

**Desarrollo de
planes de
cuidados en
la cartera
de servicios de
Atención Primaria**



Edita:

© Instituto Nacional de la Salud
Subdirección General de Coordinación Administrativa
Área de Estudios, Documentación y Coordinación Normativa
Alcalá, 56
28014 Madrid

ISBN: 84-351-0366-8

Depósito legal: M. 45.501-2001

NIPO: 352-01-045-2

Núm. de publicación INSALUD: 1.807

Diseño de la cubierta: Enrique Sánchez-Maroto M.

Imprime: Closas-Orcoyen, S. L.

Polígono Igarsa. Paracuellos de Jarama (Madrid)

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Subdirección General de Atención Primaria

Desarrollo de planes de cuidados en la cartera de servicios de Atención Primaria

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
Subdirección General de Coordinación Administrativa
Madrid, 2001

Coordinación

Marta **Aguilera Guzmán**
Ángel **Abad Bassols**
Subdirección General de Atención Primaria

Grupo de trabajo “Elaboración planes de cuidados”

Juan Luis **Badallo León**
C.S. Serrada - Valladolid Este

Francisco Javier **Carrasco Rodríguez**
Dirección de Atención Primaria. - Toledo

José **Ciércoles Prado**
C.S. Tres Cantos - Madrid Área 5

Dolores **Corrales Nevado**
C.S. Plaza de Argel - Cáceres

Carmen **Ferrer Arnedo**
Grupo de Cartera de Servicios Atención
Primaria – S.G.A.P.

Rosa M^a **Iglesias Rivero**
C.S. Cangas de Narcea - Asturias

Jaime **Janer Mateu**
Dirección de Atención Primaria - Palma de
Mallorca

Ina **Jordán Gil**
Grupo de Cartera de Servicios Atención
Primaria – S.G.A.P.

Rafael **López Martínez de Pinillos**
Equipo de Soporte Atención Domiciliaria
(ESAD)- Madrid Área 1

Elena **Martín Robledo**
Dirección de Atención Primaria - Madrid
Área 10

Salvadora **Sancho Viudes**
Dirección de Atención Primaria - Palma de
Mallorca

Grupo de trabajo “Informatización planes de cuidados”

Antonio **Arribas Cachá**
C.S. El Greco - Madrid Área 10

Juan **Cárdenas Valladolid**
C.S. General Fanjul - Madrid Área 7

José M^a **Santamaría García**
Equipo Dirección – Madrid Área 3

Tratamiento de texto

Marta **Gosá de Oteiza**

ÍNDICE

	<u>Págs.</u>
PRÓLOGO	11
I. INTRODUCCIÓN	13
II. OBJETIVOS	15
III. FASES Y METODOLOGÍA	17
IV. PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS	19
V. CRITERIOS Y PILOTAJE DE EVALUACIÓN	45
VI. MODIFICACIONES CARTERA DE SERVICIOS	55
VII. PROYECTO INFORMATIZACIÓN	69
VIII. CONCLUSIONES	73
ANEXOS:	
ANEXO I. GUÍA VALORACIÓN GENERAL	75
ANEXO II. CRITERIOS DE EVALUACIÓN	83
ANEXO III. PARTICIPANTES EVALUACIÓN DE CRITERIOS	95
IX. BIBLIOGRAFÍA	99

PRÓLOGO

La definición e implantación de Normas Técnicas en la Cartera de Servicios de Atención Primaria supuso un avance importante por la homogeneización de criterios de correcta atención. Los planes de cuidados forman parte de las normas de varios Servicios de Cartera pero carecían de un desarrollo de los mismos, por lo que podía dar lugar a diferentes interpretaciones de estas normas o subnormas. De hecho los resultados de los estudios de concordancia entre observadores realizados en diferentes Servicios de Cartera durante los años 1997, 1998 y 1999, evidencian la baja concordancia observada en determinadas normas y subnormas relacionadas con cuidados.

Por otro lado, el progresivo envejecimiento de la población va a suponer un mayor número de discapacidades con una mayor demanda de atención en los Centros de Salud y especialmente en el domicilio, por lo que es necesario el establecimiento de planes de cuidados con unos criterios unificados y homogéneos, que faciliten una buena calidad de la atención y potencien el autocuidado de esta población y/o mediante la intervención de cuidadores, ya que la atención domiciliaria debe ser planificada y realizada fundamentalmente por los profesionales de Enfermería como eje central de este tipo de atención.

Fundamentándose en estas premisas, la Subdirección General de Atención Primaria (S.G.A.P.) tomó la decisión en 1998, de elaborar planes de cuidados que sirvieran de orientación a los profesionales de Atención Primaria, especialmente a los profesionales de Enfermería, cuya responsabilidad es fundamental para una buena calidad en el cuidado, tanto de las personas sanas como enfermas.

Siguiendo la metodología utilizada en Cartera de Servicios, la elaboración de estos "Planes de Cuidados", se ha realizado por consenso, intentando en todo momento la mayor participación de los profesionales.

Los "Planes de Cuidados" que a continuación se presentan, pretenden ser una guía para la inclusión de planes de cuidados en los distintos programas/protocolos que sustentan la Cartera de Servicios y servir para mejorar las normas técnicas de los Servi-

cios, tanto en lo referente a la recogida de información necesaria para realizar la valoración general, como para la identificación de problemas, propuesta de objetivos y planificación y desarrollo del plan de cuidados. Al igual que el resto de las normas de la Cartera de Servicios, su evaluación permitirá adoptar medidas correctoras con el fin de ir mejorando paulatinamente la calidad de la atención.

Este trabajo es el punto inicial para su extensión a otros servicios de la Cartera y a otros procesos asistenciales.

I. INTRODUCCIÓN

La Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD (S.G.A.P.), entre las líneas iniciadas en 1998 para la mejora de la calidad asistencial y con objeto de avanzar en el desarrollo de la Cartera de Servicios de Atención Primaria (C.S.A.P.)¹, consideró necesario profundizar en el trabajo desarrollado por los profesionales en los Equipos de Atención Primaria (E.A.P.) y fundamentalmente por los enfermeros, a través de la mejora en la planificación, desarrollo, seguimiento y evaluación de los planes de cuidados que se prestan, ya sea directamente o a través de los cuidadores, tanto en el centro de salud como en el domicilio. También la mejora en el desarrollo de planes de cuidados, debería favorecer el abordaje conjunto de los problemas de salud por parte de los profesionales sanitarios, evitando la duplicidad de esfuerzos y unificando conceptos y metodología, con el fin de conseguir mejorar la calidad de los cuidados prestados a la población asignada.

Para ello, se pusieron en marcha tres grupos de trabajo desde 1998 hasta 2.001. En octubre de 1998 se constituye el primer grupo de trabajo, formado por 6 enfermeras asistenciales y 4 de gestión con representatividad en Atención Primaria del INSALUD. El objetivo del grupo ha sido la priorización, diseño y establecimiento de protocolos sobre "Planes de Cuidados Estandarizados". Este proceso de estandarización constituye la base para homogeneizar los cuidados para problemas específicos, sin que esto suponga ninguna limitación a la individualización de la atención a cada persona.

Los planes deben cumplir las siguientes premisas:

- Servir para mejorar la calidad científico-técnica de los cuidados que se prestan, tanto en el centro de salud como en el domicilio.
- Proporcionar a los enfermeros herramientas que les permitan, desde la perspectiva del cuidado, un abordaje integral y continuo de los diferentes problemas que plantea la población.

Para la selección de sus componentes se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Experiencia en el planteamiento y desarrollo de planes de cuidados.
- Experiencia en gestión de servicios enfermeros.

- Experiencia en la elaboración y metodología de evaluación de la Cartera de Servicios de Atención Primaria.
- Experiencia en trabajar con la Historia Clínica Informatizada.
- Experiencia en Programas Específicos de Apoyo a los EAP.

La S.G.A.P. priorizó inicialmente cinco servicios de la C.S.A.P. para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería, con el fin de extenderlo posteriormente a otros Servicios de la Cartera y a otros procesos asistenciales. Los servicios priorizados incluían grupos de población vulnerables y/o de riesgo definidos en la C.S.A.P., en los que existía una oportunidad evidente para el desarrollo de planes de cuidados, entendiendo como tales “aquellos que se formulan para orientar los cuidados y guiar la intervención de los profesionales en una situación determinada”, considerando además que se ofertaba a personas, tanto sanas como enfermas y a sus familiares, donde la intervención de cuidados es relevante.

Los cinco servicios elegidos fueron:

- Atención a la Mujer en el Climaterio
- Atención a Pacientes con VIH
- Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados
- Atención a Pacientes Terminales
- Prevención y Detección de Problemas en el Anciano

Una vez elaborada la propuesta de los planes de cuidados, la SGAP envió el resultado del trabajo a las Direcciones de Enfermería de las 57 Áreas del INSALUD con el fin de recoger la opinión de los profesionales. Las sugerencias recibidas fueron valoradas por el Grupo, estableciendo el documento definitivo que se distribuyó entre las 57 Áreas en enero de 2.000².

