|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN**  |  |
|  |  |  |

**1. Propósito**

Establecer criterios estandarizados para el cuidado de los usuarios con padecimientos tratados en los servicios de hospitalización de rehabilitación.

**2. Alcance**

Aplica a todo el personal de enfermería involucrado en el cuidado de los usuarios hospitalizados en los servicios de rehabilitación

**3. Responsabilidades**

**Subdirectora de Enfermería.**

 Normar los lineamientos necesarios para la aplicación de los Planes de Cuidado Estandarizado de Enfermería.

**Supervisora**

Evaluar la utilización de los planes de Enfermería en los diferentes servicios.

Mantener una estrecha comunicación con la (el) Jefe de servicio y verificar correcta utilización de los Planes de Cuidado Estandarizado.

**Enfermera Jefe de servicio.**

Asesorar al personal en la utilización de los Planes de Cuidado Estandarizado

Verificar que el manejo de los Planes se realice correctamente en cada paciente

**Enfermera Especialista/General:**

Utilizar correctamente los planes para proporcionar atención de enfermería individualizada.

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO****(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN****DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**Limpieza ineficaz de las vías aéreas | Permeabilidad de las vías respiratoriasEstado respiratorio: ventilación | Frecuencia respiratoria.Ritmo respiratorio.Movilización del esputo, hacia fuera de las vías respiratorias.Elimina obstáculos de la vía aérea.Utilización de músculos accesorios.Ruidos respiratorios patológicos. | * 1. Gravemente comprometido
	2. Sustancialmente comprometido
	3. Moderadamente comprometido
	4. Levemente comprometido
	5. No comprometido
1. Grave
2. Sustancial
3. Moderado
4. Leve
5. Ninguno
 |   |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)** Disfunción neuromuscular respiratoria, cianosis, disnea. |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**Sonidos respiratorios adventicios (sibilancias, estertores, crepitantes), inefectividad de la tos, cambios en la frecuencia |

|  |  |
| --- | --- |
| INTERVENCIONES (NIC): Manejo de las vías aéreas | INTERVENCIONES (NIC): Fisioterapia respiratoria |
| ACTIVIDADES* Realizar fisioterapia respiratoria, si está indicado.
* Enseñar a toser de manera efectiva.
* Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.
* Administrar oxigeno humidificado, si procede.
* Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio de líquidos.
* Colocar al paciente en una posición que alivie la diseña.
* Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, si procede.
 | **ACTIVIDADES** * Determinar el (las) 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 vibración torácica, junto con el drenaje postural.
* Administrar broncodilatador y/o agentes mucoliticos, si procede.
* Estimular la tos durante y después del drenaje postural.
 |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO****(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN****DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**Déficit de autocuidado: alimentación | Autocuidado: comer | Abre envasesCorta la comida en pedacitosManeja utensiliosCoge comida con los utensiliosCoge tazas o vasosSe lleva la comida a la boca con utensiliosBebe de una taza o vasoColoca la comida en la boca | 1. Gravemente comprometido
2. Sustancialmente comprometido
3. Moderadamente comprometido
4. Levemente comprometido
5. No comprometido
 |   |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)** Deterioro Neuromuscular  |
| CARACTERÍSTICAS DEFINITORIASManifestado por la incapacidad para llevar los alimentos de un receptáculo a la boca, incapacidad para recoger los alimentos con los utensilios, incapacidad para abrir los recipientes, incapacidad para recoger la taza o el vaso para preparar los alimentos para su ingestión, incapacidad para manejar los utensilios. |

