de productos	Manejo de la tecnología
Flebotomía: muestra de sangre arterial	Manejo de la terapia trombolítica
Flebotomía: muestra de sangre venosa	Manejo de líquidos
Flebotomía: obtención de una unidad de sangre	Manejo de líquidos/electrolitos
Flebotomía: vía canalizada	Manejo de los suministros
Identificación de riesgos	Manejo del dolor
Informe de incidencias	Mantenimiento del acceso para diálisis
Intercambio de información de cuidados de salud	Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)
Interpretación de datos de laboratorio	Monitorización ácido-base
Manejo ácido-base	Monitorización de electrolitos
Manejo ácido-base: acidosis metabólica	Monitorización de la calidad
Manejo ácido-base: acidosis respiratoria	Monitorización de líquidos
Manejo ácido-base: alcalosis metabólica	Monitorización hemodinámica invasiva
Manejo ácido-base: alcalosis respiratoria	Monitorización nutricional
Manejo ambiental: seguridad	Muestra de sangre capilar
Manejo de electrolitos	Protección contra las infecciones
	Punción intravenosa (i.v.)
	Terapia de diálisis peritoneal
	Terapia intravenosa (i.v.)
	Terapia nutricional
	Tratamiento de la hipotermia

Enfermería médico-quirúrgica

Administración de medicación	• Manejo de la eliminación urinaria
Administración de nutrición parenteral total (NPT)	• Manejo de la hiperglucemia
Administración de productos sanguíneos	• Manejo de la hipoglucemia
Alimentación enteral por sonda	• Manejo de la medicación
Apoyo emocional	• Manejo de la nutrición
Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)	• Manejo de la quimioterapia
Aspiración de las vías aéreas	• Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva
Ayuda al autocuidado	• Manejo de las convulsiones
Control de agentes químicos	• Manejo de las náuseas
Control de infecciones	• Manejo de las vías aéreas artificiales
Control de la medicación	• Manejo de líquidos/electrólitos
Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial	• Manejo de presiones
Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa	• Manejo del asma
Cuidados de la incontinencia intestinal	• Manejo del código de urgencias
Cuidados de la incontinencia urinaria	• Manejo del dolor
Cuidados de la ostomía	• Manejo del marcapasos: permanente
Cuidados de la sonda gastrointestinal	• Manejo del shock
Cuidados de las heridas	• Manejo del vómito
Cuidados de las úlceras por presión	• Mejorar el acceso a la información sanitaria
Cuidados de tracción/inmovilización	• Monitorización de la calidad
Cuidados del catéter urinario	• Monitorización de los signos vitales
Cuidados del drenaje torácico	• Monitorización neurológica
Cuidados del paciente encamado	• Monitorización respiratoria
Cuidados del sitio de incisión	• Muestra de sangre capilar
Cuidados post mórtem	• Oxigenoterapia
Desarrollo de situación crítica	• Planificación del alta
Disminución de la hemorragia: gastrointestinal	• Precauciones contra las convulsiones
Documentación	• Precauciones para evitar la aspiración
Enseñanza: individual	• Prevención de caídas
Enseñanza: medicamentos prescritos	• Prevención de úlceras por presión
Enseñanza: procedimiento/tratamiento	• Prevención del shock
Enseñanza: proceso de enfermedad	• Protección de los derechos del paciente
Entrenamiento intestinal	• Punción intravenosa (i.v.)
Facilitar la presencia de la familia	• Reunión multidisciplinar sobre cuidados
Fomentar la implicación familiar	• Sondaje gastrointestinal
Interpretación de datos de laboratorio	• Sujeción física
Manejo ácido-base	• Supervisión del personal
Manejo de electrolitos	• Terapia intravenosa (i.v.)
	• Vigilancia de la piel

Enfermería neonatal

- Administración de analgésicos
- Administración de medicación
- Administración de medicación: enteral
- Administración de medicación: intramuscular (i.m.)
- Administración de medicación: intravenosa (i.v.)
- Administración de medicación: oftálmica
- Administración de medicación: oral
- Administración de nutrición parenteral total (NPT)
- Administración de productos sanguíneos
- Alimentación
- Alimentación enteral por sonda
- Alimentación por biberón
- Apoyo a la familia
- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo de hermanos
- Aspiración de las vías aéreas
- Ayuda a la ventilación
- Ayuda en la lactancia materna
- Cambio de posición
- Cuidados de canguro (del niño prematuro)
- Cuidados de la circuncisión
- Cuidados de la ostomía
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico
- Cuidados de la sonda gastrointestinal
- Cuidados de las heridas
- Cuidados de los ojos
- Cuidados del catéter umbilical
- Cuidados del catéter urinario
- Cuidados del drenaje torácico
- Cuidados del lactante
- Cuidados del recién nacido
- Desarrollo de situación crítica
- Desintubación endotraqueal
- Destete de la ventilación mecánica
- Documentación
- Educación paterna: niño
- Facilitar las visitas
- Fomentar el acercamiento
- Fomentar la implicación familiar
- Fototerapia: neonato
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Interpretación de datos de laboratorio
- Intubación y estabilización de vías aéreas
- Manejo ácido-base
- Manejo ambiental
- Manejo ambiental: confort
- Manejo ambiental: proceso de acercamiento
- Manejo de electrolitos
- Manejo de electrolitos: hipercalcemia
- Manejo de electrolitos: hipercaliemia
- Manejo de electrolitos: hiperfosfatemia
- Manejo de electrolitos: hipermagnesemia
- Manejo de electrolitos: hipernatremia
- Manejo de electrolitos: hipocalcemia
- Manejo de electrolitos: hipocaliemia
- Manejo de electrolitos: hipofosfatemia
- Manejo de electrolitos: hipomagnesemia
- Manejo de electrolitos: hiponatremia
- Manejo de la hipovolemia
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo de la tecnología
- Manejo de la ventilación mecánica: invasiva
- Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva
- Manejo de las vías aéreas
- Manejo de las vías aéreas artificiales
- Manejo de líquidos
- Manejo del dolor
- Manejo del shock: volumen
- Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)
- Mejorar el sueño
- Monitorización de líquidos
- Monitorización de los signos vitales
- Monitorización del recién nacido
- Monitorización nutricional
- Monitorización respiratoria
- Oxigenoterapia
- Planificación del alta
- Protección contra las infecciones
- Punción intravenosa (i.v.)
- Regulación de la temperatura
- Resucitación
- Resucitación: neonato
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados
- Sondaje vesical
- Sondaje vesical: intermitente
- Succión no nutritiva
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Terapia nutricional
- Transporte: dentro de la instalación
- Transporte: entre instalaciones
- Vigilancia
- Vigilancia de la piel

Enfermería obstétrica

- Administración de medicación
- Administración de medicación: intraespinal
- Alimentación por biberón
- Asesoramiento en la lactancia
- Ayuda en la lactancia materna
- Cuidados de la circuncisión
- Cuidados de la zona de cesárea
- Cuidados del embarazo de alto riesgo
- Cuidados del recién nacido
- Cuidados intraparto
- Cuidados intraparto: parto de alto riesgo
- Cuidados por cese de embarazo
- Cuidados posparto
- Cuidados prenatales
- Disminución de la hemorragia: útero anteparto
- Disminución de la hemorragia: útero posparto
- Educación paterna: niño
- Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido)
- Facilitar el duelo: muerte perinatal
- Fomentar la paternidad
- Identificación de riesgos: familia con recién nacido
- Inducción al parto
- Manejo ambiental: proceso de acercamiento
- Manejo del dolor
- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Monitorización del recién nacido
- Monitorización fetal electrónica: antes del parto
- Monitorización fetal electrónica: durante el parto
- Monitorización hemodinámica invasiva
- Parto
- Planificación familiar: anticoncepción
- Preparación al parto
- Resucitación fetal
- Resucitación: neonato
- Supresión de las contracciones (de parto)
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas
- Vigilancia: al final del embarazo

Enfermería oftalmológica

- Administración de medicación
- Administración de medicación: intramuscular (i.m.)
- Administración de medicación: oftálmica
- Administración de medicación: oral
- Apoyo emocional
- Asistencia quirúrgica
- Ayuda con los autocuidados: AIVD
- Consulta
- Control de infecciones
- Control de infecciones: intraoperatorio
- Coordinación preoperatoria
- Cuidados de las lentillas de contacto
- Cuidados de los ojos
- Cuidados de una prótesis
- Cuidados del sitio de incisión
- Enseñanza: habilidad psicomotora
- Enseñanza: individual
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Enseñanza: prequirúrgica
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Escucha activa
- Fomentar la implicación familiar
- Manejo de la hipoglucemia
- Manejo de la sedación
- Mejorar la comunicación: déficit visual
- Monitorización de los signos vitales
- Planificación del alta
- Precauciones con el láser
- Preparación quirúrgica
- Prevención de caídas
- Punción intravenosa (i.v.)
- Seguimiento telefónico
- Terapia intravenosa (i.v.)
- Vigilancia

Enfermería ortopédica

Administración de analgésicos	• Cuidados del paciente escayolado: mantenimiento
Administración de medicación	• Cuidados del paciente escayolado: yeso húmedo
Administración de medicación: intramuscular (i.m.)	• Cuidados del sitio de incisión
Administración de medicación: intravenosa (i.v.)	• Desarrollo de situación crítica
Administración de medicación: oral	• Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito
Administración de productos sanguíneos	• Enseñanza: individual
Aplicación de calor o frío	• Enseñanza: medicamentos prescritos
Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)	• Enseñanza: prequirúrgica
Autotransfusión	• Enseñanza: procedimiento/tratamiento
Ayuda al autocuidado	• Fomento del ejercicio
Ayuda con los autocuidados: AIVD	• Información preparatoria: sensorial
Ayuda con los autocuidados: transferencia	• Inmovilización
Baño	• Manejo de presiones
Cambio de posición	• Manejo del delirio
Comprobación de sustancias controladas	• Manejo del dolor
Control de infecciones	• Manejo del estreñimiento/impactación
Cuidados de la piel: tratamiento tópico	• Mejorar la tos
Cuidados de la retención urinaria	• Monitorización de las extremidades inferiores
Cuidados de las heridas	• Planificación del alta
Cuidados de las heridas: drenaje cerrado	• Prevención de caídas
Cuidados de tracción/inmovilización	• Punción intravenosa (i.v.)
Cuidados de una prótesis	• Sujeción física
Cuidados del catéter urinario	• Terapia de ejercicios: ambulación
Cuidados del embolismo: periférico	• Terapia de ejercicios: movilidad articular
Cuidados del paciente encamado	• Terapia intravenosa (i.v.)
	• Vigilancia de la piel

Enfermería parroquial

Enfermería parroquial

- Apoyo a la familia
- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo emocional
- Apoyo en la protección contra abusos
- Apoyo en la toma de decisiones
- Apoyo espiritual
- Apoyo para la consecución del sustento
- Aumentar el afrontamiento
- Ayuda con los autocuidados: AIVD
- Clarificación de valores
- Consulta por teléfono
- Contacto
- Dar esperanza
- Derivación
- Disminución del estrés por traslado
- Educación sanitaria
- Enseñanza: grupo
- Enseñanza: individual
- Escucha activa
- Estimulación de la integridad familiar
- Facilitar el crecimiento espiritual
- Facilitar el duelo
- Facilitar el perdón
- Facilitar la expresión del sentimiento de culpa
- Facilitar la práctica religiosa
- Guía de anticipación
- Guías del sistema sanitario
- Humor
- Intercambio de información de cuidados de salud
- Intermediación cultural
- Intervención en caso de crisis
- Manejo ambiental: comunidad
- Manejo de la medicación
- Mejorar el acceso a la información sanitaria
- Potenciación de la socialización
- Presencia
- Prevención de la adicción religiosa
- Vigilancia