Posteriormente, la S.G.A.P. encargó a un segundo grupo de enfermeros con experiencia en el desarrollo de Planes de Cuidados, elaborar una propuesta de criterios de correcta atención que fueran objetivables y evaluables, basándose en los planes de cuidados propuestos y que desarrolló su trabajo de febrero a junio de 2.000. Para comprobar la aplicabilidad de los criterios definidos por el grupo de expertos, la SGAP diseñó un estudio piloto de evaluación de los mismos que se llevó a cabo durante el mes de julio de 2.000.

Los resultados del estudio fueron posteriormente analizados y valorados por el Grupo de Cartera de Servicios de la SGAP, el cual propuso los criterios de correcta atención definidos que debían incluirse como Normas Técnicas y/o Subnormas en cada uno de los servicios seleccionados.

Por último, desde noviembre de 2.000 a marzo 2.001, el tercero de los grupos de trabajo abordó la incorporación de la metodología del proceso de atención de Enfermería para la planificación de cuidados, en la Historia Clínica Informatizada.

II. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL:

Diseño de “Planes de Cuidados Estandarizados” y criterios para su evaluación.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 2.1. Seleccionar los Servicios de Cartera en los que se priorizará el diseño de planes de cuidados.
- 2.2. Unificar criterios metodológicos para diseñar los planes de cuidados a través del proceso de atención de enfermería.
- 2.3. Elaborar planes de cuidados estandarizados para los grupos de población de los servicios priorizados.
- 2.4. Definir criterios de correcta atención para los planes de cuidados.
- 2.5. Determinar si los criterios definidos son evaluables a través de auditoría de Historia Clínica.
- 2.6. Realizar una propuesta para la incorporación de los planes de cuidados en la Historia Clínica Informatizada.

III. FASES Y METODOLOGÍA

1ª Fase: Elaboración “Planes de Cuidados”

A través de una técnica de consenso se acordó utilizar la metodología del Proceso de Enfermería^{3,4} y abordar los planes de cuidados a partir de una Valoración General del paciente que permitiera la identificación de problemas “reales” o de “riesgo”, y la posterior planificación de las intervenciones y actividades para prevenir, mejorar o solucionar dichos problemas, según se especifica en el apartado IV.

2ª Fase: Definición de Criterios de evaluación y estudio de su aplicabilidad

Posteriormente, un grupo de profesionales del Área 6 de Madrid con experiencia en el desarrollo de Planes de Cuidados de Enfermería, elaboró una propuesta de criterios de correcta atención para los planes de cuidados propuestos.

Por cada servicio seleccionado se priorizaron tres criterios que contemplaban las fases del Proceso de Enfermería en la elaboración de Planes de Cuidados, correspondiendo cada criterio a:

- Valoración según patrones funcionales de salud.
- Diagnósticos de los problemas identificados.
- Intervenciones y actividades relacionadas, que actuaran sobre los problemas diagnosticados.

El grupo también propuso, siguiendo las indicaciones de la S.G.A.P., las aclaraciones y excepciones pertinentes a cada criterio con objeto de poder evaluar los planes de cuidados.

Posteriormente, la S.G.A.P. diseñó el estudio para pilotar la aplicabilidad de dichos criterios en la evaluación de planes de cuidados.

3ª Fase: Incorporación de planes de cuidados en la Historia Clínica Informatizada

Para abordar el último objetivo del proyecto sobre “Estandarización de Planes de Cuidados” iniciado por la S.G.A.P. en 1998, se formó un grupo de expertos que propusiera las mejoras a realizar en la Historia Clínica Informatizada, que facilitasen la planificación, desarrollo y seguimiento de planes de cuidados.

Se utilizó una metodología de grupo nominal, a partir de la aplicación de Historia Clínica Informatizada pilotada en el Centro de Salud “El Greco” del Área 10 de Madrid, en la que ya se tenía en cuenta el documento interno sobre Estandarización de Planes de Cuidados. Las reuniones de trabajo se desarrollaron desde noviembre de 2000 a marzo de 2.001.

El grupo de trabajo tuvo en cuenta las siguientes premisas:

- La elaboración de los planes de cuidados se relaciona con el trabajo por episodios.
- La información generada en la atención a la población a través del Proceso de Atención de Enfermería, constituye un valor añadido a la información clínica ya existente sobre la atención al usuario y, por tanto, debe ser vinculable a la misma y accesible para todos los profesionales asistenciales con objeto de garantizar el adecuado desarrollo de intervenciones multidisciplinares.
- En la mayoría de los casos, dicha atención se enmarca dentro de la Cartera de Servicios de Atención Primaria por lo que su información deberá permitir el seguimiento y evaluación de la misma.
- Ante las diversas experiencias que se están llevando acabo en distintas Áreas del INSALUD, la propuesta debe permitir la adaptación de las peculiaridades de cada sistema.
- La propuesta de informatización debe ser uniforme, para permitir la posterior explotación de información de los datos incluidos en los planes de cuidados.

IV. PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

Una vez seleccionados los servicios para cuya población diana se van a elaborar los planes, cada uno de ellos se distribuyó a dos componentes del grupo con objeto de que realizasen conjuntamente una propuesta de Planes de Cuidados.

Posteriormente, cada propuesta fue discutida por todo el grupo. Llegando a los siguientes acuerdos:

- Consenso para elaborar una guía orientativa de los datos mínimos para hacer una valoración general, teniendo en cuenta los criterios de correcta atención incluidos actualmente en las Normas Técnicas de cada uno de los servicios seleccionados de la Cartera, cuyo registro permita, según cada caso, realizar una Valoración General del paciente (ANEXO I), según los Patrones Funcionales de Salud de Marjori Gordon.⁵
- Identificación y priorización de 6 a 9 posibles problemas de salud en cada servicio seleccionado, susceptibles de cuidados, mediante la utilización de la clasificación North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)^{6,7} adaptada al contexto español. El grupo valora que NANDA, es la taxonomía diagnóstica más utilizada internacionalmente y que mejor se adapta para clasificar problemas de salud que requieren cuidados de Enfermería en el ámbito de la Atención Primaria. También se acuerda que los problemas de salud identificados y priorizados deberán cumplir las siguientes premisas:
 - Tener una aplicabilidad real en la práctica clínica.
 - Tener una demostrada magnitud en el grupo poblacional en el que se va a realizar la intervención.

Así mismo, se determina al menos una relación causal (R/C) o factor relacionado para cada uno de los diagnósticos identificados y etiquetados.

- Basados en cada uno de los diagnósticos etiquetados, se determinan los objetivos a alcanzar por la persona y/o el cuidador.

- Selección de las intervenciones y actividades^{8,9} que permitan actuar sobre los problemas identificados y alcanzar los objetivos propuestos:
 - En el caso de los problemas identificados “reales”, las intervenciones van encaminadas a controlar los signos y síntomas presentes que favorezcan la mejoría, así como a identificar las intervenciones para reducir o eliminar la causa del problema.
 - En el caso de problemas identificados de “riesgo”, las intervenciones van encaminadas a realizar valoraciones focalizadas, para determinar si han aparecido signos y síntomas que transformen el problema de “riesgo” en “real”, así como identificar las intervenciones para prevenir, reducir o eliminar los factores de riesgo.

PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS PROPUESTOS relacionados con los cinco servicios de cartera seleccionados:

- IV.1. Planes de cuidados “Atención a la mujer en el Climaterio”**
- IV.2. Planes de cuidados “Atención a Pacientes VIH”**
- IV.3. Planes de cuidados “Atención al Paciente Inmovilizado”**
- IV.4. Planes de cuidados “Atención al Paciente Terminal”**
- IV.5. Planes de cuidados “Prevención y Detección Problemas en el Anciano”**

**IV.1. PLANES DE CUIDADOS
ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO**

POBLACIÓN DIANA: Mujeres incluidas en el servicio “Atención a la mujer en el Climaterio”

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p>1.1. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO</p> <p>R/C:</p> <p>- Pérdida de tono muscular de suelo pélvico.</p>	<p>La mujer recuperará la continencia y prevendrá complicaciones.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar de las medidas que pueden disminuir la incontinencia o al menos mejorar su confort: reducir el consumo de sustancias excitantes (café, alcohol, té...), utilizar ropas fáciles de quitar y poner, restringir los líquidos al menos 3 horas antes de acostarse, facilitar la rapidez de acceso al aseo, utilizar sólo ocasionalmente y como medida complementaria absorbentes... 2. Destacar la importancia de la higiene y de los cuidados de la zona perineal. 3. Enseñar al paciente la realización de ejercicios de Kegel, para fortalecer el suelo pélvico. 4. Corregir el estreñimiento si existe.
<p>1.2. DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO</p> <p>R/C:</p> <p>- Manejo inadecuado de sofocos.</p>	<p>La Mujer recuperará un ritmo de sueño- vigilia satisfactorio.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar de las medidas que pueden facilitar el conciliar el sueño: <ul style="list-style-type: none"> • Evitar exponerse a un calor excesivo durante el sueño. • No tomar sustancias excitantes. • Ingerir bebidas frías o refrescarse con agua tibia durante la aparición de los sofocos. • Usar ropa cómoda, amplia y de algodón, tanto de vestir como de cama • Enseñar técnicas de relajación sencillas, para utilizarlas en el momento que se necesite.
<p>1.3. BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL</p>	<p>La Mujer conseguirá elevar su autoestima.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ayudar a expresar sentimientos de aceptación de la imagen actual y con relación a esta etapa de la vida. 2. Ayudar a describir las capacidades y recursos de la persona.