|  |  |
| --- | --- |
| INTERVENCIONES (NIC): Ayuda con los cuidados: Alimentación | INTERVENCIONES (NIC): Alimentación |
| ACTIVIDADES* 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 asas grandes.
* Utilizar platos y vasos irrompibles y pesados, según se precise.
* Proporcionar señales frecuentes y una estrecha supervisión, si procede.
* Proteger con un babero si procede.
 | ACTIVIDADES* Colocar la comida en el lado no afectado de la boca cuando sea el caso
 |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO****(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN****DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**Déficit de autocuidado: baño/higiene | Autocuidado: bañoAutocuidado: higiene | Entra y sale del cuarto de baño.Obtiene los suministros para el baño.Abre el agua.Regula la temperatura del agua.Regula el flujo del agua.Se baña en la ducha.Se lava la cara.Se lava la parte superior del cuerpo.Se lava la zona perianal.Seca el cuerpo.Se lava las manos.Se limpia los oídos.Mantiene la nariz limpiaMantiene la higiene bucal.Se lava el pelo.Se peina o cepilla el pelo.Se afeita. | 1. Gravemente comprometido
2. Sustancialmente comprometido
3. Moderadamente comprometido
4. Levemente comprometido
5. No comprometido
 |   |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)** Deterioro neuromuscular  |
| CARACTERÍSTICAS DEFINITORIASManifestado por incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo, entrar y salir del baño, incapacidad para obtener los artículos de baño, incapacidad para secarse el cuerpo, incapacidad para regular la temperatura o flujo del agua del baño. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Autocuidado: Baño** | **INTERVENCIONES (NIC): Ayuda al autocuidado** |
| **ACTIVIDADES*** Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios para el baño.
* Fomentar que el paciente prepare los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).
* Facilitar que el paciente se cepille los dientes, si es el caso.
* Facilitar que el paciente se bañe el mismo, iniciando por la parte del cuerpo afectado, si procede.
* Comprobar la limpieza y corte de uñas, según la capacidad de autocuidado del paciente.
 | ACTIVIDADES* Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidado
* Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal y el aseo.
* Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir los autocuidados.
* Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad
* 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 autocuidado.
* Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado
 |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO****(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN****DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**Déficit de autocuidado: uso del WC | Autocuidado uso del inodoro | Entra y sale del cuarto de baño.Se quita la ropa.Se coloca en el inodoro o en el orinal.Vacía la vejiga o el intestino.Se limpia después de orinar o defecar.Se levanta del inodoro.Se ajusta la ropa después de usar el inodoro. | 1. Gravemente comprometido
2. Sustancialmente comprometido
3. Moderadamente comprometido
4. Levemente comprometido
5. No comprometido
 |   |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)** Deterioro neuromuscular |
| CARACTERÍSTICAS DEFINITORIASManifestado por la incapacidad para llegar hasta el WC o el orinal, sentarse o levantarse del WC, manipular la ropa para la evacuación, realizar la higiene adecuada, tras la evacuación, realizar higiene perianal. |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Ayuda con los autocuidados: Aseo** |
| ACTIVIDADES* Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación.
* Llevar al paciente al WC o proporcionar cómodo u orinal a intervalos especificados, iniciando con un programa de proporcionar el orinal cada hora, hasta completar un vaciado vesical con intervalos de cada cuatro horas.
* Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación.
* Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación, si procede.
* Instaurar idas al baño, si procede y es necesario.
 |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO****(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN****DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**Deterioro de la movilidad física | Movilidad |  Movimiento muscular | * 1. Gravemente comprometido
	2. Sustancialmente comprometido
	3. Moderadamente comprometido
	4. Levemente comprometido
	5. No comprometido
 |   |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)** Disminución de la fuerza muscular |
| CARACTERÍSTICAS DEFINITORIASLimitación de las habilidades motoras gruesas y finas, limitación de la amplitud de movimientos. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Terapia de ejercicios: Movilidad articular** | **INTERVENCIONES (NIC): Enseñanza : Habilidad psicomotora** |
| **ACTIVIDADES*** Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función.
* Colaborar con el fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios
* Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular.
* Explicar al paciente/ familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones.
* 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 sistémica los ejercicios de arco de movimiento pasivos o activos.
* Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, en la resistencia y en la movilidad articular.
* Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones.
 | **ACTIVIDADES*** Mostrar la técnica al paciente.
* Dar instrucciones claras y paso a paso.
* Enseñar al paciente a realizar la técnica poco a poco.
* Guiar los cuerpos de los pacientes para que puedan experimentar las sensaciones físicas que acompañan a los movimientos correctos, si es el caso.
* Dar un tiempo adecuado para el dominio de la tarea.
* Observar la demostración de la técnica por parte del paciente.
* Proporcionar información sobre los dispositivos de ayuda disponibles que pueden utilizarse para facilitar la práctica de la tarea requerida, si procede.
* Enseñar el montaje, utilización y mantenimiento de los dispositivos de ayuda su se precisan.
* Incluir a la familia si resulta apropiado.
 |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO****(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN****DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**Deterioro de la habilidad para la traslación | Realización de transferencia  | Traslado de la cama a la silla.Traslado de la silla a la cama.Traslado de silla a silla.Traslado de la silla de ruedas al wc.Traslado del aseo a la silla de ruedas. | 1. Gravemente comprometido
2. Sustancialmente comprometido
3. Moderadamente comprometido
4. Levemente comprometido
5. No comprometido
 |   |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)** Deterioro neuromuscular, fuerza muscular insuficiente. |
| CARACTERÍSTICAS DEFINITORIASManifestado por incapacidad para trasladarse de la cama a la silla, de la silla a la cama, para levantarse de la cama y ponerse en pie, para pasar de estar de pie a acostarse en la cama, para ponerse en pie desde una silla de ruedas, para pasar de estar de pie a sentarse en una silla de ruedas.  |