Enfermería pediátrica

- Administración de medicación
- Administración de nutrición parenteral total (NPT)
- Alimentación
- Apoyo al cuidador principal
- Apoyo emocional
- Apoyo en la protección contra abusos: niños
- Ayuda en la lactancia materna
- Cuidados del desarrollo
- Cuidados del lactante
- Documentación
- Educación paterna: adolescentes
- Educación paterna: crianza familiar de los niños
- Educación paterna: niño
- Educación sanitaria
- Enseñanza: entrenamiento para el aseo
- Enseñanza: estimulación del bebé (0-4 meses)
- Enseñanza: estimulación del bebé (5-8 meses)
- Enseñanza: estimulación del bebé (9-12 meses)
- Enseñanza: nutrición del bebé (0-3 meses)
- Enseñanza: nutrición del bebé (4-6 meses)
- Enseñanza: nutrición del bebé (7-9 meses)
- Enseñanza: nutrición del bebé (10-12 meses)
- Enseñanza: nutrición del niño (13-18 meses)
- Enseñanza: nutrición del niño (19-24 meses)
- Enseñanza: nutrición del niño (25-36 meses)
- Enseñanza: seguridad del bebé (0-3 meses)
- Enseñanza: seguridad del bebé (4-6 meses)
- Enseñanza: seguridad del bebé (7-9 meses)
- Enseñanza: seguridad del bebé (10-12 meses)
- Enseñanza: seguridad del niño (13-18 meses)
- Enseñanza: seguridad del niño (19-24 meses)
- Enseñanza: seguridad del niño (25-36 meses)
- Facilitar la presencia de la familia
- Fomentar el desarrollo: niño
- Fomentar la implicación familiar
- Fomentar la normalización familiar
- Fomentar la paternidad
- Fomentar la seguridad en el vehículo
- Identificación de riesgos
- Identificación de riesgos: genéticos
- Manejo ambiental: seguridad
- Manejo de la inmunización/vacunación
- Manejo de la nutrición
- Manejo de la tecnología
- Manejo de líquidos/electrolitos
- Manejo del asma

Enfermería pediátrica (Cont.)

Manejo del dolor	Reunión multidisciplinar sobre cuidados
Monitorización de los signos vitales	Terapia con juegos
Monitorización respiratoria	Terapia del trauma: niño
Oxigenoterapia	Terapia intravenosa (i.v.)
Planificación del alta	Tratamiento de la fiebre
Prevención de lesiones deportivas: jóvenes	Vigilancia

Enfermería perioperatoria

Administración de productos sanguíneos	Manejo de la anafilaxia
Apoyo emocional	Manejo de la sedación
Asistencia quirúrgica	Manejo de la tecnología
Autotransfusión	Manejo de los suministros
Ayuda con los autocuidados: transferencia	Manejo de muestras
Cambio de posición: intraoperatorio	Manejo de presiones
Colaboración con el médico	Monitorización de la calidad
Contacto	Monitorización de líquidos
Control de infecciones: intraoperatorio	Monitorización de los signos vitales
Coordinación preoperatoria	Oxigenoterapia
Cuidados de la piel: zona del injerto	Planificación del alta
Cuidados de la piel: zona donante	Precauciones en la hipertermia maligna
Cuidados de las heridas	Precauciones con el láser
Cuidados postanestesia	Precauciones con los torniquetes neumáticos
Delegación	Precauciones en la alergia al látex
Desarrollo de situación crítica	Precauciones quirúrgicas
Disminución de la ansiedad	Preceptor: empleado
Documentación	Preparación quirúrgica
Enseñanza: prequirúrgica	Presencia
Escucha activa	Protección de los derechos del paciente
Evaluación de productos	Regulación de la temperatura: intraoperatoria
Inducción de la hipotermia	Sutura
Manejo ambiental: confort	Transporte: dentro de la instalación
Manejo ambiental: seguridad	Vigilancia de la piel
Manejo ambiental: seguridad del trabajador	Vigilancia: seguridad
Manejo de electrolitos	

Enfermería psiquiátrica de niños y adolescentes

- Apoyo en la protección contra abusos: niños
- Consulta por teléfono
- Control del humor
- Cuidados en la incontinencia intestinal: encopresis
- Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis
- Educación sanitaria
- Enseñanza: medicamentos prescritos
- Entrenamiento para controlar los impulsos
- Fomentar el desarrollo: adolescentes
- Fomentar el desarrollo del niño
- Fomentar la implicación familiar
- Fomentar la normalización familiar
- Fomentar la paternidad
- Fomentar la resistencia
- Gestión de casos

Continúa

Enfermería psiquiátrica de niños y adolescentes (Cont.)

Manejo ambiental: comunidad	Movilización familiar
Manejo de ideas ilusorias	Precauciones contra fugas
Manejo de la conducta: autolesión	Prescribir medicación
Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención	Relaciones complejas en el hospital
Manejo de la conducta: sexual	Reunión multidisciplinar sobre cuidados
Manejo de la medicación	Supervisión del personal
Mantenimiento en procesos familiares	Terapia artística
Mediación de conflictos	Terapia de actividad
Mejorar el acceso a la información sanitaria	Terapia del trauma: niño
Modificación de la conducta: habilidades sociales	Terapia familiar

Enfermería radiológica

Administración de analgésicos	• Manejo de la tecnología
Administración de medicación	• Manejo de las vías aéreas
Administración de medicación: intravenosa (i.v.)	• Manejo de líquidos
Administración de productos sanguíneos	• Manejo de líquidos/electrolitos
Análisis de la situación sanitaria	• Manejo del marcapasos: permanente
Apoyo emocional	• Manejo del código de urgencias
Aspiración de las vías aéreas	• Manejo del dolor
Ayuda a la ventilación	• Mejora de la perfusión cerebral
Ayuda en la exploración	• Monitorización de la calidad
Ayuda para dejar de fumar	• Monitorización de líquidos
Consulta por teléfono	• Monitorización de los signos vitales
Contacto	• Monitorización neurológica
Control de hemorragias	• Monitorización respiratoria
Control de infecciones	• Oxígeno terapia
Cuidados de la sonda gastrointestinal	• Planificación del alta
Cuidados del catéter urinario	• Potenciación de la seguridad
Cuidados del drenaje	• Precauciones cardíacas
Cuidados del drenaje torácico	• Precauciones circulatorias
Cuidados del embolismo: periférico	• Precauciones con el láser
Cuidados del embolismo: pulmonar	• Precauciones en el embolismo
Cuidados en la emergencia	• Precauciones en la alergia al látex
Derivación	• Precauciones para evitar la aspiración
Disminución de la ansiedad	• Prevención de hemorragia
Disminución de la hemorragia	• Prevención del shock
Enseñanza: individual	• Protección contra las infecciones
Enseñanza: procedimiento/tratamiento	• Punción intravenosa (i.v.)
Información preparatoria: sensorial	• Recogida de datos para la investigación
Informe de incidencias	• Reposición de líquidos
Intercambio de información de cuidados de salud	• Resucitación
Manejo ambiental: seguridad	• Sondaje vesical
Manejo de la alergia	• Supervisión del personal
Manejo de la disritmia	• Técnica de relajación
Manejo de la radioterapia	• Terapia de relajación simple
Manejo de la sedación	• Terapia intravenosa (i.v.)
	• Transporte

Enfermería urológica

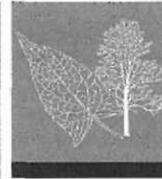
- | | |
|---|---|
| Administración de analgésicos | • Evacuación inmediata |
| Administración de medicación | • Gestión de casos |
| Apoyo al cuidador principal | • Información preparatoria: sensorial |
| Asistencia quirúrgica | • Irrigación de la vejiga |
| Biorretroalimentación | • Manejo de la eliminación urinaria |
| Cambio de posición: intraoperatorio | • Manejo de la medicación |
| Control de infecciones: intraoperatorio | • Manejo de la radioterapia |
| Coordinación preoperatoria | • Manejo de la quimioterapia |
| Cuidados de la incontinencia urinaria | • Manejo de líquidos/electrólitos |
| Cuidados de la ostomía | • Manejo de muestras |
| Cuidados de la retención urinaria | • Manejo del pesario |
| Cuidados del catéter urinario | • Mantenimiento del acceso para diálisis |
| Cuidados del drenaje | • Modificación de la conducta |
| Ejercicio del suelo pélvico | • Potenciación de la imagen corporal |
| Enseñanza: individual | • Precauciones en la alergia al látex |
| Enseñanza: medicamentos prescritos | • Precauciones quirúrgicas |
| Enseñanza: prequirúrgica | • Preparación quirúrgica |
| Enseñanza: procedimiento/tratamiento | • Regulación de la temperatura: intraoperatoria |
| Enseñanza: proceso de enfermedad | • Sondaje vesical |
| Entrenamiento de la vejiga urinaria | • Sondaje vesical: intermitente |
| Entrenamiento del hábito urinario | • Terapia intravenosa (i.v.) |
| Escucha activa | |

Enfermería vascular

Enferm vascular

- | | |
|--|---|
| • Análisis de la situación sanitaria | • Enseñanza: individual |
| • Ayuda al autocuidado | • Facilitar el duelo |
| • Ayuda para dejar de fumar | • Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión |
| • Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial | • Identificación de riesgos |
| • Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa | • Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo |
| • Cuidados de la piel: tratamiento tópico | • Manejo de la medicación |
| • Cuidados de la piel: zona del injerto | • Manejo de la nutrición |
| • Cuidados de la piel: zona donante | • Manejo de la sensibilidad periférica alterada |
| • Cuidados de las heridas | • Manejo del dolor |
| • Cuidados de las úlceras por presión | • Monitorización de las extremidades inferiores |
| • Cuidados de las uñas | • Planificación del alta |
| • Cuidados de los pies | • Precauciones circulatorias |
| • Cuidados de una prótesis | • Precauciones en el embolismo |
| • Cuidados del embolismo: periférico | • Prevención de úlceras por presión |
| • Cuidados del embolismo: pulmonar | • Protección contra las infecciones |
| • Cuidados del paciente amputado | • Terapia con sanguijuelas |
| • Cuidados del sitio de incisión | • Terapia de ejercicios: ambulación |
| • Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito | • Terapia de ejercicios: control muscular |
| • Enseñanza: cuidados de los pies | • Terapia de ejercicios: movilidad articular |

QUINTA PARTE



Tiempo estimado
y nivel de formación
necesarios
para realizar
intervenciones
de la NIC



Tiempo estimado y nivel de formación necesarios para realizar intervenciones de la NIC

En este apartado se incluye la estimación del tiempo de ejecución y el tipo de personal para la realización de cada una de las 542 intervenciones. El material que aquí se incluye es la actualización de una monografía preparada previamente titulada *Estimated Time and Educational Requirements to Perform 486 Nursing Interventions*¹, publicada por el Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness en el College of Nursing, University of Iowa. En el *Nursing Economics*² se publicó un borrador inicial de partes de la monografía («Determining Cost of Nursing Interventions: A Beginning»)³.

METODOLOGÍA

Primer paso: Las 433 intervenciones incluidas en la segunda edición de la NIC se valoraron en 1999 en respuesta a una petición realizada por el usuario que incorporaba la NIC en un manual de codificación/coste⁴. Pequeños grupos de miembros del equipo de investigación valoraron intervenciones escogidas en su área de experiencia respecto a (1) la formación necesaria y (2) el tiempo necesario para cada intervención. Los miembros de los grupos de valoración hacían referencia a las definiciones y actividades de las intervenciones de la segunda edición de la NIC⁴. Cada grupo devolvió su trabajo a los investigadores principales, quienes, con otros dos miembros del equipo de investigación, revisaron la consistencia de todas las valoraciones para todas las intervenciones.