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insatisfacción con la imagen corporal. - Pérdida del rol reproductivo. 		<ol style="list-style-type: none"> 3. Establecer una relación de confianza enfermera/o paciente: Dar un espacio para que exprese sus preocupaciones. 4. Explorar y esclarecer sus sentimientos con respecto a esta etapa de la vida. Desmontar mitos. 5. Estimular planes para el ocio y las relaciones sociales, con objetivos y actividades realistas, de acuerdo con las posibilidades de la persona. 6. Estimular la participación en grupos de autoayuda, asociaciones... 7. Aconsejar la expresión de sus sentimientos con la familia, pareja o amigos. 8. Explicar la transformación fisiológica del cuerpo a lo largo de esta etapa de la vida.
<p>1.4. PATRÓN SEXUAL INEFECTIVO</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mitos y tabúes. - Miedo al embarazo. - Déficit de conocimientos para evitar el dolor coital. 	<p>La mujer aumentará su satisfacción en las relaciones sexuales.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer una relación de confianza enfermera/o paciente: facilitando que exprese sus preocupaciones. 2. Informar en torno a la sexualidad, en esta etapa de la vida. 3. Aconsejar la utilización de sustancias lubricantes que faciliten las relaciones sexuales, si es necesario. 4. Analizar conjuntamente con la persona, otras formas de relación sexual no coital que favorezcan la satisfacción sexual. 5. Aclarar conceptos erróneos sobre la sexualidad en esta etapa de la vida. 6. Aconsejar que comente el problema con su pareja.

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p>1.5. AFRONTAMIENTO INEFECTIVO</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crisis situacionales. - Crisis madurativa. - Vulnerabilidad. 	<p>La mujer conseguirá afrontar la situación de manera efectiva.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ayudar a la persona a identificar estrategias previas de afrontamiento eficaz, basado en su experiencia. 2. Potenciar las capacidades de la persona. 3. Favorecer la máxima participación y el mejor control sobre su vida cotidiana a fin de disminuir la sensación de incapacidad e impotencia. 4. Enseñar técnicas de relajación. 5. Ayudar a corregir la falta de sistemas de apoyo. 6. Ayudar a la persona a establecer expectativas de vida y objetivos reales.

IV.2. PLANES DE CUIDADOS ATENCIÓN A PACIENTES VIH

POBLACIÓN DIANA: Pacientes incluidos en el servicio “Atención a pacientes VIH”

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p>2.1. DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para ingerir nutrientes. 	<p>El paciente realizará una ingesta adecuada a sus necesidades nutricionales.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar junto al paciente, los factores que contribuyen a la pérdida de apetito. 2. Mantener una higiene oral adecuada. 3. Mantener una adecuada hidratación. 4. Identificar junto al paciente los alimentos más nutritivos y sus diferentes formas de preparación, según los gustos y preferencias del paciente. 5. Informar al paciente de tipos de dieta que incluya todos los grupos de alimentos necesarios para proporcionar un adecuado equilibrio nutricional.
<p>2.2. DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higiene oral inadecuada. - Malnutrición. - Deshidratación. 	<p>El paciente mantendrá la integridad de la cavidad oral.</p> <p>El paciente/cuidador demostrarán conocimientos sobre higiene oral y nutrición adecuados.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitará alimentos y bebidas dulces entre comidas. 2. Enseñar los cuidados en caso de gingivitis y sequedad al paciente/cuidador (Lavados bucales con agua oxigenada y agua tibia, enjuagando después con solución salina). 3. Comentar el beneficio de la lubricación de labios e ingesta de líquidos. 4. Comentar la forma correcta de cepillado de los dientes y utilización de la seda dental. 5. Enseñar los cuidados en caso de aftas, realizando enjuagues con agua con bicarbonato sódico. 6. Informar al paciente de tipos de dieta que incluya todos los grupos de alimentos necesarios para proporcionar un adecuado equilibrio nutricional.

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p>2.3. RIESGO DE INFECCIÓN</p> <p>R/C: - Insuficiencia de conocimientos. - Falta de conocimientos.</p>	<p>El paciente/cuidador describirán las causas del SIDA.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar al paciente sobre todo lo relacionado con el proceso de contagio y naturaleza del virus. 2. Ayudar a disipar los mitos relacionados con el VIH-SIDA. 3. Informar sobre los riesgos específicos, las medidas a adoptar y el por qué de los mismos. 4. Enseñar al paciente las medidas de prevención de la transmisión de la enfermedad. 5. Enseñar las medidas de higiene, tanto del paciente como de la vivienda, para prevenir la transmisión de la enfermedad. 6. Sensibilizar al paciente sobre la importancia de la aplicación de las medidas para evitar contagiar a otros o volverse a contagiar.
<p>2.4. ANSIEDAD</p> <p>R/C: - Cambio en el estado de salud. - Amenaza de muerte.</p>	<p>El paciente adquirirá los mecanismos eficaces para afrontarla.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ayudar al paciente a reconocer las causas de su ansiedad, así como sus manifestaciones y desahogar sentimientos y pensamientos. 2. Enseñar al paciente mecanismos alternativos de autocontrol y de adaptación. 3. Informar sobre los riesgos específicos, las medidas a adoptar y el por qué de los mismos. 4. Enseñar al paciente métodos de control de la ansiedad. 5. En caso necesario derivar a otros profesionales.

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p>2.5. INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES R/C:</p> <p>- Cambio de roles familiares.</p>	<p>El paciente/cuidador expresarán los signos de disfunción familiar y reconocerán los roles a desempeñar por cada uno de los miembros del grupo familiar.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Crear un entorno privado y de apoyo para la familia. 2. Apoyar al cuidador/familia: reconocer su ayuda, animarles a atender al paciente, animarles a pasar algún tiempo alejados del paciente para evitar el cansancio. 3. Ayudar a la familia a reorganizar los distintos roles, a fijar prioridades y a distribuir responsabilidades. 4. Aconsejar que el paciente siga haciendo todo lo posible para desempeñar su rol.
<p>2.6. *AISLAMIENTO SOCIAL</p> <p>*Intervención también si se detecta riesgo de aislamiento social.</p> <p>R/C:</p> <p>- Conductas y/o valores sociales no aceptados. - Aspecto físico e higiene.</p>	<p>El paciente disminuirá su sensación de aislamiento.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar la comunicación y la interacción social a través de: escuchar atentamente, animarle a que comparta sus sentimientos con sus allegados, animarle al contacto con amigos/vecinos/familia. 2. Valorar e identificar con el paciente/familia la existencia de barreras para el contacto social y ayudar a buscar soluciones: correspondencia, teléfono, viajar... 3. Informar de redes formales de apoyo; asociaciones, visitadores, centros de reunión, grupos parroquiales, grupos de ayuda para el paciente/familiares.... 4. Valorar con el paciente actividades que le mantengan entretenido: diarios, radio, TV, cine, animales domésticos.

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p>2.7. DUELO ANTICIPADO</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida real o percibida. - Próxima muerte percibida de uno mismo. 	<p>El paciente y familia progresarán en las etapas del proceso de duelo hasta lograr la resolución de la pérdida.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar información sobre las fases del duelo, facilitando la expresión de sentimientos. 2. Promover actividades que proporcionen distracción y alegría, aunque sea en breves momentos. 3. Fomentar y reforzar la toma de decisiones sobre su vida y/o cambios de salud. 4. Respetar y apoyar en todo momento las creencias religiosas y valores personales. 5. Ayudar al paciente/familia a diseñar estrategias para mantener, en la medida de lo posible, los hábitos y ritmo de vida habituales. 6. Ayudar en la revisión de la vida e identificar y reforzar los logros y aspectos positivos de ésta.