|  |  |
| --- | --- |
| INTERVENCIONES (NIC): Ayuda con los autocuidados: transferencia | **INTERVENCIONES (NIC): Ayuda con los autocuidados: transferencia** |
| ACTIVIDADES* Determinar la capacidad actual del individuo para moverse ( p. ej., fuerza, nivel de habilidad, resistencia).
* Determinar la capacidad actual del individuo para comprender instrucciones y soportar las cargas.
* Elegir técnicas de traslado que sean adecuadas para el individuo.
* Identificar los métodos para evitar lesiones durante el traslado.
* Enseñar al individuo las técnicas adecuadas de traslado de una zona a otra (p. ej., de la cama a la silla, de la silla a la cama, de la silla de ruedas al vehículo, del vehículo a la silla de ruedas).
* Demostrar la técnica.
 | ACTIVIDADES* Facilitar apoyo para el cuerpo y las extremidades durante el traslado, si procede.
* Enseñar al individuo a trasladarse para conseguir el mayor nivel de independencia posible.
* Enseñar al individuo el uso adecuado de ayudas ambulatorias (p. eje., silla de ruedas, andadores, bastón).
* Animar al sujeto para que aprenda a trasladarse autónomamente.
* Documentar el progreso, si procede.
 |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO****(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN****DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**Deterioro de la deambulación | EquilibrioAmbular | Equilibrio en bipedestación.Equilibrio en sedestación.Equilibrio al caminar.Soporta el peso.Camina con marcha eficaz.Camina a paso lento.Camina a paso moderado.Sube escaleras.Baja escaleras.Camina por la habitación | 1. Gravemente comprometido
2. Sustancialmente comprometido
3. Moderadamente comprometido
4. Levemente comprometido
5. No comprometido
 |   |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)** Deterioro del equilibrioDeterioro neuromuscular (hemiplejia) |
| CARACTERÍSTICAS DEFINITORIASManifestado por deterioro de la habilidad para subir escaleras, caminar las distancias requeridas, caminar sobre superficies desiguales. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Indicadores de ejercicios: Equilibrio** | **INTERVENCIONES (NIC):Terapia de ejercicios: Ambulación** |
| ACTIVIDADES* 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.
* Ayudar al paciente a balancear el tronco mientras se encuentra en la posición de sentado sin utilizar las extremidades.
 | ACTIVIDADES* Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.
* Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde.
* Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslación.
* Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.
* Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas, 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.
* Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.
 |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO****(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN****DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**Deterioro de la deglución | Estado de la deglución: fase oralFase faríngea | Formación del bolo.Momento de formación del bolo alimentario.Cierre de los labios.Reflejo nauseoso.Atragantamiento, tos y nauseas antes de la deglución.Atragantamiento, tos o nausea | 1. Gravemente comprometido
2. Sustancialmente comprometido
3. Moderadamente comprometido
4. Levemente comprometido
5. No comprometido
 |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)** Deterioro neuromuscular  |
| CARACTERÍSTICAS DEFINITORIASManifestado por caída de la comida fuera de la boca, estancamiento en los surcos laterales, sialorrea, atragantamiento, nausea. |