Segundo paso: A finales del año 2000 se habían realizado valoraciones utilizando el mismo método para las 53 intervenciones nuevas de la tercera edición de la NIC publicada el año 2000⁵. Los cambios en las intervenciones de la segunda a la tercera edición también se examinaron para valorar su impacto. Después se revisaron juntas las valoraciones de las 486 intervenciones, y unas pocas se modificaron para ser consecuentes con otras de la misma clase. Esta información se publicó en forma de monografía⁶.

Tercer paso: En el año 2002, durante la preparación del manuscrito de la cuarta edición⁶, se estimó el tiempo y la formación necesarios para cada una de las 29 intervenciones nuevas de la cuarta edición, y se revisaron las tablas, añadiendo las intervenciones nuevas y eliminando una intervención antigua, y realizando también algunas modificaciones menores. Para incorporar las 34 intervenciones nuevas de esta edición, así como las eliminadas y los cambios de etiquetas, se realizó un proceso similar.

En las Figuras 1 y 2 se incluye un ejemplo del formulario de instrucciones y de valoración.

Se definió la *formación mínima necesaria* para realizar la intervención en la mayoría de casos, en la mayoría de estados, y se valoró como (1) ayudante de enfermería/LPN/LVN/técnica; (2) licenciada en enfermería (formación básica, *baccalaureate*, AD o diploma), o (3) licenciada en enfermería con formación o certificado de posgrado. La formación de posgrado se definió como formación o práctica especializada además de la formación de licenciada en enfermería, incluyendo un máster con o sin certificado o un curso corto que conduce al certificado. Estas categorías se acordaron después de una discusión minuciosa. Se escogieron por encima de otras posibilidades dado que se creyó que las categorías permitían que los evaluadores discriminaran entre ellas, aunque no eran tan sutiles como para que los evaluadores no pudiesen ser consecuentes. Los tipos básicos de preparación de enfermeras licenciadas se agruparon en una categoría porque reflejaba la realidad de la situación práctica, que generalmente no diferencia entre responsabilidades laborales según la preparación de la licenciada en enfermería.

El *tiempo necesario* se definió como el tiempo medio necesario para realizar la intervención. Se pidió a los evaluadores que identificaran un tiempo medio que pudiese utilizarse para determinar las tarifas

Check only one box in each area.

Education Needed: What is the *minimal* educational level necessary to perform the intervention? (This means that all or the vast majority of the activities can be done by the person indicated.) RN license includes associate's degree, diploma, baccalaureate. Post-basic means specialized education or training beyond any one of these educational preparations. This could include a master's degree with or without certification or a short course that leads to a certificate or certification. The indication of only 3 categories is not a very sensitive measure but it is not possible (or desirable) at this time to make any finer judgment. Also, think "in most cases in most states." There may be regional or state differences but that will be up to the insurance people to determine.

Time Needed: Think about the average time needed to perform the Intervention—when you do the intervention how long, on average, does it take each time? While time may vary by patients and nurses and the specialty, these differences are unknown for now and averages will be used. We need some starting point—an average time that can be used to determine reimbursement rates. We want to make it long enough so that it can be done but not so long that it prices the intervention too high. The more time that is checked will result in a higher price for the insurance company/client.

Fig. 1 Instrucciones para la formación y el tiempo necesarios para cada intervención.

de retribución (suficientemente largo para que pudiera realizarse la intervención aunque no tan largo como para que el precio de la intervención sea exageradamente alto para que la compañía de seguros o el cliente lo paguen). Los evaluadores escogieron uno de los cinco posibles tiempos estimados: (1) 15 minutos o menos; (2) 16-30 minutos; (3) 31-45 minutos; (4) 46-60 minutos, y (5) más de 1 hora.

RESULTADOS

La Tabla 1 lista los requisitos de tiempo y formación considerados por los evaluadores para todas las 542 intervenciones listadas por orden alfabético. Esta tabla puede utilizarse para mejorar los requisitos de tiempo o formación para cada una de las intervenciones.

Las Tablas 2 y 3 se centran en los requisitos de formación. La Tabla 2 lista las intervenciones adecuadas para la delegación a un auxiliar de enfermería (en función del paciente, entorno o profesional de los cuidados), y la Tabla 3 lista las intervenciones que son adecuadas para enfermeras licenciadas con formación de posgrado. Estas tablas están organizadas a partir de los siete campos y clases NIC.

Las Tablas 4 a 8 se centran en los requisitos de tiempo y relacionan las intervenciones según cada uno de los cinco períodos de tiempo: 15 minutos o menos (Tabla 4), 16-30 minutos (Tabla 5), 31-45 minutos (Tabla 6), 46-60 minutos (Tabla 7) y más de 1 hora (Tabla 8). La Tabla 9 proporciona un resumen del número de intervenciones en cada uno de los períodos de tiempo, y demuestra que cada categoría tiene un buen número de intervenciones. Se consideró que cerca del 21% de las intervenciones se realizaban en 15 minutos o menos y que el 21% se realizaban en más de 1 hora,

RESUMEN

Este apéndice incluye las estimaciones iniciales de tiempo y nivel de formación necesarios para realizar las 542 intervenciones incluidas en esta edición de la Clasificación. Se recalca que las estimaciones se basan en juicios realizados por personas familiarizadas con la intervención y con el área de especialidad práctica. Las valoraciones que se incluyen pueden diferir según el centro y el profesional. Las estimaciones proporcionan un punto de inicio para estimar el tiempo necesario, el nivel necesario de formación del profesional y el coste de los cuidados de enfermería.

PHYSIOLOGICAL BASIC: Activity and Exercise Enhancement	
Body Mechanics Promotion	
Education Needed (check one)	Time Needed (check one)
Nursing assistant/LPN/LVN/technician	15 minutes or less
	16-30 minutes
RN (basic education either bacc, AD, dip.)	31-45 minutes
	46-60 minutes
RN with post-basic education or certification	Over 1 hour
Energy Management	
Education Needed (check one)	Time Needed (check one)
Nursing assistant/LPN/LVN/technician	15 minutes or less
	16-30 minutes
RN (basic education either bacc, AD, dip.)	31-45 minutes
	46-60 minutes
RN with post-basic education or certification	Over 1 hour
Exercise Promotion	
Education Needed (check one)	Time Needed (check one)
Nursing assistant/LPN/LVN/technician	15 minutes or less
	16-30 minutes
RN (basic education either bacc, AD, dip.)	31-45 minutes
	46-60 minutes
RN with post-basic education or certification	Over 1 hour
Exercise Therapy: Ambulation	
Education Needed (check one)	Time Needed (check one)
Nursing assistant/LPN/LVN/technician	15 minutes or less
	16-30 minutes
RN (basic education either bacc, AD, dip.)	31-45 minutes
	46-60 minutes
RN with post-basic education or certification	Over 1 hour

©Center for Nursing Classification, 2000

Fig. 2 Ejemplo de un formulario de valoración. (Las estimaciones se realizaron a partir de este formulario para las intervenciones de la NIC dentro de la clase taxonómica Control de actividad y ejercicio del dominio Fisiológico: básico). (© Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness, 2000. Utilizado con permiso.)

Tabla 1

TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 542 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Acuerdo con el paciente	4420	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Acupresión	1320	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Administración de analgésicos	2210	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Administración de analgésicos: intraespinal	2214	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Administración de anestesia	2840	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Administración de medicación	2300	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Administración de medicación: enteral	2301	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Administración de medicación: inhalatoria	2311	Ayudante de enfermería	£ 15 minutos
Administración de medicación: interpleural	2302	Licenciada en enfermería con posgrado	< 15 minutos
Administración de medicación: intradérmica	2312	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Administración de medicación: intraespinal	2319	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Administración de medicación: intramuscular (i.m.)	2313	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Administración de medicación: intraósea	2303	Licenciada en enfermería con posgrado	< 15 minutos
Administración de medicación: intravenosa (i.v.)	2314	Licenciada en enfermería	£ 15 minutos
Administración de medicación: nasal	2320	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Administración de medicación: oftálmica	2310	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Administración de medicación: oral	2304	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Administración de medicación: ótica	2308	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Administración de medicación: rectal	2315	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Administración de medicación: reservorio ventricular	2307	Licenciada en enfermería con posgrado	< 15 minutos
Administración de medicación: subcutánea	2317	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Administración de medicación: tópica	2316	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Administración de medicación: vaginal	2318	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Administración de nutrición parenteral total (NPT)	1200	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Administración de productos sanguíneos	4030	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Aislamiento	6630	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Alimentación	1050	Ayudante de enfermería	16-30 minutos

Tabla 1

TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 542 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO (Cont.)

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Alimentación enteral por sonda	1056	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Alimentación por biberón	1052	Ayudante de enfermería	31-45 minutos
AnuTioinfusión	6700	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Análisis de la situación sanitaria	6520	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Análisis de laboratorio a pie de cama	7610	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Aplicación de calor o frío	1380	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Apoyo a la familia	7140	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Apoyo al cuidador principal	7040	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Apoyo de hermanos	7280	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Apoyo emocional	5270	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Apoyo en la protección contra abusos	6400	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Apoyo en la protección contra abusos: ancianos	6404	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Apoyo en la protección contra abusos: cónyuge	6403	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Apoyo en la protección contra abusos: niños	6402	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Apoyo en la protección contra abusos: religioso	6408	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Apoyo en la toma de decisiones	5250	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Apoyo espiritual	5420	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Apoyo para la consecución del sustento	7500	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Aromaterapia	1330	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Asesoramiento	5240	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Asesoramiento antes de la concepción	5247	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Asesoramiento en la lactancia	5244	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Asesoramiento genético	5242	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Asesoramiento nutricional	5246	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Asesoramiento sexual	5248	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Asistencia en el mantenimiento del hogar	7180	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)	2400	Licenciada en enfermería	16-30 minutos

Continúa

TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 542 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO (Código)

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Asistencia para los recursos financieros	7380	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Asistencia quirúrgica	2900	Ayudante de enfermería	> 1 hora
Aspiración de las vías aéreas	3160	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Aumentar el afrontamiento	5230	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Aumentar los sistemas de apoyo	5440	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Autorización de seguros	7410	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Autotransfusión	2860	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Ayuda a la ventilación	3390	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Ayuda al autocuidado	1800	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Ayuda con los autocuidados: A1VD	1805	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Ayuda con los autocuidados: alimentación	1803	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Ayuda con los autocuidados: aseo	1804	Ayudante de enfermería	£ 15 minutos
Ayuda con los autocuidados: baño/higiene	1801	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Ayuda con los autocuidados: transferencia	1806	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal	1802	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Ayuda en la exploración	7680	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Ayuda en la lactancia materna	1054	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Ayuda en la modificación de sí mismo	4470	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Ayuda para dejar de fumar	4490	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Ayuda para disminuir el peso	1280	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Ayuda para el control del enfado	4640	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Ayuda para ganar peso	1240	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Baño	1610	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Biblioterapia	4680	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Biorretroalimentación	5860	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Cambio de posición	0840	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cambio de posición: intraoperatorio	0842	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cambio de posición: neurológico	0844	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cambio de posición: silla de ruedas	0846	Licenciada en enfermería	< 15 minutos

TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 542 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO (Cott.)

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Clarificación de valores	5480	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Colaboración con el médico	7710	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Comprobación de sustancias controladas	7620	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Consulta	7910	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Consulta por teléfono	8180	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Contacto	5460	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Contacto terapéutico	5465	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Contención de los costes	7630	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Control de agentes químicos	6430	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Control de enfermedades transmisibles	8820	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Control de hemorragias	4160	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Control de infecciones	6540	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Control de infecciones: intraoperatorio	6545	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Control de la medicación	2395	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Control del humor	5330	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Coordinación preoperatoria	2880	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados cardíacos	4040	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados cardíacos: agudos	4044	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados cardíacos: rehabilitación	4046	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico	4064	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial	4062	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa	4066	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Cuidados de canguro (del niño prematuro)	6840	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Cuidados de enfermería al ingreso	7310	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de la circuncisión	3000	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Cuidados de la incontinencia intestinal	0410	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de la incontinencia urinaria	0610	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis	0612	Licenciada en enfermería	16-30 minutos

Continúa

TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 542 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO (Cont.)