IV.3. PLANES DE CUIDADOS ATENCIÓN AL PACIENTE INMOVILIZADO

PLOBACIÓN DIANA: Pacientes incluidos en el servicio “Atención al Paciente Inmovilizado”

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p>3.1. RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA</p> <p>R/C:</p> <p>- Inmovilidad.</p>	<p>El paciente mantendrá íntegra la piel.</p> <p>El cuidador conocerá la forma de prevenir los factores que favorecen la aparición de las úlceras.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar al paciente y/o cuidador: <ul style="list-style-type: none"> • Factores que favorecen a la aparición de las úlceras. • Signos y síntomas que preceden a la lesión. 2. Insistir en la necesidad de: <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la piel limpia, seca y bien hidratada. No utilizar productos irritantes ni sustancias que puedan macerar la piel. • Proteger zonas de prominencias óseas y puntos de apoyo, enseñando el modo de hacerlo. • Realizar cambios posturales, enseñando el modo de hacerlos. • Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas. • Evitar encamamiento. 3. Recalcar la importancia de tener una alimentación variada y abundante aporte de líquidos. 4. Fomentar la deambulaci3n, si est3 indicada. 5. Enseñar a realizar ejercicios activos o pasivos seg3n el grado de movilidad. 6. Informar sobre distintos materiales, dispositivos y ayudas mec3nicas para mitigar la presi3n. 7. Si el riesgo es elevado en la Escala de Norton Modificada (ENM) valorar: sondaje vesical, colector y colch3n antiescaras.

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p>3.2. ESTREÑIMIENTO</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inmovilidad o falta de ejercicio. - Dieta baja en fibra. - Aporte insuficiente de líquidos. - Abuso de laxantes. - Deposiciones dolorosas. 	<p>El paciente recuperará un hábito intestinal adecuado.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar conjuntamente la dieta diaria y explicar y aconsejar una dieta equilibrada con alimentos ricos en fibra y residuos. 2. Insistir en la necesidad de tomar abundantes líquidos. 3. Establecer un plan de ejercicio de acuerdo a sus posibilidades. 4. Explicar los efectos del uso continuado de laxantes y recomendar su disminución paulatina. 5. Si hay dolor al defecar, aconsejar los baños de asiento y la aplicación de compresas frías o calientes según proceda. 6. Comprobar si sigue algún tratamiento que pueda contribuir al problema.
<p>3.3. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deterioro de la función neuromuscular. - Deterioro de la función músculo-esquelética. - Afectación de la función cognitiva. 	<p>El paciente cooperará en la movilización de acuerdo con sus capacidades.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las actividades que puede realizar de forma autónoma y aquellas que requieren asistencia. 2. Elaborar conjuntamente un programa de ejercicios físicos activos y/o pasivos. 3. Enseñar a mantener una posición funcional con el fin de prevenir deformidades articulares. 4. Enseñar a realizar cuidados de la piel Plan de Cuidados úlceras por presión. 5. Aconsejar sistemas de ayuda para la movilización. 6. Aconsejar levantarlo para deambular y/o permanecer sentado. 7. Aconsejar favorecerle la accesibilidad a los objetos de uso frecuente.

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p>DÉFICIT DE AUTOCUIDADO:</p> <p>3.4 ALIMENTACIÓN</p> <p>3.5. BAÑO/HIGIENE</p> <p>3.6. VESTIDO/ACICALADO</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afectación de la función cognitiva. - Limitación de la movilidad. 	<p>El paciente conseguirá el mayor nivel posible de autocuidado de acuerdo a su limitación.</p> <p>El cuidador demostrará habilidad en las actividades de suplencia requeridas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar conjuntamente el grado de dependencia: <ul style="list-style-type: none"> • Qué puede hacer • Tipo de ayuda que requiere • Forma de proporcionársela 2. Estimular la participación activa. 3. Evitar sobreprotección. 4. Elogiar los logros conseguidos. 5. Valorar el uso de aparatos compensatorios y dispositivos de ayuda. 6. Enseñar al cuidador las actividades de suplencia que requiera el paciente.
<p>3.7. DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de actividad. 	<p>El paciente conseguirá restablecer un ritmo de sueño/vigilia satisfactorio para él y su cuidador.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer un horario para dormir y descansar evitando permanecer demasiado tiempo en cama. 2. Explicar que la necesidad de dormir cambia con la edad y que en general las personas mayores despiertan frecuentemente por la noche. 3. Limitar la cantidad y duración de la siesta, si el sueño diurno es excesivo, estableciendo actividades que le mantengan entretenido. 4. Aumentar el nivel de actividad durante el día según sus posibilidades: colaborar en su autocuidado y ejercicio de acuerdo a sus posibilidades. 5. Desaconsejar el consumo de cafeína y otros estimulantes por la tarde, al menos 4 horas antes de acostarse. 6. Si procede, desaconsejar la ingesta de líquidos 2-3 horas antes de acostarse. 7. Establecer un ambiente favorecedor del sueño: cama confortable, ropa cómoda, evitando ruidos y luces innecesarias.

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p>3.8. RIESGO DE CANSANCIO EN EL EJERCICIO DEL ROL DEL CUIDADOR</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prolongación de los cuidados. - Falta de conocimientos. - Falta de recursos. - Alteraciones en la salud del cuidador. 	<p>El cuidador aumentará la capacidad para afrontar la situación.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicarle en que consiste el problema de salud de la persona cuidada. 2. Planificar conjuntamente la organización de los cuidados. 3. Enseñar progresivamente las técnicas y habilidades necesarias para los cuidados. 4. Mantener una actitud comprensiva y empática, sin emitir juicios de valor. 5. Favorecer la expresión de sentimientos, ideas, emociones... 6. Reconocer la frustración que ocasiona el papel de cuidador. 7. Informarle del papel del Trabajador Social y los beneficios que puede proporcionarle. 8. Si es adecuado, discutir la posibilidad de un ingreso temporal de la persona cuidada en una institución, apoyando la decisión y ayudándole a manejar los posibles sentimientos de culpa y frustración. 9. Proporcionar contactos con grupos de autoayuda. 10. Planificar conjuntamente un tiempo de descanso y distracción.

IV.4. PLANES DE CUIDADOS ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL

PLOBACIÓN DIANA: Pacientes incluidos en el servicio “Atención al Paciente Terminal”

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p>4.1. DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para ingerir, digerir, o absorber. 	<p>El paciente/cuidador describirá la dieta adecuada al estadio evolutivo del paciente, teniendo en cuenta sus gustos y preferencias.</p> <p>El paciente/cuidador administrará la dieta adecuada al estadio evolutivo del paciente.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aconsejar alimentos en pequeñas cantidades varias veces al día, dieta a la carta sin forzar ingesta. 2. Informar sobre las necesidades energéticas en estos pacientes, no aconsejar dietas hipercalóricas, ni hiperproteicas, ni suplementos vitamínicos, ni estimulantes del apetito. 3. Adecuar la consistencia de los alimentos a la disfagia (purés, espesantes para líquidos, yogures, helados, flanes,...) 4. Aconsejar alimentos avinagrados y fríos en caso de náuseas y vómitos. 5. Ofrecer bebidas frecuentemente: de 6-8 vasos de líquidos al día en pequeños sorbos. 6. En caso de lesiones en cavidad oral enseñar al paciente a realizar enjuagues con lidocaína viscosa antes de las comidas para evitar el dolor en la ingesta.
<p>4.2. DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la salivación. - Higiene oral inadecuada. - Deshidratación. 	<p>El paciente recuperará la integridad de mucosa oral.</p> <p>El paciente/cuidador demostrarán conocimientos sobre higiene oral.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñar cuidados de la boca y prótesis: cepillado correcto de ambas y sumergir cepillo y prótesis en antimicótico. Desaconsejar colutorios antisépticos en lugar del cepillado tradicional. 2. Mantener mucosa hidratada y labios lubricados. 3. Aumentar ingesta de líquidos. 4. Aumentar salivación: chupar cubitos de hielo, gajos de frutas ácidas, masticar chicles sin azúcar...