|  |  |
| --- | --- |
| INTERVENCIONES (NIC): Terapia de deglución | **INTERVENCIONES (NIC): Terapia de deglución** |
| ACTIVIDADES* Determinar la capacidad del paciente para centrar su atención en el aprendizaje/realización de las tareas de ingesta y deglución.
* Evitar el uso de popotes para beber.
* Ayudar al paciente a sentarse en una posición erecta (lo más cerca posible de los 90º) para 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.
 | ACTIVIDADES* 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 el sellado de los labios al comer, beber y tragar.
* Comprobar la boca para ver si hay restos de comida después de comer.
* Enseñar al paciente a alcanzar partículas de comida en los labios y de la barbilla cuando no se pueden alcanzar con la lengua.
 |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO****(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN****DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**Deterioro de la comunicación verbal | Comunicación | Utilización del lenguaje escrito.Utilización del lenguaje hablado.Utiliza dibujos e ilustraciones.Utiliza lenguaje de signos.Reconoce los mensajes recibidos.Interpretación exacta de los mensajes recibidos.Intercambia mensajes con los demás.Interpretación del lenguaje escrito.Interpretación del lenguaje hablado.Interpretación de dibujos e ilustraciones.Interpretación de lenguaje de signos.Interpretación de lenguaje no verbal.Reconocimiento de mensajes recibidos. | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido5. No comprometido  |   |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)** Disminución de la circulación cerebral  |
| CARACTERÍSTICAS DEFINITORIASManifestado por dificultad para expresar los pensamientos verbalmente (afasia, apraxia), dificultad para formar palabras o frases (disartria), déficit visual parcial. |