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Cuidados de la ostomía	0480	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Cuidados de la piel: tratamiento tópico	3584	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de la piel: zona del injerto	3583	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de la piel: zona donante	3582	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de la retención urinaria	0620	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Cuidados de la sonda gastrointestinal	1874	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Cuidados de la zona de cesárea	6750	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados de las heridas	3660	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados de las heridas: drenaje cerrado	3662	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados de las heridas: quemaduras	3661	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Cuidados de las lentillas de contacto	1620	Ayudante de enfermería	£ 15 minutos
Cuidados de las úlceras por presión	3520	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cuidados de las uñas	1680	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cuidados de los oídos	1640	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de los ojos	1650	Licenciada en enfermería	£ 15 minutos
Cuidados de los pies	1660	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados de tracción/inmovilización	0940	Licenciada en enfermería	£ 15 minutos
Cuidados de una prótesis	1780	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Cuidados del cabello	1670	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cuidados del catéter central insertado periféricamente	4220	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Cuidados del catéter de drenaje de ventrículos tomía/lumbar	1878	Licenciada en enfermería	£ 15 minutos
Cuidados del catéter umbilical	1875	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Cuidados del catéter urinario	1876	Ayudante de enfermería	£ 15 minutos
Cuidados del desarrollo	8250	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Cuidados del drenaje	1870	Ayudante de enfermería	£ 15 minutos
Cuidados del drenaje torácico	1872	Licenciada en enfermería	£ 15 minutos
Cuidados del embarazo de alto riesgo	6800	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Cuidados del embolismo: periférico	4104	Licenciada en enfermería	16-30 minutos

TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 542 LMINTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO (COIÜ)

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Cuidados del embolismo: pulmonar	4106	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados del lactante	6820	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Cuidados del paciente amputado	3420	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados del paciente encamado	0740	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cuidados del paciente escayolado: mantenimiento	0762	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Cuidados del paciente escayolado: yeso húmedo	0764	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados del recién nacido	6880	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Cuidados del sitio de incisión	3440	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Cuidados en la agonía	5260	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados en la emergencia	6200	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cuidados en la incontinencia intestinal: encopresis	0412	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Cuidados intermitentes	7260	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Cuidados intraparto	6830	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Cuidados intraparto: parto de alto riesgo	6834	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Cuidados perineales	1750	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Cuidados por cese del embarazo	6950	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Cuidados posparto	6930	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Cuidados post mórtem	1770	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Cuidados postanestesia	2870	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Cuidados prenatales	6960	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Dar esperanza	5310	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Declaración/testimonio	7930	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Declarar la verdad al paciente	5470	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Delegación	7650	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Derivación	8100	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Desarrollo de situación crítica	7640	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Desarrollo de un programa	8700	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Desarrollo del personal	7850	Licenciada en enfermería	> 1 hora

Continúa

TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 542 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO (Cont.)

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Desintubación endotraqueal	3270	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Destete de la ventilación mecánica	3310	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Disminución de la ansiedad	5820	Ayudante de enfermería	31-45 minutos
Disminución de la flatulencia	0470	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Disminución de la hemorragia	4020	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Disminución de la hemorragia: gastrointestinal	4022	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Disminución de la hemorragia: heridas	4028	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Disminución de la hemorragia: nasal	4024	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Disminución de la hemorragia: útero anteparto	4021	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Disminución de la hemorragia: útero posparto	4026	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Disminución del estrés por traslado	5350	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Distracción	5900	Ayudante de enfermería	31-45 minutos
Documentación	7920	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Educación paterna: adolescentes	5562	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Educación paterna: crianza familiar de los niños	5566	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Educación paterna: niño	5568	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Educación sanitaria	5510	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Ejercicio del suelo pélvico	0560	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito	5612	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: cuidados de los pies	5603	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: dieta prescrita	5614	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: entrenamiento para el aseo	5634	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: estimulación del bebé (0-4 meses)	5655	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: estimulación del bebé (5-8 meses)	5656	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: estimulación del bebé (9-12 meses)	5667	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: grupo	5604	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Enseñanza: habilidad psicomotora	5620	Licenciada en enfermería	16-30 minutos

Tabla 1

TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 542 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO (Cont.)

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Enseñanza: individual	5606	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Enseñanza: medicamentos prescritos	5616	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del bebé (0-3 meses)	5640	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del bebé (4-6 meses)	5641	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del bebé (7-9 meses)	5642	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del bebé (10-12 meses)	5643	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del niño (13-18 meses)	5660	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del niño (19-24 meses)	5661	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: nutrición del niño (25-36 meses)	5662	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: prequirúrgica	5610	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: procedimiento/tratamiento	5618	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: proceso de enfermedad	5602	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del bebé (0-3 meses)	5645	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del bebé (4-6 meses)	5646	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del bebé (7-9 meses)	5647	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del bebé (10-12 meses)	5648	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del niño (13-18 meses)	5665	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del niño (19-24 meses)	5666	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: seguridad del niño (25-36 meses)	5667	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: sexo seguro	5622	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Enseñanza: sexualidad	5624	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Entrenamiento autogénico	5840	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Entrenamiento de la asertividad	4340	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Entrenamiento de la memoria	4760	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Entrenamiento de la vejiga urinaria	0570	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Entrenamiento del hábito urinario	0600	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Entrenamiento intestinal	0440	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Entrenamiento para controlar los impulsos	4370	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Escucha activa	4920	Licenciada en enfermería	16-30 minutos

Continúa

TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 542 INTERVENCIONES DE LA NTC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO (Cont.)

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Establecer límites	4380	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Establecimiento de objetivos comunes	4410	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Estimulación cognoscitiva	4720	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Estimulación cutánea	1340	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Estimulación de la integridad familiar	7100	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido)	7104	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)	1540	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Etapas en la dieta	1020	Licenciada en enfermería	i 15 minutos
Evacuación inmediata	0640	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Evaluación de compañeros	7700	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Evaluación de productos	7760	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Exploración de la mama	6522	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Facilitar el aprendizaje	5520	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Facilitar el crecimiento espiritual	5426	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Facilitar el duelo	5290	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Facilitar el duelo: muerte perinatal	5294	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Facilitar el perdón	5280	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Facilitar la autohipnosis	5922	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Facilitar la autorresponsabilidad	4480	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Facilitar la expresión del sentimiento de culpa	5300	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Facilitar la meditación	5960	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Facilitar la práctica religiosa	5424	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Facilitar la presencia de la familia	7170	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Facilitar las visitas	7560	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Facilitar permisos	7440	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Fisioterapia respiratoria	3230	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Flebotomía: muestra de sangre arterial	4232	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Flebotomía: muestra de sangre venosa	4238	Licenciada en enfermería	< 15 minutos

TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 542 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO (Cont.)

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Flebotomía: obtención de una unidad de sangre	4234	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Flebotomía: vía canalizada	4235	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Fomentar el acercamiento	6710	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Fomentar el desarrollo: adolescentes	8272	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Fomentar el desarrollo: niño	8274	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Fomentar la implicación familiar	7110	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Fomentar la normalización familiar	7200	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Fomentar la paternidad	8300	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Fomentar la resistencia	8340	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Fomentar la salud bucal	1720	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Fomentar la salud de la comunidad	8500	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Fomentar la seguridad en el vehículo	9050	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Fomentar los mecanismos corporales	0140	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Fomento de ejercicios: extensión	0202	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Fomento del ejercicio	0200	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión	0201	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Fototerapia: neonato	6924	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Fototerapia: regulación del biorritmo	6926	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Gestión de casos	7320	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Grupo de apoyo	5430	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Guía de anticipación	5210	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Guías del sistema sanitario	7400	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Hipnosis	5920	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Humor	5320	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Identificación de riesgos	6610	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Identificación de riesgos: familia con recién nacido	6612	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Identificación de riesgos: genéticos	6614	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Imaginación simple dirigida	6000	Licenciada en enfermería	31-45 minutos

Continúa

TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 542 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO (Cont.)

Intervención	Código	Nivel de formación	tiempo necesario
Inducción al parto	6850	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Inducción de la hipotermia	3790	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Información preparatoria: sensorial	5580	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Informe de incidencias	7980	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Informe de turnos	8140	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Inmovilización	0910	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Intercambio de información de cuidados de salud	7960	Licenciada en enfermería	£ 15 minutos
Intermediación cultural	7330	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Interpretación de datos de laboratorio	7690	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Intervención en caso de crisis	6160	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Intubación y estabilización de vías aéreas	3120	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Irrigación de heridas	3680	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Irrigación de la vejiga	0550	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Irrigación intestinal	0420	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Llevar un diario	4670	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Manejo ácido-base	1910	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Manejo ácido-base: acidosis metabólica	1911	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo ácido-base: acidosis respiratoria	1913	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo ácido-base: alcalosis metabólica	1912	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo ácido-base: alcalosis respiratoria	1914	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo ambiental	6480	Ayudante de enfermería	31-45 minutos
Manejo ambiental: comunidad	6484	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Manejo ambiental: confort	6482	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Manejo ambiental: preparación del hogar	6485	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Manejo ambiental: prevención de la violencia	6487	Ayudante de enfermería	> 1 hora
Manejo ambiental: proceso de acercamiento	6481	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Manejo ambiental: seguridad	6486	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo ambiental: seguridad del trabajador	6489	Licenciada en enfermería	> 1 hora

TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 542 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO (Cont.)

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo	2760	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de electrolitos	2000	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de electrolitos: hipercalcemia	2001	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrolitos: hipercaliemia	2002	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrolitos: hiperfosfatemia	2005	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrolitos: hipermagnesemia	2003	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrolitos: hipernatremia	2004	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrolitos: hipocalcemia	2006	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrolitos: hipocaliemia	2007	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrolitos: hipofosfatemia	2010	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrolitos: hipomagnesemia	2008	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de electrolitos: hiponatremia	2009	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de ideas ilusorias	6450	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Manejo de la alergia	6410	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la anafilaxia	6412	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Manejo de la conducta	4350	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Manejo de la conducta: autolesión	4354	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención	4352	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la conducta: sexual	4356	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de la demencia	6460	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Manejo de la demencia: baño	6462	Ayudante de enfermería	31-45 minutos
Manejo de la diarrea	0460	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Manejo de la disreflexia	2560	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la disritmia	4090	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la eliminación urinaria	0590	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Manejo de la energía	0180	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la hiperglucemia	2120	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Manejo de la hipervolemia	4170	Licenciada en enfermería	16-30 minutos

Continúa

Tabla 1

TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 542 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO (Cont.)

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Manejo de la hipoglucemia	2130	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Manejo de la hipovolemia	4180	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la inmunización/vacunación	6530	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la medicación	2380	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de la nutrición	1100	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Manejo de la quimioterapia	2240	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Manejo de la radioterapia	6600	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Manejo de la sedación	2260	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Manejo de la sensibilidad periférica alterada	2660	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Manejo de la tecnología	7880	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Manejo de la tecnología reproductora	7886	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Manejo de la terapia electroconvulsiva	2570	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Manejo de la terapia trombolítica	4270	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Manejo de la ventilación mecánica: invasiva	3300	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva	3302	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Manejo de las alucinaciones	6510	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Manejo de las convulsiones	2680	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de las náuseas	1450	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Manejo de las vías aéreas	3140	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo de las vías aéreas artificiales	3180	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Manejo de líquidos	4120	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo de líquidos/electrolitos	2080	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Manejo de los recursos económicos	8550	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Manejo de los suministros	7840	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Manejo de los trastornos de la alimentación	1030	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Manejo de muestras	7820	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Manejo de presiones	3500	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo del asma	3210	Licenciada en enfermería	16-30 minutos

TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 542 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO (Cont.)