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
		<ol style="list-style-type: none"> 5. Refrescar mucosa oral. Enjuagues frecuentes con agua y/o bebidas amargas (tónicas, cerveza sin alcohol, bitter sin alcohol,...) Evitar ácidos en casos de gingivitis y estomatitis.
<p>4.3. ESTREÑIMIENTO</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inmovilidad. - Uso de medicamentos (opiáceos). - Aporte insuficiente de líquidos. 	<p>El paciente conseguirá la mejora del patrón de la eliminación intestinal: frecuencia inferior a 3 días.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desaconsejar una dieta rica en fibra, para evitar el aumento del bolo digestivo. 2. Aconsejar aumentar ingesta de líquidos. 3. Aconsejar movilización y deambulación del paciente si procede. 4. Explicar a la familia y paciente la regla del 3º día, no dejando que pasen más de 3 días sin deposición, ayudándose de medidas auxiliares (enemas,...) si fuera preciso. 5. Explicar que para aliviar el dolor rectal al defecar, se debe lubricar la zona perianal y que la consistencia de las heces debe ser blanda. 6. Insistir en la importancia del uso continuado de los laxantes prescritos. 7. Enseñar a la familia la técnica de administración de enemas si procede al 3º día sin deposición, colaborando con ellos si es necesario. 8. Extraer fecaloma si fuera preciso. 9. Explicar al paciente que la distensión abdominal, las náuseas y vómitos pueden ser producidos por el estreñimiento
<p>4.4. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</p>	<p>El paciente expresará su deseo de cooperar en la movilización de acuerdo a sus capacidades.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las actividades que puede realizar de forma autónoma y aquellas en que requiere asistencia. 2. Elaborar un programa de ejercicios físicos activos y/o pasivos.

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intolerancia a la actividad/disminución de la fuerza y resistencia. - Dolor/malestar. 		<ol style="list-style-type: none"> 3. Estimular al paciente a la deambulación, levantar a sillón, o cambios posturales si precisara por encamamiento. 4. Valorar la necesidad y suministrar dispositivos de ayuda: bastones, andadores, sillas de ruedas, camas articuladas. 5. Explicar a la familia que es importante averiguar en qué posición se encuentra más cómodo el paciente, para ello servirán de ayuda almohadas, rodillos de tela, mantas dobladas.
<p>4.5. DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de actividad. - Efectos secundarios a medicamentos. - Dolor. 	<p>El paciente recuperará un ritmo de sueño/vigilia satisfactorio para el paciente y cuidador.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitar que las horas de sueño se interrumpan con medicación, curas, comidas,... 2. Incrementar las actividades durante el día de acuerdo a sus posibilidades y evitar el sueño diurno. 3. Mantener un ambiente favorecedor del sueño: evitar ruidos y luces, cama limpia y sin arrugas, evitar temperaturas extremas, usar almohadas para buscar la posición más favorable. 4. Evitar estimulantes (cafeína, té, cacao, nicotina,...) por la tarde. 5. Administrar fármacos de forma que sus efectos secundarios no alteren el sueño por su toma nocturna (diuréticos, corticoides,...) 6. Control del resto de síntomas, en especial el dolor. 7. Respetar costumbres del paciente para conciliar el sueño: baño caliente, leer, tomar leche caliente, infusiones.. 8. Enseñar y practicar técnicas de relajación: masajes y respiraciones profundas. 9. Adecuar la pauta de la administración de los fármacos respetando el período de sueño.

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p>4.6. DOLOR AGUDO</p> <p>R/C:</p> <p>- Falta de habilidad para manejar las pautas analgésicas.</p>	<p>El paciente reducirá o eliminará la percepción del dolor.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adiestrar a la familia sobre dosis, horarios y efectos secundarios de los analgésicos prescritos. 2. Administrar los analgésicos reloj en mano, nunca a demanda, y de elección vía oral. 3. Adiestrar a la familia a utilizar las dosis extras de analgésicos en picos de dolor. 4. Monitorizar la duración del alivio tras la analgesia. 5. Enseñar al paciente y a la familia técnicas no invasivas de alivio del dolor: cambios posturales frecuentes que ayuden a disminuir el dolor, masajes... 6. Explicar las causas del dolor, si se conocen, y si se considera oportuno. 7. Adiestrar a la familia para no restar importancia a las quejas de dolor del paciente.
<p>4.7. BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL</p> <p>R/C:</p> <p>- Insatisfacción con la imagen corporal. - Pérdida del rol.</p>	<p>El paciente conseguirá elevar su autoestima.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ayudar a que exprese sentimientos y pensamientos. 2. Ayudar al paciente a que identifique aspectos positivos sobre sí mismo, animándole a recordar vivencias anteriores, aficiones, capacidad de trabajo, lealtad en sus relaciones, roles con su familia,... 3. Informar a la familia de los cambios que va experimentando el paciente, caquexia, desfiguración, amputaciones, para que no les causen rechazo y desagrado, aumentando sus muestras afectivas. 4. Informar a la familia sobre la importancia de la participación del paciente en la toma de decisiones, así mismo los profesionales sanitarios deben siempre solicitar opinión al paciente en la misma. 5. Movilizar sistemas de apoyo.

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p>4.8. ANSIEDAD</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambio en su estado de salud/amenaza de muerte. 	<p>El paciente adquirirá mecanismos eficaces para afrontar y disminuir el nivel de ansiedad personal.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer una relación de confianza donde el paciente y la familia puedan exponer sus preocupaciones, temores y dudas. 2. Ayudar al individuo a reconocer las causas de su ansiedad, así como sus manifestaciones. 3. Enseñar al paciente mecanismos alternativos de autocontrol y de adaptación. 4. Ayudar a controlar el miedo del paciente a quedarse solo, acompañándole el mayor tiempo posible, y a la oscuridad, dejando luz indirecta durante la noche.
<p>4.9. SUFRIMIENTO ESPIRITUAL</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad para realizar sus prácticas religiosas habituales. - Muerte y crisis de enfermedad. - Conflictos entre terapias propuestas y sus valores /creencias. 	<p>El paciente conseguirá reducir o eliminar el sufrimiento espiritual.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tener en cuenta restricciones espirituales. 2. Expresar disponibilidad para ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades espirituales, sin juzgar sus ideas. 3. Ofrecer contacto con personas que le sirvan de apoyo espiritual (capellán, grupo pastoral,...). 4. Consensuar en todo momento con el paciente y en su defecto con la familia, si procede, todos los planes de actuación y tratamientos: estupefacientes, actuación en caso de agonía (sueros, sondas nasogástricas, transfusiones) respetando sus creencias. 5. Ofrecer ayuda a la familia en la preparación o amortajamiento del cadáver, si procede. 6. Facilitar al paciente y familia la expresión de sus inquietudes espirituales. 7. Proporcionar silencio o tacto en momentos de duda o desesperación. 8. Ayudar a que exprese enojo hacia Dios, muerte, enfermedad,... 9. No alterar costumbres que estén impuestas por la religión.

**IV.5. PLANES DE CUIDADOS
PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN EL ANCIANO**

POBLACIÓN DIANA: Personas incluidas en el servicio “Prevención y Detección de Problemas en el Anciano”

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p>5.1. RIESGO DE LESIÓN</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deterioro de la movilidad. - Obstáculos ambientales. - Deficiencias sensoriales. 	<p>Prevenir el riesgo de lesiones por accidentes.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar junto con el paciente/familia la presencia de factores causales: deterioro de la movilidad y/o obstáculos ambientales y/o deficiencias sensoriales. 2. Enseñar medidas de protección de acuerdo al déficit sensorial que presente. 3. Valorar la necesidad de dispositivos de ayuda (bastón, muletas, andador...). 4. Instruir en la utilización de zapatos cómodos y antideslizantes, y en la utilización correcta de los dispositivos de ayuda si es necesario. 5. Valorar la presencia de efectos colaterales de los medicamentos y advertir que no se deben tomar medicamentos sin el conocimiento del médico. 6. Enseñar al paciente/familia ejercicios para mantener la amplitud de movimientos y robustecer los músculos de brazos, piernas y espalda con el fin de facilitar el uso de dispositivos de ayuda si es necesario. 7. Enseñar las técnicas para prevenir la hipotensión ortostática. 8. Valorar junto con el paciente y la familia la posibilidad de realizar modificaciones en su entorno que contribuyan a disminuir los factores de riesgo de caídas: buena iluminación, pasamanos y barandillas, agarradores en el baño, retirar o sujetar alfombras, utilizar sillas seguras...

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
		<ol style="list-style-type: none"> 9. Recomendar medidas para la prevención de accidentes peatonales y quemaduras (estufas, braseros, agua de baño o ducha...). 10. Sugerir la instalación de un sistema personal de llamada de urgencia, si vive sólo o si ambos miembros de la familia son ancianos. 11. Valorar con el paciente/familia las actividades diarias que contribuyan a mantenerlo activo y mejorar su movilidad: aseo y arreglo personal, tareas domésticas, paseos. 12. Entregar información escrita al paciente/familia con recomendaciones para evitar las caídas.
<p>5.2. MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPEÚTICO</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiencia de conocimientos. - Falta de conocimientos. 	<p>El paciente/cuidador realizarán correctamente el régimen terapéutico prescrito.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instruir a paciente/cuidador sobre el tratamiento: identificación de los medicamentos, pauta, dosis, vía de administración y duración. 2. Informar al paciente/cuidador sobre la importancia de una correcta cumplimentación, así como de las consecuencias para su salud derivadas de la falta de seguimiento. 3. Valorar junto al paciente/cuidador la necesidad de ayudas: calendarios, dibujos con horarios, lugar para guardarlos, pastilleros día o semanales... 4. Valorar posibles efectos secundarios y soluciones: irritación gástrica, somnolencia, calambres... 5. Comprobar la destreza del paciente/cuidador y si es necesario enseñar a utilizar inhaladores, inyectables, medición dosis... 6. Dejar las instrucciones por escrito en el domicilio del paciente: nombre de los medicamentos, indicaciones, pautas, vías, cuidados generales...