|  |  |
| --- | --- |
| INTERVENCIONES (NIC): Mejorar la comunicación: Déficit del habla | INTERVENCIONES (NIC): Mejorar la comunicación: Déficit 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.
* Dar una orden precisa cada vez.
* Escuchar con atención.
* Utilizar palabras simples y frases cortas.
* 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.
 | **ACTIVIDADES*** Utilizar cartones con dibujos, si es preciso.
* Utilizar gestos con las manos si procede.
* Enseñar el habla esofágica cuando lo requiera el caso.
* Animar al paciente a que repita las palabras
* Proporcionar un refuerzo y una valoración positivos, si procede.
 |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO****(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN****DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**Desatención unilateral  | Imagen corporal | Descripción de la parte corporal afectadaVoluntad para tocar la parte corporal afectadaSatisfacción con el aspecto corporal | 1. Gravemente comprometido
2. Sustancialmente comprometido
3. Moderadamente comprometido
4. Levemente comprometido
5. No comprometido
 |   |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)** Hemiplejia por accidente vascular cerebral |
| CARACTERÍSTICAS DEFINITORIASManifestado por persistente falta de atención a los estímulos del lado afectado, no mirar hacia el lado afectado, dejar alimento en el plato en el lado afectado. |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo** | **INTERVENCIONES (NIC): Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo** |
| 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.
* 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 periodo agudo.
* Supervisar y/o ayudar en la transferencia y la deambulación.
* Tocar el hombro no afectado al iniciar una conversación.
* Colocar la comida y las 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.
* Enseñar al paciente a explorar con la vista de izquierda a derecha.
 | ACTIVIDADES* Realizar movimientos de amplitud y masajes del lado afectado.
* Animar al paciente a que toque y utilice la parte corporal afectada.
* 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 este 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.
* Centrar los estímulos táctiles y verbales en el lado afectado primero a medida que 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 a los cuidados si procede.
 |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO****(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN****DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**Estreñimiento  | Eliminación intestinal | Patrón de eliminaciónCantidad de heces en relación con la dieta Facilidad de eliminación de las heces Control de la eliminación de las heces | 1. Gravemente comprometido
2. Sustancialmente comprometido
3. Moderadamente comprometido
4. Levemente comprometido
5. No comprometido
 |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)** Cambio en el tipo de alimentos ingeridos, abolición de la motilidad intestinal |
| CARACTERÍSTICAS DEFINITORIASIncapacidad para eliminar las heces, eliminación de heces duras, secas y formadas, distensión abdominal. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC):** **Manejo del estreñimiento / impactación** | **INTERVENCIONES (NIC):** **Entrenamiento intestinal** |
| ACTIVIDADES* 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.
* Identificar los factores (medicamentos, reposos en cama y dieta) que puedan ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.
* 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.
* Instruir al paciente sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos. Para el estreñimiento/ impactación.
* 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.
 | ACTIVIDADES* Planificar un programa intestinal con el paciente y demás personas relacionadas.
* Consultar al médico y al paciente respecto al uso de supositorios.
* Enseñar al paciente / familia los principios de la educación intestinal.
* Instruir al paciente acerca de los alimentos con alto contenido de fibra.
* Proporcionar alimentos ricos en fibra 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 procede.
* Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares.
* Modificar el programa intestinal, si es necesario.
 |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO****(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN****DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**Incontinencia urinaria funcional  | Continencia urinaria | Reconoce la urgencia miccional.Responde de forma adecuada a la urgencia.Perdidas de orina entre micciones.Ropa interior mojada durante el día.Ropa interior o de la cama mojada durante la noche. | 1. Gravemente comprometido
2. Sustancialmente comprometido
3. Moderadamente comprometido
4. Levemente comprometido
5. No comprometido
 |   |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)** Deterioro cognitivo, limitaciones neuromusculares |
| CARACTERÍSTICAS DEFINITORIASPerdida de orina antes de llegar al inodoro |

|  |  |
| --- | --- |
| INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la eliminación urinaria | **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de la incontinencia urinaria** |
| 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 familiar y al paciente los signos y síntomas de infección en el tracto urinario.
* Anotar la hora de la última eliminación urinaria.
* Enseñar al paciente/familia a registrar la producción urinaria, si procede.
* Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar, si procede.
* 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.
* Restringir los líquidos, si procede.
 | ACTIVIDADES* Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo.
* Proporcionar prendas protectoras, si es necesario.
* Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
* Limitar los líquidos durante 2 a 3 horas antes de ir a la cama.
* Enseñar al paciente a beber un mínimo de 1500 cc de líquidos al día.
 |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO****(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN****DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**Incontinencia urinaria total  | Continencia urinaria | Reconoce la urgencia miccionalResponde de forma adecuada a la urgenciaVacía la vejiga completamentePerdidas de orina entre miccionesRopa interior mojada durante el díaRopa interior o de la cama mojada durante la noche | 1. Nunca demostrado.
2. Raramente demostrado
3. A veces demostrado
4. Frecuentemente demostrado
5. Siempre demostrado
 |   |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)** Disfunción neurológica |
| CARACTERÍSTICAS DEFINITORIASFlujo continuo de orina que se produce a intervalos imprevisibles sin distensión o falta de inhibición de las contracciones o espasmos vesicales, falta de conciencia a la incontinencia |