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Manejo del código de urgencias	6140	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del delirio	6440	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Manejo del desfibrilador: externo	4095	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del desfibrilador: interno	4096	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del dolor	1400	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Manejo del edema cerebral	2540	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Manejo del estreñimiento/impactación	0450	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo del marcapasos: permanente	4091	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del marcapasos: temporal	4092	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del pesario	0630	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo del peso	1260	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del prolapso rectal	0490	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Manejo del prurito	3550	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo del shock	4250	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo del shock: cardíaco	4254	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo del shock: vasogénico	4256	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del shock: volumen	4258	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Manejo del síndrome premenstrual	1440	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Manejo del vómito	1570	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Manejo intestinal	0430	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)	2440	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Mantenimiento de la salud bucal	1710	Licenciada en enfermería	£ 15 minutos
Mantenimiento del acceso para diálisis	4240	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Mantenimiento en procesos familiares	7130	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Marketing social	8750	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Masaje	1480	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Mediación de conflictos	5020	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Mejora de la autoconfianza	5395	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Mejora de la perfusión cerebral	2550	Licenciada en enfermería	31-45 minutos

Continúa

Tabla 1

TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 542 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO (Cont.)

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Mejorar el acceso a la información sanitaria	5515	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Mejorar el sueño	1850	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Mejorar la comunicación: déficit auditivo	4974	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Mejorar la comunicación: déficit del habla	4976	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Mejorar la comunicación: déficit visual	4978	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Mejorar la tos	3250	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Modificación de la conducta	4360	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Modificación de la conducta: habilidades sociales	4362	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Monitorización ácido-base	1920	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Monitorización de electrolitos	2020	Licenciada en enfermería	£ 15 minutos
Monitorización de la calidad	7800	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Monitorización de la presión intracraneal (PIC)	2590	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Monitorización de las extremidades inferiores	3480	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Monitorización de líquidos	4130	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Monitorización de los signos vitales	6680	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Monitorización del recién nacido	6890	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Monitorización fetal electrónica: antes del parto	6771	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Monitorización fetal electrónica: durante el parto	6772	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Monitorización hemodinámica invasiva	4210	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Monitorización neurológica	2620	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Monitorización nutricional	1160	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Monitorización respiratoria	3350	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Movilización familiar	7120	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Muestra de sangre capilar	4035	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Musicoterapia	4400	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Obtención de órganos	6260	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Orientación de la realidad	4820	Ayudante de enfermería	< 15 minutos

Tabla 1

TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 542 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO (Cont.)

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Oxigenoterapia	3320	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Parto	6720	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Planificación del alta	7370	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Planificación familiar: anticoncepción	6784	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Planificación familiar: embarazo no deseado	6788	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Planificación familiar: infertilidad	6786	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Potenciación de la autoestima	5400	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Potenciación de la conciencia de sí mismo	5390	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Potenciación de la disposición de aprendizaje	5540	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Potenciación de la imagen corporal	5220	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Potenciación de la seguridad	5380	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Potenciación de la socialización	5100	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Potenciación de roles	5370	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Precauciones cardíacas	4050	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Precauciones circulatorias	4070	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Precauciones con el láser	6560	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Precauciones con la hemorragia subaracnoidea	2720	Licenciada en enfermería	≤ 15 minutos
Precauciones con los torniquetes neumáticos	6590	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Precauciones contra fugas	6470	Ayudante de enfermería	> 1 hora
Precauciones contra incendios provocados	6500	Ayudante de enfermería	> 1 hora
Precauciones contra las convulsiones	2690	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Precauciones en el embolismo	4110	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Precauciones en la alergia al látex	6570	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Precauciones en la hipertermia maligna	3840	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Precauciones para evitar la aspiración	3200	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Precauciones quirúrgicas	2920	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Preceptor: empleado	7722	Licenciada en enfermería	> 1 hora

Continúa

TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 542 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO (Cont.)

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Preceptor: estudiante	7726	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Preparación al parto	6760	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Preparación ante el bioterrorismo	8810	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Preparación para un desastre en la comunidad	8840	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Preparación quirúrgica	2930	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Prescribir medicación	2390	Licenciada en enfermería con posgrado	< 15 minutos
Presencia	5340	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Preservación de la fertilidad	7160	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Prevención de caídas	6490	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Prevención de hemorragia	4010	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Prevención de la adicción religiosa	5422	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Prevención de lesiones deportivas: jóvenes	6648	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Prevención de úlceras por presión	3540	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Prevención del consumo de sustancias nocivas	4500	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Prevención del shock	4260	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Prevención del suicidio	6340	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Primeros auxilios	6240	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Protección contra las infecciones	6550	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Protección de los derechos del paciente	7460	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Protección de riesgos ambientales	8850	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Punción intravenosa (i.v.)	4190	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Recogida de datos forenses	7940	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Recogida de datos para la investigación	8120	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Reestructuración cognitiva	4700	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Regulación de la temperatura	3900	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Regulación de la temperatura: intraoperatoria	3902	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Regulación hemodinámica	4150	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Relaciones complejas en el hospital	5000	Licenciada en enfermería	> 1 hora

TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 542 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO (Cont.)

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Relajación muscular progresiva	1460	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Reposición de líquidos	4140	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Restablecimiento de la salud bucal	1730	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Restricción de zonas de movimiento	6420	Ayudante de enfermería	> 1 hora
Resucitación	6320	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Resucitación: fetal	6972	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Resucitación: neonato	6974	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Reunión multidisciplinar sobre cuidados	8020	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Revisión del carro de emergencias	7660	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Seguimiento de la política sanitaria	7970	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Seguimiento telefónico	8190	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Sondaje gastrointestinal	1080	Licenciada en enfermería	≤ 15 minutos
Sondaje vesical	0580	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Sondaje vesical: intermitente	0582	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Succión no nutritiva	6900	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Sujeción física	6580	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Supervisión del personal	7830	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Supresión de la lactancia	6870	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Supresión de las contracciones de parto	6860	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Sutura	3620	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Técnica de relajación	5880	Ayudante de enfermería	31-45 minutos
Terapia artística	4330	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Terapia asistida con animales	4320	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Terapia con el entorno	4390	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Terapia con juegos	4430	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Terapia con sanguijuelas	3460	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Terapia de actividad	4310	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Terapia de deglución	1860	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Terapia de diálisis peritoneal	2150	Licenciada en enfermería	> 1 hora

Continúa

TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 542 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO (Cont.)

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
Terapia de ejercicios: ambulación	0221	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Terapia de ejercicios: control muscular	0226	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Terapia de ejercicios: equilibrio	0222	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Terapia de ejercicios: movilidad articular	0224	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Terapia de entretenimiento	5360	Ayudante de enfermería	16-30 minutos
Terapia de grupo	5450	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Terapia de hemodiálisis	2100	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Terapia de hemofiltración	2110	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Terapia de relajación simple	6040	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Terapia de reminiscencia	4860	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Terapia de sustitución hormonal	2280	Licenciada en enfermería con posgrado	16-30 minutos
Terapia de validación	6670	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Terapia del trauma: niño	5410	Licenciada en enfermería con posgrado	46-60 minutos
Terapia familiar	7150	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Terapia intravenosa (i.v.)	4200	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Terapia nutricional	1120	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Transcripción de órdenes	8060	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Transferencia	0970	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Transporte: dentro de la instalación	7892	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Transporte: entre instalaciones	7890	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Tratamiento de la exposición al calor	3780	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Tratamiento de la fiebre	3740	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Tratamiento de la hipotermia	3800	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Tratamiento del trauma de la violación	6300	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas	4510	Licenciada en enfermería	46-60 minutos
Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas	4514	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol	4512	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: sobredosis	4516	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora

TIEMPO Y FORMACIÓN PARA LAS 542 INTERVENCIONES DE LA NIC LISTADAS POR ORDEN ALFABÉTICO (Cont.)

Intervención	Código	Nivel de formación	Tiempo necesario
<i>Triage:</i> catástrofe	6362	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
<i>Triage:</i> centro de urgencias	6364	Licenciada en enfermería	£ 15 minutos
<i>Triage:</i> teléfono	6366	Licenciada en enfermería	< 15 minutos
Ultrasonografía: obstétrica	6982	Licenciada en enfermería con posgrado	31-45 minutos
Vestir	1630	Ayudante de enfermería	< 15 minutos
Vigilancia	6650	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Vigilancia de la piel	3590	Licenciada en enfermería	16-30 minutos
Vigilancia: al final del embarazo	6656	Licenciada en enfermería con posgrado	> 1 hora
Vigilancia: comunidad	6652	Licenciada en enfermería	> 1 hora
Vigilancia: electrónica por control remoto	6658	Licenciada en enfermería	31-45 minutos
Vigilancia: seguridad	6654	Licenciada en enfermería	31-45 minutos

Tabla 2**INTERVENCIONES ADECUADAS PARA AYUDANTES DE ENFERMERÍA****Campo Fisiológico: básico**

Alimentación
 Ayuda al autocuidado
 Ayuda con los autocuidados: alimentación
 Ayuda con los autocuidados: aseo
 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene
 Ayuda con los autocuidados: transferencia
 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal
 Baño
 Cambio de posición
 Cuidados de las lentillas de contacto
 Cuidados de las uñas
 Cuidados de una prótesis
 Cuidados del cabello
 Cuidados del catéter urinario
 Cuidados del drenaje
 Cuidados del paciente encamado
 Cuidados del paciente escayolado: mantenimiento
 Cuidados perineales
 Cuidados post mórtem
 Evacuación inmediata
 Manejo ambiental: confort
 Sondaje vesical
 Sondaje vesical: intermitente
 Terapia de ejercicios: ambulación
 Transferencia
 Vestir

Campo Fisiológico: complejo

Administración de medicación: enteral
 Administración de medicación: inhalatoria
 Administración de medicación: nasal
 Administración de medicación: oftálmica
 Administración de medicación: oral
 Administración de medicación: ótica
 Administración de medicación: rectal
 Administración de medicación: tópica
 Administración de medicación: vaginal
 Asistencia quirúrgica
 Cambio de posición: neurológico

Cuidados de las úlceras por presión
 Mejorar la tos
 Precauciones para evitar la aspiración

Campo Conductual

Contacto
 Disminución de la ansiedad
 Distracción
 Humor
 Mejorar la comunicación: déficit auditivo
 Mejorar la comunicación: déficit visual
 Orientación de la realidad
 Presencia
 Técnica de relajación
 Terapia asistida con animales
 Terapia de entretenimiento

Campo Seguridad

Cuidados en la emergencia
 Manejo ambiental
 Manejo ambiental: prevención de la violencia
 Manejo de la demencia: baño
 Precauciones contra fugas
 Precauciones contra incendios provocados
 Primeros auxilios
 Restricción de zonas de movimiento

Campo Familia

Alimentación por biberón
 Manejo ambiental: proceso de acercamiento
 Succión no nutritiva

Campo Sistema sanitario

Análisis de laboratorio a pie de cama
 Ayuda en la exploración
 Facilitar las visitas
 Manejo de los suministros
 Manejo de muestras
 Protección de los derechos del paciente
 Revisión del carro de emergencias

Tabla 3
INTERVENCIONES ADECUADAS PARA LICENCIADAS EN ENFERMERÍA CON FORMACIÓN DE POSGRADO
Campo Fisiológico: básico