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p>5.3. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de tono muscular de suelo pélvico. 	<p>El paciente recuperará la continencia y prevendrá complicaciones.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar de las medidas que pueden disminuir la incontinencia o al menos mejorar su confort: reducir el consumo de sustancias excitantes (café, alcohol, té...), utilizar ropas fáciles de quitar y poner, restringir los líquidos al menos 3 horas antes de acostarse, facilitar la rapidez de acceso al aseo, utilizar sólo ocasionalmente y como medida complementaria absorbentes... 2. Destacar la importancia de la higiene y de los cuidados de la zona perineal. 3. Enseñar al paciente la realización de ejercicios de Kegel, para fortalecer el suelo pélvico. 4. Corregir el estreñimiento si existe.
<p>5.4. TRASTORNOS DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efectos de la plurimedicación / psicofármacos. - Pérdida de memoria. - Exposición a un entorno desconocido. 	<p>El paciente/cuidador adoptarán medidas compensadoras.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las repercusiones de la alteración en la vida diaria. 2. Junto al paciente/cuidador planificar, si es necesario, la rutina diaria, fijar un horario para las actividades: aseo, comer, pasear, descansar, colgar los objetos en lugar visible. 3. Establecer conjuntamente claves o recordatorios a lo largo del día que señalen el momento de diversas actividades. 4. Mantener la orientación temporo-espacial mediante: calendarios, relojes, radio, TV. Información verbal en las conversaciones habituales. Marcar las ropas y pertenencias, la puerta, armario, ... con un símbolo o fotografía. Respetar la rutina diaria establecida. Evitar sobrecarga sensorial. Si la persona es ingresada en un centro, proporcionar objetos familiares. 5. Modificar el entorno sólo en la medida que sea imprescindible para mantener la seguridad de la persona.

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p>5.5. TRASTORNO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL AUDITIVA Y/O VISUAL</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tapones de cerumen. - Alteración estímulos ambientales por exceso o defecto. - Utilización de medidas correctoras inadecuadas. 	<p>El paciente/cuidador adoptarán cambios en su estilo de vida que compensen la pérdida visual y/o auditiva.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar la presencia de factores causales: cerumen en el conducto auditivo, utilización incorrecta de audífono y/o gafas... 2. En pacientes con trastornos auditivos, aconsejar al cuidador/familia: hablar lenta y claramente, repetir órdenes/frases si el paciente no responde de manera adecuada, servirse de lápiz y papel para comunicarse si fuera necesario. 3. En los pacientes con déficits visuales, aconsejar al cuidador/familia: sentarse frente al paciente con buena iluminación y usar el tacto, si al paciente no le molesta. 4. Sugerir la utilización de ayudas: lectura con letras grandes, teclas telefónicas con números grandes... 5. Enseñar la aplicación de gotas, pomadas...
<p>5.6. TRASTORNO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL OLFATIVA Y/O GUSTATIVA</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déficit de los estímulos ambientales. 	<p>El paciente/cuidador adoptarán cambios en su estilo de vida que compensen la pérdida olfativa y/o gustativa.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar la pérdida: pidiendo al paciente que identifique los aromas del alcohol y del café, y los sabores del azúcar y de la sal. 2. Aconsejar al paciente/cuidador que vigile la conservación de los alimentos. 3. Establecer con el paciente/cuidador estrategias para evitar fugas de gas: instalar tapones de seguridad o detectores de humos, colocar indicadores para recordar su cierre. 4. Si el paciente ha perdido interés por la comida: vigilar la pérdida de peso, animarle a comer acompañado, ofrecerle alimentos con aspecto apetecible, servirle la comida cuando tenga hambre. 5. Aconsejar cuidados orales: cepillado de dientes, dentadura postiza, lengua, enjuagues,...

DIAGNÓSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES-ACTIVIDADES
<p>5.7. *AISLAMIENTO SOCIAL</p> <p>*Intervención también si se detecta riesgo de aislamiento social.</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conductas sociales y/o valores sociales no aceptados. - Aspecto físico e higiene. 	<p>El paciente disminuirá su sensación de aislamiento.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar la comunicación y la interacción social a través de: escuchar atentamente, animarle a que comparta sus sentimientos con sus allegados, animarle al contacto con amigos/vecinos/familia. 2. Valorar e identificar con el paciente/familia la existencia de barreras para el contacto social y ayudar a buscar soluciones: correspondencia, teléfono, viajar,... 3. Informar de redes formales de apoyo; asociaciones, visitadores, centros de reunión, grupos parroquiales, grupos de ayuda para el paciente/familiares,... 4. Valorar con el paciente actividades que le mantengan entretenido: diarios, radio, TV, cine, animales domésticos,...

V. CRITERIOS Y PILOTAJE DE EVALUACIÓN

Tal y como se ha descrito en el apartado III, un grupo de expertos del Área 6 de Madrid definió los criterios de evaluación. Una vez definidas las aclaraciones (ANEXO II), se realizó un estudio observacional retrospectivo a través de la auditoría de Historias Clínicas incluidas en cada uno de los servicios seleccionados¹⁰ y en las que existiesen datos relacionados con alguna de las fases del Proceso de Atención de Enfermería en la elaboración de planes de cuidados.

La población de estudio fue la correspondiente a los usuarios incluidos en los 5 servicios seleccionados y en cuyas H.C. existiesen registros, de al menos, un plan de cuidados. El periodo de evaluación elegido fue desde la fecha de apertura de la H.C. hasta el 30 de junio de 2000.

La SGAP seleccionó nueve Áreas para participar en el estudio piloto, teniendo en cuenta:

- La existencia de profesionales que trabajasen en el desarrollo de Planes de Cuidados de Enfermería.
- La mayor representatividad posible por Comunidad Autónoma, en el ámbito del INSALUD.

La Dirección de Enfermería de cada una de las nueve Áreas seleccionó, a su vez, a los enfermeros que, trabajando con planes de cuidados, aceptaran colaborar en el estudio. Estos profesionales aportaron una relación de las Historias Clínicas incluidas en alguno de los cinco servicios priorizados, correctamente identificadas y en las que había desarrollados uno o varios planes de cuidados.

Entre el total de Historias aportadas por cada Área, se calculó el tamaño muestral por servicio y se eligió de forma aleatoria la muestra para realizar el estudio.

Los pasos que se siguieron para calcular una muestra representativa a partir del total de H.C. identificadas en cada servicio, fueron:

Tamaño muestral:

La fórmula utilizada para el cálculo del tamaño muestral fue la de poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95%, un error de precisión de 0,05 y considerando la hipótesis más desfavorable de $p=q=0,5$.

Técnica de muestreo y selección de Historias Clínicas:

El número total de Historias Clínicas a evaluar se distribuyó proporcionalmente entre las distintas gerencias que participaron en el estudio, a partir del número de H.C. aportadas en cada servicio por cada una de ellas.

Las H.C. sobre las que se realizó la evaluación fueron seleccionadas por las Gerencias, por muestreo aleatorio simple entre las que figuraban en los listados de H.C. incluidas en cada servicio seleccionado.

Si en el momento de la evaluación la H.C. seleccionada no estaba disponible o localizable, se procedía a la selección de otra Historia mediante el mismo sistema de muestreo aleatorio simple.

Con objeto de unificar criterios de cara a la evaluación, el responsable en cada Gerencia fue la Directora/or de Enfermería. Previamente, se celebró una reunión con los responsables para unificar criterios y presentar el Manual de Instrucciones para la evaluación.

Una vez realizado el estudio, cada Gerencia envió sus resultados a la SGAP. Los datos fueron analizados estadísticamente en el Área de Evaluación y Seguimiento de la SGAP, que elaboró un informe con los resultados.

El informe fué valorado por el Grupo de Cartera de Servicios, que propuso las modificaciones a las Normas Técnicas y Subnormas en cada uno de los servicios seleccionados respetando la estructura actual de Cartera de Servicios.