|  |  |
| --- | --- |
| INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la eliminación urinaria | INTERVENCIONES (NIC): Manejo de líquidos |
| **ACTIVIDADES*** Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen, y color, si procede.
* Identificar factores que contribuyen a episodios de incontinencia.
* Anotar la hora de la última eliminación urinaria.
* Enseñar al paciente/familia a registrar la producción urinaria, si procede.
* Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar, si procede.
* 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.
* Restringir los líquidos, si procede.
 | **ACTIVIDADES*** Realizar el registro preciso de ingesta y eliminación.
* Realizar sondaje vesical, si es preciso.
* Evaluar la ubicación y extensión del edema, si lo hubiera.
 |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN** |

|  |
| --- |
| INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de la incontinencia urinaria |
| **ACTIVIDADES*** Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo.
* Proporcionar prendas protectoras, si es necesario.
* Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
* Limitar los líquidos durante 2 a 3 horas antes de ir a la cama.
* Enseñar al paciente a beber un mínimo de 1500 cc de líquidos al día.
 |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO****(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN****DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**Deterioro de la eliminación urinaria | Eliminación urinaria | Patrón de eliminaciónVacía la vejiga complemente  | 1. Gravemente comprometido
2. Sustancialmente comprometido
3. Moderadamente comprometido
4. Levemente comprometido
5. No comprometido
 |   |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)** Retención urinaria |
| CARACTERÍSTICAS DEFINITORIASDistensión vesical, ausencia de diuresis |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Cuidados de la retención urinaria** | INTERVENCIONES (NIC): Sondaje vesical intermitente |
| ACTIVIDADES* Realizar una evaluación urinaria exhaustiva centrándose en la eliminación urinaria, función cognoscitiva y problemas urinarios anteriores.
* Proporcionar intimidad para la eliminación.
* Proporcionar tiempo suficiente para el vaciado de la vejiga ( 10 minutos).
* Disponer de la maniobra de crede (presión manual sobre la vejiga para ayudar a eliminar la vejiga) si es necesario.
* Insertar catéter urinario, si procede.
* Vigilar periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante la palpación.
* Implementar cateterización intermitente, si es posible.
 | ACTIVIDADES* Proporcionar una habitación privada tranquila para el procedimiento.
* Montar el equipo de cateterización correspondiente.
* Utilizar técnica limpia o estéril para la cateterización.
* Enseñar al paciente / familia el propósito, suministros, método y fundamento de la cateterización intermitente.
* Enseñar al paciente / familia la técnica de cateterización intermitente limpia.
* Solicitar que el paciente haga una demostración del procedimiento, si procede.
* Determinar un 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.
* Llevar un registro del programa de cateterización, ingesta de líquidos y producción.
* Controlar periódicamente el color y claridad de la orina.
 |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO****(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN****DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**Riesgo de aspiración | Prevención de la aspiración | Identifica factores de riesgoSe incorpora para beber o comerSelección de comidas según su capacidad de degluciónMantiene la comida en la boca.Controla las secreciones orales. | 1. Nunca demostrado
2. Raramente demostrado
3. A veces demostrado
4. Frecuentemente demostrado
5. Siempre demostrado
 |   |
| **FACTORES RELACIONADOS** **(CAUSAS) (E)** Presencia de tubo de traqueotomía, alimentación por sonda, deterioro de la deglución. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Precauciones para evitar la aspiración** | **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de las vías aéreas artificiales** |
| ACTIVIDADES* Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de tos, reflejo de gases y capacidad deglutiva.
* Alimentación en pequeñas cantidades.
* Comprobar la colocación de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación.
* Comprobar los residuos gástricos antes de la alimentación.
* Trozar los alimentos en porciones pequeñas.
* Romper las píldoras antes de la deglución.
 | ACTIVIDADES* Proporcionar cuidados a la traquea cada 4 a 8 horas si procede: limpiar la cánula interna, limpiar y secar la zona alrededor del estoma y cambiar la sujeción de traqueostomía.
* 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 traqueostomía
* Aislar la traqueostomía del agua.
* Proporcionar cuidados bucales y aspirar orofaringe, si procede.
* Realizar fisioterapia pulmonar, si procede.
* Asegurar que el globo de traqueostomía esté inflado durante la alimentación, si procede.
* Elevar el cabecero de la cama o ayudar al paciente a sentarse durante la alimentación, si procede.
 |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO****(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | PUNTUACIÓN DIANA |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**Riesgo de disreflexia autónoma | Detección y control del riesgo. | Reconoce los factores de riesgoDesarrolla estrategias de control del riesgo efectivas. | 1. Nunca demostrado
2. Raramente demostrado
3. A veces demostrado
4. Frecuentemente demostrado
5. Siempre demostrado
 |  |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS) (E)**Estreñimiento, estimulación cutánea, distensión vesical, ropa constrictiva |
|  |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Manejo de la disreflexia** |
| **ACTIVIDADES*** Identificar y minimizar los estímulos que puedan precipitar la disreflexia (distensión de la vejiga, cálculos renales, infección, impactación fecal, exploración rectal, inserción de supositorios, desgarro de la piel y ropa personal o de cama ajustada.
* Observar si hay signos y síntomas de disreflexia autónoma (hipertensión paroxísmica, bradicardia, taquicardia, diaforesis por encima del nivel de lesión, calor facial, palidez por debajo del nivel de lesión, cefalea, congestión nasal, escalofríos sin fiebre, erección pilomotora y dolor torácico).
* Instruir al paciente y familia acerca de las causas, síntomas, tratamiento y prevención de disreflexia.
 |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO****(NOC)** | **INDICADOR** | **ESCALA DE MEDICIÓN** | **PUNTUACIÓN****DIANA** |
| **ETIQUETA (PROBLEMA) (p):**Disposición para mejorara la gestión de la propia salud. | Conocimiento de régimen terapéutico | Justificación del régimen terapéuticoDescripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actualDescripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergenciaDescripción de técnicas de automonitorizaciónDescripción de los efectos esperados del tratamientoDescripción de los procedimientos descritos | 1. Ningún conocimiento.
2. Conocimiento escaso.
3. Conocimiento moderado.
4. Conocimiento sustancial.
5. Conocimiento extenso.
 |  |
| **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**Las elecciones de la vida diaria son apropiadas para satisfacer los objetivos de prevención y/o tratamiento. |
|  |