Acupresión
 Contacto terapéutico
 Cuidados de la ostomía
 Ejercicio del suelo pélvico
 Entrenamiento de la vejiga urinaria
 Entrenamiento del hábito urinario
 Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)
 Manejo de la eliminación urinaria
 Manejo de la nutrición
 Manejo de los trastornos de la alimentación
 Manejo del prolapso rectal
 Manejo del síndrome premenstrual
 Relajación muscular progresiva
 Terapia de ejercicios: control muscular

Campo Fisiológico: complejo

Administración de analgésicos: intraespinal
 Administración de anestesia
 Administración de medicación: interpleural
 Administración de medicación: intraósea
 Administración de medicación: reservorio ventricular
 Cuidados del catéter central insertado periféricamente
 Manejo de la quimioterapia
 Manejo de la sedación
 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)
 Prescribir medicación
 Terapia de hemodiálisis
 Terapia de sustitución hormonal

Campo Conductual

Asesoramiento
 Asesoramiento genético
 Asesoramiento sexual
 Ayuda para el control del enfado
 Biblioterapia
 Biorretroalimentación
 Entrenamiento autogénico
 Entrenamiento de la memoria
 Entrenamiento para controlar los impulsos
 Estimulación cognoscitiva
 Facilitar la autohipnosis
 Grupo de apoyo
 Hipnosis
 Intervención en caso de crisis
 Mediación de conflictos

Reestructuración cognitiva
 Terapia artística
 Terapia de grupo
 Terapia de reminiscencia
 Terapia del trauma: niño
 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas
 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol
 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: sobredosis

Campo Seguridad

Precauciones con el láser
 Precauciones con los torniquetes neumáticos
 Terapia de validación

Campo Familia

Amnioinfusión
 Asesoramiento antes de la concepción
 Cuidados del catéter umbilical
 Cuidados del embarazo de alto riesgo
 Cuidados intraparto: parto de alto riesgo
 Cuidados por cese del embarazo
 Identificación de riesgos: genéticos
 Inducción al parto
 Monitorización fetal electrónica: antes del parto
 Monitorización fetal electrónica: durante el parto
 Parto
 Planificación familiar: infertilidad
 Preservación de la fertilidad
 Resucitación: fetal
 Resucitación: neonato
 Supresión de las contracciones (de parto)
 Terapia familiar
 Ultrasonografía: obstétrica
 Vigilancia: al final del embarazo

Campo Sistema sanitario

Manejo de la tecnología reproductora
 Recogida de datos forenses

Campo Comunidad

Desarrollo de un programa
 Gestión de casos
 Manejo de los recursos económicos
 Marketing social
 Preparación ante el bioterrorismo

Tabla 4**INTERVENCIONES QUE REQUIEREN 15 MINUTOS O MENOS**

Administración de medicación	Exploración de la mama
Administración de medicación: enteral	Facilitar las visitas
Administración de medicación: inhalatoria	Facilitar permisos
Administración de medicación: interpleural	Flebotomía: muestra de sangre arterial
Administración de medicación: intradérmica	Flebotomía: muestra de sangre venosa
Administración de medicación: intraespinal	Flebotomía: vía canalizada
Administración de medicación: intramuscular (i.m.)	Fomentar la salud bucal
Administración de medicación: intraósea	Humor
Administración de medicación: intravenosa (i.v.)	Inmovilización
Administración de medicación: nasal	Intercambio de información de cuidados de salud
Administración de medicación: oftálmica	Interpretación de datos de laboratorio
Administración de medicación: oral	Manejo ambiental: confort
Administración de medicación: ótica	Manejo de la diarrea
Administración de medicación: rectal	Manejo de la sensibilidad periférica alterada
Administración de medicación: reservorio ventricular	Manejo de la tecnología
Administración de medicación: subcutánea	Manejo de las vías aéreas artificiales
Administración de medicación: tópica	Manejo de líquidos/electrólitos
Administración de medicación: vaginal	Manejo de muestras
Análisis de laboratorio a pie de cama	Mantenimiento del acceso para diálisis
Aplicación de calor o frío	Mantenimiento de la salud bucal
Aromaterapia	Masaje
Aspiración de las vías aéreas	Mejorar la tos
Ayuda a la ventilación	Monitorización ácido-base
Ayuda con los autocuidados: aseo	Monitorización de electrolitos
Ayuda con los autocuidados: baño/higiene	Monitorización de las extremidades inferiores
Ayuda con los autocuidados: transferencia	Monitorización de los signos vitales
Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal	Monitorización nutricional
Cambio de posición: silla de ruedas	Monitorización respiratoria
Comprobación de sustancias controladas	Muestra de sangre capilar
Contacto	Musicoterapia
Control de agentes químicos	Orientación de la realidad
Control de hemorragias	Oxigenoterapia
Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial	Potenciación de la disposición de aprendizaje
Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa	Precauciones con la hemorragia subaracnoidea
Cuidados de la retención urinaria	Precauciones contra las convulsiones
Cuidados de la sonda gastrointestinal	Precauciones para evitar la aspiración
Cuidados de las lentillas de contacto	Prescribir medicación
Cuidados de los ojos	Protección de los derechos del paciente
Cuidados de tracción/inmovilización	Punción intravenosa (i.v.)
Cuidados de una prótesis	Reposición de líquidos
Cuidados del catéter de drenaje de ventriculostomía/lumbar	Restablecimiento de la salud bucal
Cuidados del catéter urinario	Revisión del carro de emergencias
Cuidados del drenaje	Seguimiento telefónico
Cuidados del drenaje torácico	Sondaje gastrointestinal
Cuidados del paciente escayolado: mantenimiento	Sondaje vesical
Cuidados perineales	Sondaje vesical: intermitente
Delegación	Sujeción física
Desintubación endotraqueal	Terapia de ejercicios: ambulación
Disminución de la flatulencia	Terapia intravenosa (i.v.)
Documentación	Transcripción de órdenes
Etapas en la dieta	Transferencia
Evacuación inmediata	<i>Triage</i> : catástrofe
	<i>Triage</i> : centro de urgencias
	<i>Triage</i> : teléfono
	Vestir

Tabla 5
INTERVENCIONES QUE REQUIEREN DE 16 A 30 MINUTOS

Acupresión	Educación paterna: adolescentes
Administración de analgésicos	Educación paterna: crianza familiar de los niños
Administración de analgésicos: intraespinal	Educación sanitaria
Administración de nutrición parenteral total (NPT)	Ejercicio del suelo pélvico
Alimentación	Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito
Alimentación enteral por sonda	Enseñanza: cuidados de los pies
Apoyo de hermanos	Enseñanza: dieta prescrita
Apoyo emocional	Enseñanza: entrenamiento para el aseo
Apoyo en la toma de decisiones	Enseñanza: estimulación del bebé (0-4 meses)
Apoyo espiritual	Enseñanza: estimulación del bebé (5-8 meses)
Asesoramiento nutricional	Enseñanza: estimulación del bebé (9-12 meses)
Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP)	Enseñanza: habilidad psicomotora
Autorización de seguros	Enseñanza: medicamentos prescritos
Ayuda al autocuidado	Enseñanza: nutrición del bebé (0-3 meses)
Ayuda con los autocuidados: alimentación	Enseñanza: nutrición del bebé (4-6 meses)
Ayuda en la exploración	Enseñanza: nutrición del bebé (7-9 meses)
Ayuda en la lactancia materna	Enseñanza: nutrición del bebé (10-12 meses)
Ayuda para disminuir el peso	Enseñanza: nutrición del niño (13-18 meses)
Ayuda para el control del enfado	Enseñanza: nutrición del niño (19-24 meses)
Ayuda para ganar peso	Enseñanza: nutrición del niño (25-36 meses)
Baño	Enseñanza: prequirúrgica
Cambio de posición	Enseñanza: procedimiento/tratamiento
Cambio de posición: intraoperatorio	Enseñanza: proceso de enfermedad
Cambio de posición: neurológico	Enseñanza: seguridad del bebé (0-3 meses)
Clarificación de valores	Enseñanza: seguridad del bebé (4-6 meses)
Colaboración con el médico	Enseñanza: seguridad del bebé (7-9 meses)
Consulta por teléfono	Enseñanza: seguridad del bebé (10-12 meses)
Control de la medicación	Enseñanza: seguridad del niño (13-18 meses)
Cuidados de enfermería al ingreso	Enseñanza: seguridad del niño (19-24 meses)
Cuidados de la incontinencia intestinal	Enseñanza: seguridad del niño (25-36 meses)
Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis	Enseñanza: sexo seguro
Cuidados de la ostomía	Enseñanza: sexualidad
Cuidados de la piel: tratamiento tópico	Entrenamiento de la vejiga urinaria
Cuidados de la piel: zona del injerto	Entrenamiento intestinal
Cuidados de la piel: zona donante	Escucha activa
Cuidados de las úlceras por presión	Establecer límites
Cuidados de las uñas	Estimulación cognoscitiva
Cuidados de los oídos	Estimulación cutánea
Cuidados de los pies	Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS)
Cuidados del cabello	Facilitar el aprendizaje
Cuidados del catéter central insertado periféricamente	Facilitar el perdón
Cuidados del embolismo: periférico	Facilitar la meditación
Cuidados del embolismo: pulmonar	Fisioterapia respiratoria
Cuidados del paciente encamado	Fomentar los mecanismos corporales
Cuidados del paciente escayolado: yeso húmedo	Guías del sistema sanitario
Cuidados en la agonía	Informe de incidencias
Cuidados en la emergencia	Intermediación cultural
Cuidados en la incontinencia intestinal: encopresis	Intubación y estabilización de vías aéreas
Cuidados post mórtem	Irrigación de la vejiga
Dar esperanza	Irrigación intestinal
Declarar la verdad al paciente	Manejo ambiental: proceso de acercamiento
Derivación	Manejo de electrolitos: hipercalcemia
Disminución de la hemorragia: nasal	Manejo de electrolitos: hipercaliemia
Disminución del estrés por traslado	Manejo de electrolitos: hiperfosfatemia
	Manejo de electrolitos: hipermagnesemia
	Manejo de electrolitos: hipernatremia

Continúa

Tabla 5

INTERVENCIONES QUE REQUIEREN DE 16 A 30 MINUTOS (Cont.)

Manejo de electrolitos: hipocalcemia	Monitorización neurológica
Manejo de electrolitos: hipocaliemia	Potenciación de la autoestima
Manejo de electrolitos: hipofosfatemia	Potenciación de la conciencia de sí mismo
Manejo de electrolitos: hipomagnesemia	Potenciación de la seguridad
Manejo de electrolitos: hiponatremia	Potenciación de roles
Manejo de la disreflexia	Precauciones circulatorias
Manejo de la disritmia	Precauciones en el embolismo
Manejo de la energía	Presencia
Manejo de la hipervolemia	Prevención de úlceras por presión
Manejo de la hipovolemia	Prevención del shock
Manejo de la inmunización/vacunación	Primeros auxilios
Manejo de la medicación	Recogida de datos para la investigación
Manejo de las convulsiones	Reestructuración cognitiva
Manejo de las náuseas	Regulación hemodinámica
Manejo de las vías aéreas	Relajación muscular progresiva
Manejo de los suministros	Resucitación
Manejo de presiones	Succión no nutritiva
Manejo del asma	Supresión de la lactancia
Manejo del estreñimiento/impactación	Sutura
Manejo del pesario	Terapia asistida con animales
Manejo del prolapso rectal	Terapia de ejercicios: control muscular
Manejo del prurito	Terapia de ejercicios: equilibrio
Manejo del shock	Terapia de ejercicios: movilidad articular
Manejo del shock: cardíaco	Terapia de entretenimiento
Manejo del síndrome premenstrual	Terapia de sustitución hormonal
Manejo del vómito	Terapia nutricional
Mejorar el acceso a la información sanitaria	Transporte: entre instalaciones
Mejorar el sueño	Tratamiento de la exposición al calor
Mejorar la comunicación: déficit auditivo	Tratamiento de la fiebre
Mejorar la comunicación: déficit visual	Vigilancia de la piel
Monitorización de líquidos	

Tabla 6

INTERVENCIONES QUE REQUIEREN DE 31 A 45 MINUTOS

Alimentación por biberón	Cuidados del sitio de incisión
Amnioinfusión	Disminución de la ansiedad
Apoyo para la consecución del sustento	Distracción
Asesoramiento en la lactancia	Educación paterna: niño
Asistencia en el mantenimiento del hogar	Enseñanza: individual
Aumentar el afrontamiento	Entrenamiento de la memoria
Aumentar los sistemas de apoyo	Entrenamiento del hábito urinario
Contención de los costes	Facilitar el crecimiento espiritual
Control de infecciones	Facilitar el duelo
Control del humor	Facilitar el duelo: muerte perinatal
Coordinación preoperatoria	Facilitar la expresión del sentimiento de culpa
Cuidados cardíacos	Facilitar la práctica religiosa
Cuidados cardíacos: agudos	Fomentar la paternidad
Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico	Fomento de ejercicios: extensión
Cuidados de la incontinencia urinaria	Fomento del ejercicio
Cuidados de la zona de cesárea	Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión
Cuidados de las heridas	Fototerapia: regulación del biorritmo
Cuidados de las heridas: drenaje cerrado	Guía de anticipación
Cuidados del paciente amputado	Imaginación simple dirigida
	Información preparatoria: sensorial

Tabla 6 INTERVENCIONES QUE REQUIEREN DE 31 A 45 MINUTOS (Cont.)