Los resultados y el informe, con las observaciones del estudio sobre la aplicabilidad de los criterios de evaluación definidos por el grupo de expertos, son los siguientes:

ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

Nº DE HISTORIAS EVALUADAS SEGÚN INTERVALOS DE EDAD DEFINIDOS										
INTERVALO	40-49 años		50-54 años		55-60 años		No consta		TOTAL	
FRECUENCIA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		39	16,8	99	42,7	93	40,1	1	0,4	232

FRECUENCIA CUMPLIMIENTO CRITERIOS SEGÚN INTERVALOS DE EDAD DEFINIDOS																
CRITERIO	40-49 años			50-54 años			55-60 años			TOTAL						
	SI	NO	EXC.	SI	NO	EXC.	SI	NO	EXC.	SI		NO		EXC.		
										Nº	%	Nº	%	Nº	%	
VALORACIÓN	34	5	0	76	22	1	79	13	1	190	81,9	40	17,2	2	0,9	
PROBLEMA IDENTIFICADO	35	4		73	26		76	17		185	79,7	47	20,3			
RELACIÓN CAUSAL	26	13		51	48		48	45		125	53,9	107	46,1			
OBJETIVO	20	19	0	30	60	9	33	54	6	83	35,8	134	57,8	15	6,5	
ACTIVIDADES	37	2	0	80	10	9	78	10	5	196	84,5	22	9,5	14	6	
FECHA REVISIÓN	30	9	0	47	44	8	30	58	5	107	46,1	112	48,3	13	5,6	

ATENCIÓN AL PACIENTE INMOVILIZADO

Nº DE HISTORIAS EVALUADAS SEGÚN INTERVALOS DE EDAD DEFINIDOS								
INTERVALO	25-64 años		65-74 años		75-104 años		TOTAL	
FRECUENCIA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
		11	4,2	43	16,5	207	79,3	261

FRECUENCIA CUMPLIMIENTO CRITERIOS SEGÚN INTERVALOS DE EDAD DEFINIDOS															
CRITERIO	25-64 años			65-74 años			75-104 años			TOTAL					
	SI	NO	EXC.	SI	NO	EXC.	SI	NO	EXC.	SI		NO		EXC.	
										Nº	%	Nº	%	Nº	%
VALORACIÓN	9	2	0	33	10	0	176	30	1	218	83,5	42	16,1	1	0,4
PROBLEMA IDENTIFICADO	10	1		37	6		186	21		233	89,3	28	10,7		
RELACIÓN CAUSAL	7	4		29	14		137	70		173	66,3	88	33,7		
OBJETIVO	5	6	0	17	25	1	100	102	5	122	46,7	133	51	6	2,3
ACTIVIDADES	10	1	0	37	5	1	187	16	4	234	89,7	22	8,4	5	1,9
FECHA REVISIÓN	7	4	0	30	11	2	149	53	5	186	71,3	68	26,1	7	2,7

ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL

Nº DE HISTORIAS EVALUADAS SEGÚN INTERVALOS DE EDAD DEFINIDOS											
INTERVALO	40-49 años		50-54 años		55-60 años		TOTAL		No consta		
FRECUENCIA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
		14	20,3	12	17,4	41	59,4	67	97,1	2	2,9

FRECUENCIA CUMPLIMIENTO CRITERIOS SEGÚN INTERVALOS DE EDAD DEFINIDOS																
CRITERIO	40-49 años			50-54 años			55-60 años			TOTAL						
	SI	NO	EXC.	SI	NO	EXC.	SI	NO	EXC.	SI		NO		EXC.		
										Nº	%	Nº	%	Nº	%	
VALORACIÓN	8	6	0	7	5	0	31	10	0	46	68,7	21	31,3	0	0	
PROBLEMA IDENTIFICADO	11	3		9	3		36	5		56	83,6	11	16,4			
RELACIÓN CAUSAL	6	8		6	6		26	15		38	56,7	29	43,3			
OBJETIVO	7	7	0	5	7	0	21	16	4	33	49,3	30	44,8	4	6	
ACTIVIDADES	13	1	0	11	1	0	36	2	3	60	89,6	4	6,0	3	4,5	
FECHA REVISIÓN	8	3	3	8	3	1	25	7	9	41	61,2	13	19,4	13	19,4	

PREVISIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN EL ANCIANO

Nº DE HISTORIAS EVALUADAS SEGÚN INTERVALOS DE EDAD DEFINIDOS														
INTERVALO	75-79 años		80-84 años		85-89 años		90-94 años		95-99 años		TOTAL		No consta	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FRECUENCIA	106	38,3	84	30,3	59	21,3	24	8,7	3	1,1	276	99,6	1	0,4

FRECUENCIA CUMPLIMIENTO CRITERIOS SEGÚN INTERVALOS DE EDAD DEFINIDOS																					
CRITERIO	75-79 años		80-84 años		85-89 años		90-94 años		95-99 años		TOTAL										
	SI	NO EXC.	SI		NO EXC.																
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%													
VALORACIÓN	97	9	71	13	0	51	8	0	21	3	0	3	0	0	243	88	33	12	0	0	
PROBLEMA IDENTIFICADO	71	35	55	29	46	13	14	10	3	0	189	68,5	87	31,5							
RELACIÓN CAUSAL	55	51	41	43	34	25	10	14	3	0	143	51,8	133	48,2							
OBJETIVO	31	63	12	27	48	9	22	35	2	8	15	1	2	1	0	90	32,6	162	58,7	24	8,7
ACTIVIDADES	63	34	9	53	26	5	46	12	1	14	9	1	3	0	0	179	64,9	81	29,3	16	5,8
FECHA REVISIÓN	43	50	13	34	45	5	29	29	1	9	14	1	2	1	0	117	42,4	139	50,4	20	7,2

RESUMEN DE LOS INFORMES ENVIADOS POR LAS GERENCIAS QUE HAN PARTICIPADO EN EL ESTUDIO

A continuación, se presenta el resumen de las observaciones enviadas por las Gerencias que han intervenido en el estudio. Este resumen se ha dividido en tres apartados para una mejor comprensión.

Apartado referente a los criterios de evaluación sobre la Valoración Funcional:

- Se sugiere ampliar el período de tiempo, para dar como válida la “valoración inicial”, ya que al inicio se realiza una valoración de forma focalizada de unos determinados patrones funcionales. Posteriormente, en sucesivas visitas se realiza la valoración del resto de los patrones funcionales de forma más exhaustiva, convirtiendo la valoración en un proceso continuo, dado que estos pacientes requieren continuidad en los cuidados.
- Normalmente se priorizan las Normas Técnicas de Cartera, por eso algún patrón no se valora como por ejemplo: la adaptación y tolerancia al estrés en el enfermo terminal. El trabajo asistencial está en muchos casos fundamentalmente enfocado al cumplimiento de las N.T., por ello se considera necesario integrar en Cartera de Servicios la valoración de los patrones funcionales que no se contemplan actualmente, pues redundará en la mejora de la calidad asistencial.
- Es frecuente que la recogida de datos de valoración correspondiente a los patrones funcionales sea previa a la fecha de inclusión en servicio, debido a que la valoración funcional individualizada del paciente se aborda independientemente a la inclusión o no en un servicio concreto. Se puede dar el caso de pacientes con problemas de salud no incluidos en cartera que posteriormente han sido diagnosticados e incluidos en algún servicio de los seleccionados, o también puede ocurrir que se haya producido un desfase entre el momento de la atención y el hecho de codificarlo en el área administrativa a través del SICAP.

Apartado referente a los criterios que evalúan la existencia de Problemas Identificados y Relación Causal:

- La “relación causal” en muchos casos se obvia en la referencia al problema identificado, en esta fase algunos evaluadores consideran que lo más relevante es el problema sobre el que se va a intervenir.
- Referente a las etiquetas diagnósticas, se debería ser flexible en la utilización de las posibles clasificaciones, incluyendo el CIAP-2 en las que Enfermería puede tener capacidad resolutoria, como por ejemplo “abuso de tabaco”, “miedo a...”, “sobrepeso” etc. Lo fundamental es que se pase de una metodología de trabajo basada solamente en actividades incluidas en un protocolo a otra basada en un proceso de valoración e identificación y resolución de problemas, con objeto de mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes.
- La evaluación con criterios definidos se debería hacer en las H.C. donde previamente se haya identificado algún problema, independientemente del servicio donde se encuentre incluido. Ya que suele ser frecuente que los problemas se detecten en la Consulta de Adultos y de Control del Niño Sano. La evaluación se podría realizar en base a un registro específico de problemas identificados.

Apartado referente a la fecha de la próxima visita:

- Se podría incluir en la aclaración que se considerará válida cualquier referencia a la visita aunque no se indique la fecha exacta, como por ejemplo: “volver en dos semanas” etc.

De acuerdo a los resultados y observaciones realizadas por los evaluadores se realizan las siguientes conclusiones generales y algunas específicas para cada servicio evaluado.