|  |
| --- |
| **INTERVENCIONES (NIC): Planificación de alta** |
| **ACTIVIDADES*** Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.
* Establecer metas realistas objetivas con el paciente
* Orientar al paciente y familiar durante su estancia hospitalaria a preparar el plan de alta.
* Determinar las capacidades del paciente para el alta.
* Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.
* Proporcionar retroalimentación frecuente acerca del progreso del aprendizaje.
* Colaborar con el medico, paciente y familiar para la planificación de la continuidad de los cuidados.
* Coordinar los esfuerzos de distintos profesionales de salud para asegurar un alta oportuna.
* Identificar la comprensión de los conocimientos necesarios por parte del paciente y familiar para poner en práctica después del alta.
* Identificar lo que debe aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta.
* Elaborar, explicar, y entregar al paciente y su familiar el plan de alta.
 |

|  |
| --- |
| **PLAN DE CUIDADO ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN** |

|  |
| --- |
| **BIBLIOGRAFIA** |
| * NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elservier-Mosby; 2012
* Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 5ª, ed. Madrid: Elservier-Mosby; 2013
* McCloskey D,J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 6ª ed. Madrid: Elservier-Mosby; 2013
 |

**Control de cambios**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Revisión** | **Descripción del cambio** | **Fecha** |
| 00 | Inicio en el Sistema de Gestión de Calidad | Julio 2014 |
| 01 | Actualización de la imagen institucional | JUN 15 |
| 02 | Actualización de Imagen Institucional | DIC 20 |