Informe de turnos	Manejo del peso
Irigación de heridas	Manejo del shock: vasogénico
Manejo ácido-base: acidosis metabólica	Manejo del shock: volumen
Manejo ácido-base: acidosis respiratoria	Manejo intestinal
Manejo ácido-base: alcalosis metabólica	Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)
Manejo ácido-base: alcalosis respiratoria	Mejora de la perfusión cerebral
Manejo ambiental	Mejorar el acceso a la información sanitaria
Manejo ambiental: seguridad	Mejorar la comunicación: déficit del habla
Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo	Planificación familiar: anticoncepción
Manejo de electrolitos	Potenciación de la imagen corporal
Manejo de la alergia	Potenciación de la socialización
Manejo de la conducta: autolesión	Precauciones cardíacas
Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención	Precauciones con el láser
Manejo de la conducta: sexual	Precauciones en la alergia al látex
Manejo de la demencia: baño	Preservación de la fertilidad
Manejo de la eliminación urinaria	Prevención de hemorragia
Manejo de la nutrición	Protección contra las infecciones
Manejo de líquidos	Regulación de la temperatura
Manejo de los trastornos de la alimentación	Técnica de relajación
Manejo del código de urgencias	Terapia de deglución
Manejo del desfibrilador: externo	Terapia de relajación simple
Manejo del desfibrilador: interno	Transporte: dentro de la instalación
Manejo del marcapasos: permanente	Ultrasonografía: obstétrica
Manejo del marcapasos: temporal	Vigilancia: electrónica por control remoto
	Vigilancia: seguridad

Tabla 7 INTERVENCIONES QUE REQUIEREN DE 46 A 60 MINUTOS

Acuerdo con el paciente	Entrenamiento de la asertividad
Análisis de la situación sanitaria	Establecimiento de objetivos comunes
Asesoramiento	Facilitar la autohipnosis
Asesoramiento genético	Facilitar la autorresponsabilidad
Asesoramiento sexual	Fomentar el desarrollo: adolescentes
Asistencia para los recursos financieros	Fomentar el desarrollo: niño
Autotransfusión	Grupo de apoyo
Ayuda con los autocuidados: A1VD	Hipnosis
Ayuda en la modificación de sí mismo	Identificación de riesgos
Ayuda para dejar de fumar	Intervención en caso de crisis
Biblioterapia	Llevar un diario
Biorretroalimentación	Manejo de la anafilaxia
Consulta	Manejo de la conducta
Contacto terapéutico	Manejo de la quimioterapia
Control de enfermedades transmisibles	Manejo de la radioterapia
Cuidados de canguro (del niño prematuro)	Mediación de conflictos
Cuidados de la circuncisión	Monitorización hemodinámica invasiva
Cuidados del catéter umbilical	Obtención de órganos
Cuidados del desarrollo	Planificación del alta
Cuidados postanestesia	Planificación familiar: embarazo no deseado
Disminución de la hemorragia	Planificación familiar: infertilidad
Disminución de la hemorragia: gastrointestinal	Preparación quirúrgica
Disminución de la hemorragia: heridas	Prevención de la adicción religiosa
Disminución de la hemorragia: útero anteparto	Prevención de lesiones deportivas: jóvenes
Disminución de la hemorragia: útero posparto	Prevención del consumo de sustancias nocivas
Entrenamiento autogénico	Protección de riesgos ambientales

Continúa

Tabla 7**INTERVENCIONES QUE REQUIEREN DE 46 A 60 MINUTOS (Cont.)**

Resucitación: neonato	Terapia de grupo
Terapia artística	Terapia de reminiscencia
Terapia con juegos	Terapia de validación
Terapia con sanguijuelas	Terapia del trauma: niño
Terapia de actividad	Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas

Tabla 8**INTERVENCIONES QUE REQUIEREN MÁS DE 1 HORA**

Administración de anestesia	Identificación de riesgos: familia con recién nacido
Administración de productos sanguíneos	Identificación de riesgos: genéticos
Aislamiento	Inducción al parto
Apoyo a la familia	Inducción de la hipotermia
Apoyo al cuidador principal	Manejo ácido-base
Apoyo en la protección contra abusos	Manejo ambiental: comunidad
Apoyo en la protección contra abusos: ancianos	Manejo ambiental: preparación del hogar
Apoyo en la protección contra abusos: cónyuge	Manejo ambiental: prevención de la violencia
Apoyo en la protección contra abusos: niños	Manejo ambiental: seguridad del trabajador
Apoyo en la protección contra abusos: religioso	Manejo de ideas ilusorias
Asesoramiento antes de la concepción	Manejo de la demencia
Asistencia quirúrgica	Manejo de la hiperglucemia
Control de infecciones: intraoperatorio	Manejo de la hipoglucemia
Cuidados cardíacos: rehabilitación	Manejo de la sedación
Cuidados de las heridas: quemaduras	Manejo de la tecnología reproductora
Cuidados del embarazo de alto riesgo	Manejo de la terapia electroconvulsiva
Cuidados del lactante	Manejo de la terapia trombolítica
Cuidados del recién nacido	Manejo de la ventilación mecánica: invasiva
Cuidados intermitentes	Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva
Cuidados intraparto	Manejo de las alucinaciones
Cuidados intraparto: parto de alto riesgo	Manejo de los recursos económicos
Cuidados por cese del embarazo	Manejo del delirio
Cuidados posparto	Manejo del dolor
Cuidados prenatales	Manejo del edema cerebral
Declaración/testimonio	Mantenimiento en procesos familiares
Desarrollo de situación crítica	Marketing social
Desarrollo de un programa	Modificación de la conducta
Desarrollo del personal	Modificación de la conducta: habilidades sociales
Destete de la ventilación mecánica	Monitorización de la calidad
Enseñanza: grupo	Monitorización de la presión intracraneal (PIC)
Entrenamiento para controlar los impulsos	Monitorización del recién nacido
Estimulación de la integridad familiar	Monitorización fetal electrónica: antes del parto
Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido)	Monitorización fetal electrónica: durante el parto
Evaluación de compañeros	Movilización familiar
Evaluación de productos	Parto
Facilitar la presencia de la familia	Precauciones con los torniquetes neumáticos
Flebotomía: obtención de una unidad de sangre	Precauciones contra fugas
Fomentar el acercamiento	Precauciones contra incendios provocados
Fomentar la implicación familiar	Precauciones en la hipertermia maligna
Fomentar la normalización familiar	Precauciones quirúrgicas
Fomentar la resistencia	Preceptor: empleado
Fomentar la salud de la comunidad	Preceptor: estudiante
Fomentar la seguridad en el vehículo	Preparación al parto
Fototerapia: neonato	Preparación ante el bioterrorismo
Gestión de casos	Preparación para un desastre en la comunidad
	Prevención de caídas

Tabla 8 INTERVENCIONES QUE REQUIEREN MÁS DE 1 HORA (Cont.)

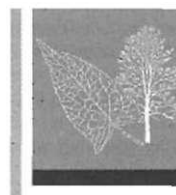
Prevención del suicidio	Terapia de hemofiltración
Recogida de datos forenses	Terapia familiar
Regulación de la temperatura: intraoperatoria	Tratamiento de la hipotermia
Relaciones complejas en el hospital	Tratamiento del trauma de la violación
Restricción de zonas de movimiento	Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas:
Resucitación: fetal	retirada de las drogas
Reunión multidisciplinar sobre cuidados	Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas:
Seguimiento de la política sanitaria	retirada del alcohol
Supervisión del personal	Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas:
Supresión de las contracciones de parto	sobredosis
Terapia con el entorno	Vigilancia
Terapia de diálisis peritoneal	Vigilancia: al final del embarazo
Terapia de hemodiálisis	Vigilancia: comunidad

Tabla 9

TIEMPO ESTIMADO PARA REALIZAR LAS 542 INTERVENCIONES DE LA NIC SEGÚN INTERVALOS DE TIEMPO

Tiempo intervalo	Frecuencia	Porcentaje
< 10 minutos	107	19,74
16-30 minutos	171	31,55
31-45 minutos	88	16,24
46-60 minutos	62	11,44
> 1 hora	114	21,03
Total	542	100,00

SEXTA PARTE



Apéndices



APÉNDICE A

Intervenciones: nuevas, revisadas y suprimidas desde la cuarta edición

INTERVENCIONES NUEVAS PARA LA QUINTA EDICIÓN (n = 34)

Control de la medicación
Cuidados de las heridas: quemaduras
Enseñanza: estimulación del bebé (0-4 meses)
Enseñanza: estimulación del bebé (5-8 meses)
Enseñanza: estimulación del bebé (9-12 meses)
Enseñanza: nutrición del bebé (0-3 meses)
Enseñanza: nutrición del bebé (4-6 meses)
Enseñanza: nutrición del bebé (7-9 meses)
Enseñanza: nutrición del bebé (10-12 meses)
Enseñanza: nutrición del niño (13-18 meses)
Enseñanza: nutrición del niño (19-24 meses)
Enseñanza: nutrición del niño (25-36 meses)
Enseñanza: seguridad del bebé (0-3 meses)
Enseñanza: seguridad del bebé (4-6 meses)
Enseñanza: seguridad del bebé (7-9 meses)
Enseñanza: seguridad del bebé (10-12 meses)
Enseñanza: seguridad del niño (13-18 meses)
Enseñanza: seguridad del niño (19-24 meses)
Enseñanza: seguridad del niño (25-36 meses)
Inducción de la hipotermia
Llevar un diario
Manejo de la terapia trombolítica
Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva
Manejo del desfibrilador: externo
Manejo del desfibrilador: interno
Manejo del marcapasos: permanente
Marketing social
Mejora de la autoconfianza
Mejorar el acceso a la información sanitaria
Recogida de datos forenses
Terapia de validación
Transferencia
Transporte: dentro de la instalación
Transporte: entre instalaciones

INTERVENCIONES REVISADAS PARA LA QUINTA EDICIÓN Cambios del nombre de las etiquetas (n = 12)

Administración de medicación: inhalatoria (anteriormente *Administración de medicación: inhalación*)
Apoyo en la toma de decisiones (anteriormente *Apoyo en toma de decisiones*)

Cuidados del drenaje (anteriormente *Cuidado del drenaje*)
 Gestión de casos (anteriormente *Control de casos específicos*)
 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva (anteriormente *Ventilación mecánica*)
 Manejo del marcapasos: temporal (anteriormente *Manejo del marcapasos temporal*)
 Mantenimiento del acceso para diálisis (anteriormente *Mantenimiento acceso diálisis*)
 Masaje (anteriormente *Masaje simple*)
 Precauciones con el láser (anteriormente *Precauciones con láser*)
 Precauciones en la hipertermia maligna (anteriormente *Precauciones con hipertermia maligna*)
 Prevención de hemorragia (anteriormente *Precauciones con hemorragias*)
 Terapia con el entorno (anteriormente *Terapia con el ambiente*)

Cambios de intervenciones: principales (n = 37)

Las intervenciones de esta categoría presentan cambios principales en la definición o adición/revisión de múltiples actividades que explican las acciones enfermeras asociadas con la intervención.

Apoyo para la consecución del sustento
 Ayuda con los autocuidados: alimentación
 Ayuda con los autocuidados: transferencia
 Ayuda para el control del enfado
 Biblioterapia
 Biorretroalimentación
 Clarificación de valores
 Cuidados del paciente escayolado: mantenimiento
 Cuidados del paciente escayolado: yeso húmedo
 Disminución de la hemorragia: gastrointestinal
 Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido)
 Facilitar el perdón
 Hipnosis
 Humor
 Manejo ambiental: confort
 Manejo de electrolitos: hipercalcemia
 Manejo de electrolitos: hipercaliemia
 Manejo de electrolitos: hipernatremia
 Manejo de electrolitos: hiperfosfatemia
 Manejo de electrolitos: hipocalcemia
 Manejo de electrolitos: hiponatremia
 Manejo de electrolitos: hipofosfatemia
 Manejo de la energía
 Manejo de la radioterapia
 Manejo de la quimioterapia
 Manejo del shock
 Manejo del shock: cardíaco
 Manejo del shock: vasogénico
 Manejo del shock: volumen
 Orientación de la realidad
 Precauciones con la hemorragia subaracnoidea
 Prevención del shock
 Relaciones complejas en el hospital
 Restricción de zonas de movimiento
 Revisión del carro de emergencias
 Terapia de ejercicios: equilibrio
 Terapia familiar

Cambios de intervenciones: secundarios (n = 40)

Las intervenciones de esta categoría presentan adición o revisión de unas pocas actividades que explican las acciones enfermeras asociadas con la intervención.

Alimentación
 Apoyo en la toma de decisiones
 Autotransfusión
 Ayuda al autocuidado
 Ayuda con los autocuidados: aseo
 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene
 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal
 Contacto
 Cuidados del cabello
 Declarar la verdad al paciente
 Destete de la ventilación mecánica
 Disminución de la hemorragia
 Disminución de la hemorragia: heridas
 Disminución de la hemorragia: nasal
 Enseñanza: entrenamiento para el aseo
 Entrenamiento autogénico
 Establecer límites
 Estimulación de la integridad familiar
 Facilitar la autohipnosis
 Facilitar la expresión del sentimiento de culpa
 Fomentar la implicación familiar
 Fomentar los mecanismos corporales
 Intervención en caso de crisis
 Manejo de electrolitos
 Manejo de electrolitos: hipermagnesemia
 Manejo de electrolitos: hipocaliemia
 Manejo de electrolitos: hipomagnesemia
 Manejo de la disreflexia
 Manejo de muestras
 Manejo del código de urgencias
 Mantenimiento en procesos familiares
 Monitorización de electrolitos
 Monitorización de la presión intracraneal (PIC)
 Movilización familiar
 Planificación del alta
 Potenciación de la socialización
 Potenciación de roles
 Preparación al parto
 Reposición de líquidos
 Vigilancia de la piel

INTERVENCIONES DE LA CUARTA EDICIÓN QUE FUERON SUPRIMIDAS EN ESTA EDICIÓN (n = 6)

Enseñanza: estimulación infantil
 Enseñanza: nutrición del niño pequeño
 Enseñanza: nutrición infantil
 Enseñanza: seguridad del niño pequeño
 Enseñanza: seguridad infantil
 Transporte



APÉNDICE B

Guías para la presentación de una intervención nueva o revisada

Este apéndice contiene los materiales necesarios para ayudarle a preparar la presentación de una intervención para su revisión o para sugerir el cambio de una intervención existente. Es importante que quien realiza la propuesta esté familiarizado con la NIC y con los Principios de Desarrollo y Perfeccionamiento de Intervenciones (incluidos en este apéndice) antes de desarrollar o revisar una intervención.

MATERIALES NECESARIOS

Todas las propuestas tienen que ir a máquina y con el mismo estilo de formato de la NIC. Las lecturas/referencias de apoyo han de estar escritas en formato APA. El material que sea demasiado difícil de leer o esté incompleto será devuelto a quien realiza la propuesta.

Toda presentación de **propuesta de una nueva intervención** deberá incluir una etiqueta, una definición, una lista de actividades por orden lógico, y una lista corta de lecturas de referencia que apoyen la intervención. Además, también deberá adjuntarse un *razonamiento fundamentado de la inclusión* y se deberá determinar *en qué difiere la nueva intervención propuesta de las intervenciones existentes*. Si una nueva intervención requiriese cambios en intervenciones existentes, éstas también deberán presentarse. Además habrá que cumplimentar e incluir el Formulario de Información Demográfica.

Toda presentación para **revisión de una intervención** deberá indicar en qué se relacionan los cambios propuestos con la intervención existente. En la mayoría de los casos, la mejor forma de indicar claramente los cambios será una copia de la intervención tomada del libro NIC con las adiciones, supresiones y modificaciones realizadas en la misma copia. No obstante, si los cambios fueran sustanciales, la intervención revisada deberá escribirse a máquina nuevamente acompañada de la intervención correspondiente. También deberá incluirse un razonamiento fundamentado. Además, habrá que cumplimentar e incluir el Formulario de Información Demográfica.

PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN

El material presentado de las intervenciones nuevas o revisadas propuestas es asignado a dos o tres revisores expertos en el área del contenido y que están familiarizados con la NIC.

1. Los revisores reciben una copia de la propuesta presentada y un formulario de análisis.
2. A los revisores se les solicita que envíen sus comentarios y sus recomendaciones en un período de 1 mes.
3. La propuesta inicial y los comentarios de los revisores son revisados a su vez por un equipo de investigación y, a partir de ahí, se toma la decisión pertinente,
4. Aproximadamente de 2 a 6 meses después de la presentación, quien realiza la propuesta recibe una carta que determina el resultado de la revisión. Si la decisión es la inclusión en la NIC, el autor de la propuesta será reconocido en la siguiente edición.

PRINCIPIOS DEL DESARROLLO Y PERFECCIONAMIENTO DE LAS INTERVENCIONES

En la elaboración de denominaciones, definiciones y actividades de las intervenciones es necesario disponer de una serie de principios. Tales principios, utilizados para mantener una coherencia y cohesión entre la Clasificación, pueden ayudar al usuario a comprender el lenguaje y la forma de la Gasificación,

Principios generales para la denominación de las intervenciones

Las etiquetas de las intervenciones son conceptos. Deben utilizarse los siguientes principios al escoger los nombres de los conceptos:

1. Deben ser expresiones con sustantivos, evitando el uso de verbos.
2. Deben constar preferiblemente de tres palabras o menos, no más de cinco.
3. Cuando sea necesaria una etiqueta de dos partes, deben utilizarse dos puntos para separar las palabras (p. ej., Disminución de la hemorragia: nasal). Las guías para utilizar los dos puntos son las siguientes: (1) evítese a menos que lo indique y aconseje la práctica clínica o (2) utilícese para indicar un área de práctica más especializada sólo cuando existan diferentes actividades que requieran una nueva intervención.
4. En la edición en lengua inglesa, cada palabra lleva su inicial en mayúsculas. En la edición española, sólo aparece en mayúscula la inicial de la primera palabra.
5. Las etiquetas incluirán modificadores para representar las acciones del cuidador. Elija los modificadores que representen las acciones del cuidador (p. ej., Administración, Asistencia, Manejo, Fomento). El modificador deberá ser elegido en función de su significado, su sonido con relación a las demás palabras de la denominación, y su aceptabilidad en la práctica general. Algunos de los modificadores son los que figuran a continuación:

Actuación: dirección del movimiento o conducta de, a cargo de; véase también Administración.

Administración: dirección del movimiento o la conducta de, a cargo de; véase también Actuación.

Asistencia: ayuda.

Control: observación y comprobación.

Cuidados: prestar mucha atención, dar protección, preocuparse por.

Disminución: reducción.

Estimulación: agrandar, aumentar, incrementar; véase también Fomento.

Fomento: avance; véase también Estimulación.

Mantenimiento: continuidad o guardar, apoyo.

Precaución: cuidados anticipados contra un posible daño; véase también Protección.

Protección: guardar contra lesiones; véase también Precaución.

Restablecimiento: volver al estado normal o estado no deteriorado.

Terapia: que tiene una naturaleza terapéutica, curativa.

Nota: algunos de estos términos tienen el mismo significado; la elección dependerá del que dentro del contexto resulte más familiar y esté más aceptado por la práctica.

Principios generales para las definiciones de las intervenciones

La definición de una etiqueta es una frase que define el concepto. Se trata de un resumen de las características más distintivas. La definición, junto con las actividades definitorias, marca los límites de la conducta del cuidador circunscrito por la denominación.

1. Utilice expresiones concisas que describan el comportamiento del cuidador y que puedan comprenderse sin ejemplos.
2. Evite los términos paciente y enfermero/a, aunque cuando hayan de ser utilizados se preferirá *paciente* a *cliente*.
3. Para las frases que comiencen con una forma verbal, considere la situación y elija o bien la forma -ion (p. ej., limitación) o bien la forma -ra (p. ej., limitador/a).

Principios generales para las actividades

Las actividades son acciones realizadas por un profesional de enfermería para llevar a cabo la intervención. Los siguientes principios se relacionan con las actividades:

1. Comience cada actividad con un verbo. Los verbos posibles incluyen *ayudar, administrar, explicar, evitar, inspeccionar, facilitar, monitorizar y utilizar*. Utilice el verbo más activo que se adecúe a la situación. Utilice el término *monitorizar* en lugar de *valorar*. Monitorización es un tipo de valoración pero que se realiza después de un diagnóstico como parte de una intervención más que como preparación para realizar un diagnóstico. Evítense términos como *observar* y *evaluar*.
2. Mantenga las actividades lo más genéricas posible (p. ej., en vez de decir «Colocar en una cama circuloeléctrica» dígase «Colocar en una cama terapéutica»). Elimínense nombres de marcas.
3. Evite combinar dos ideas distintas en una actividad a menos que ilustren el mismo punto.
4. Evite repetir una idea; cuando dos actividades dicen lo mismo, aunque sea con palabras diferentes, elimine una de ellas.
5. Céntrese en las actividades críticas; no se preocupe en incluir todas las actividades de apoyo. El número de actividades dependerá de la intervención, pero, como media, disponga una lista de una página.
6. Utilice las mismas palabras para actividades similares en actividades diferentes.
7. Denomine las actividades de tal forma que resulten claras sin referirse al paciente ni al cuidador. Si debe referirse al paciente, utilice el término *paciente* con preferencia al término *cliente* u otros términos. Utilice los términos *miembro(s) de la familia* o *ser(es) querido(s)* en vez de *esposo*.
8. Añada las frases «si procede» o «según sea necesario» al final de las actividades que sean importantes pero que se utilizan sólo en algunas ocasiones.
9. Compruebe la coherencia entre las actividades y la definición de la denominación.
10. Disponga las actividades en el orden en que habitualmente se llevan a cabo, cuando corresponda.