CONCLUSIONES GENERALES:

- Referente al criterio de valoración inicial, hay que aclarar que el criterio se refiere a valorar aquellos patrones funcionales que se consideran fundamentales teniendo en cuenta el momento en que se ha incluido a la persona en el servicio, independientemente de que ya existan datos previos referentes a dicho patrón. También se debería estudiar si cada patrón funcional priorizado se debe incluir como subnorma, incluyendo en las aclaraciones información relacionada con el tipo de datos que se debe recoger para valorar cada uno de ellos.
- Referente al registro de la relación causal, la dificultad para su evaluación es encontrar la referencia expresa de la relación causal junto al problema identificado. La exigencia de registro que supone cumplir este criterio para algunos evaluadores es excesivo.

- Referente al registro de los objetivos a alcanzar por el individuo, plantea problemas debido a que aunque no se encuentren registrados específicamente los objetivos, si se encuentran registradas las actividades del plan de cuidados y esto según el criterio de algunos evaluadores debería considerarse suficiente.
- Referente a la fecha de la próxima visita, se debería mejorar la aclaración poniendo ejemplos sobre lo que se quiere decir con “cualquier referencia a la fecha de la siguiente cita o revisión”.

CONCLUSIONES ESPECÍFICAS:

Servicio Climaterio:

- Se debería revisar la inclusión de la autopercepción-autoconcepto en la valoración inicial, ya que requiere un nivel de confianza que parece complicado conseguir en el primer mes, sobre todo en aquellos casos en que no se conozca previamente a la mujer.

Servicio Atención al Paciente Inmovilizado:

- En la valoración inicial del patrón sueño-descanso se encuentran referencias a la valoración del patrón perceptivo-cognitivo (estado de conciencia), que es una subnorma del servicio en la actual Cartera. Sería conveniente comparar los criterios propuestos con las actuales subnormas relacionadas con la recogida de información sobre la valoración funcional del paciente.

Servicio Atención al Paciente Terminal:

- Se debería revisar la inclusión de la recogida de información sobre los valores y creencias en la valoración inicial, ya que implica una confianza difícil de alcanzar, sobre todo si no se conoce previamente al paciente.
- También se plantea como dificultad a la hora de evaluar, el que parte de la información referente a los patrones priorizados esté registrada anteriormente a la fecha de su inclusión en el servicio de terminales, al haber estado incluido previamente en el de inmovilizados. Se debería reflexionar sobre si debería ser una excepción en aquellos pacientes que han pasado de servicio de inmovilizados al de terminales.

VI. MODIFICACIONES CARTERA DE SERVICIOS

Los resultados del pilotaje de evaluación han sido analizados y valorados por el Grupo de Cartera de Servicios de la S.G.A.P.. Se han revisado tanto los resultados de cada criterio, como las observaciones de los propios evaluadores y Direcciones de cada Área que participaron en el pilotaje. Referente al Servicio de Atención a Pacientes con VIH, no se pudieron pilotar los criterios de correcta atención debido a la insuficiente disponibilidad de Historias Clínicas en las que hubiese desarrollados planes de cuidados. Además, este servicio ha sido revisado en su totalidad con objeto de darle un enfoque fundamentalmente preventivo, según las sugerencias recibidas desde las Áreas. No obstante, los criterios de correcta atención que se incluyen como normas/subnormas en los otros cuatro servicios revisados son igualmente válidos para desarrollar los planes de cuidados del paciente con VIH.

Una vez analizados los resultados de la evaluación y conclusiones del pilotaje, se ha propuesto a la S.G.A.P. la inclusión como normas técnicas y/o subnormas de algunos de los criterios. A continuación, se presentan los cuatro servicios en los que se hizo el estudio de evaluación con las modificaciones acordadas por el Grupo de Cartera y aprobadas por la S.G.A.P. Estas modificaciones serán incluidas en la actualización del libro de Cartera de Servicios 2002.¹¹

Servicio 209. ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

N.T.: 209.1

A toda mujer incluida en el servicio, se le habrá realizado anamnesis que permita identificar amenorrea superior a seis meses o, inferior a seis meses con alguno de los siguientes síntomas: sofocos, sudoración, palpitaciones, insomnio, depresión, irritabilidad, sequedad vaginal o dispareunia.

N.T.: 209.2

En la Historia Clínica de toda mujer incluida en servicio constará Anamnesis que incluya:

- Antecedentes gineco-obstétricos (ritmo menstrual, Gestaciones-Abortos-Vivos, enfermedades ginecológicas previas).
- Referencia a uno o más de los siguientes “Factores de Riesgo” de osteoporosis:
 - Tratamiento prolongado con corticoides.
 - Sedentarismo.
 - Consumo de alcohol, tabaco y café.
 - Complexión delgada.
 - Antecedentes familiares de osteoporosis.
 - Nuliparidad.
 - Dieta pobre en calcio.
- Antecedentes de fractura de Colles, costales o aplastamiento vertebral en los últimos cinco años.

N.T.: 209.2

En la Historia Clínica de toda mujer incluida en el servicio constará anamnesis anual que incluya, al menos, dos de los siguientes aspectos:

- Sofocos.
- Alteraciones del sueño.
- Autopercepción/Autoestima/Alteraciones del estado de ánimo.
- Sequedad vaginal/Dispareunia.
- Sexualidad.
- Incontinencia urinaria.

N.T.: 209.4

En la Historia Clínica de toda mujer incluida en el servicio constará haber recibido consejo-información anual sobre:

- Aporte dietético de calcio superior a 1.200 mgr/día.
- Ejercicio físico/ Beneficio de utilizar técnicas de relajación.
- Riesgo de embarazo durante los 12 primeros meses de amenorrea.
- Automedicación.

209.4 Excepción a consejo-información de riesgo de embarazo:

- Mujeres que lleven más de 12 meses con amenorrea.

N.T.: 209.5

Plan de cuidados que incluya, al menos:

- Problemas identificados*.
- Intervenciones y/o actividades en función de los problemas identificados.

209.5 Excepción a Plan de Cuidados:

- Mujeres que no tengan identificada ninguna disfunción de alguno de sus patrones funcionales de salud.

*Problemas identificados serán aquellos relacionados con las disfunciones de alguno de los patrones funcionales de salud de la mujer:

- Percepción/control de la salud.
- Nutricional/metabólico.
- Eliminación.
- Actividad/ejercicio.

- Sueño/descanso.
- Cognitivo/perceptivo.
- Autopercepción/autoconcepto.
- Rol/relaciones.
- Sexualidad/reproducción.
- Afrontamiento/tolerancia al estrés.
- Valores/creencias.

Servicio 313. ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS

N.T.: 313.1

El motivo de inclusión en este servicio quedará siempre registrado.

Inicialmente* quedará registrado:

*Inicialmente: Se entiende por inicialmente, tanto el periodo de tiempo que comprende la visita en la que se incluye al paciente en el servicio, como las visitas realizadas en los 30 días siguientes.

N.T.: 313.2

- Identificación de persona/s cuidadora/s del paciente.
- Valoración de la situación sociofamiliar.

N.T.: 313.3

Una valoración clínica, que incluya al menos:

- Diagnósticos de los problemas de salud relevantes que padece el paciente.
- Tratamientos farmacológicos.

N.T.: 313.4

Valoración funcional para las actividades de la vida diaria mediante cuestionario o test validado.

A todo paciente incluido en servicio, se le realizarán visitas programadas de seguimiento en el último año, registrando en la Historia Clínica los siguientes aspectos:

N.T.: 313.5

Valoración sobre:

- Estado de nutrición.
- Control de esfínteres.
- Estado de piel y mucosas.
- Estado de conciencia.
- Trastorno del sueño.
- Síntomas físicos.
- Valoración funcional para las actividades de la vida diaria mediante cuestionario o test validado.

N.T.: 313.6

Plan de cuidados que incluya, al menos:

- Problemas identificados*.
- Intervenciones y/o actividades en función de los problemas identificados.

*Problemas identificados serán aquellos relacionados con las disfunciones de alguno de los patrones funcionales de salud del paciente inmovilizado:

- Percepción/control de la salud.
- Nutricional/metabólico.
- Eliminación.
- Actividad/ejercicio.
- Sueño/descanso.
- Cognitivo/perceptivo.
- Autopercepción/autoconcepto.
- Rol/relaciones.
- Sexualidad/reproducción.
- Afrontamiento/tolerancia al estrés.
- Valores/creencias.

Servicio 314. ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES

N.T.: 314.1

Quedará siempre registrado en la Historia Clínica del paciente la fecha de inclusión en el servicio y el diagnóstico/enfermedad que ha motivado la inclusión en este servicio.

Inicialmente* quedará registrado:

* Inicialmente: Se entiende por inicialmente, tanto el periodo de tiempo que comprende la visita en la que se incluye al paciente en el servicio, como las visitas realizadas en los 15 días siguientes.

N.T.: 314.2

Al menos los siguientes síntomas:

- Dolor.
- Estreñimiento.
- Insomnio.
- Anorexia.
- El estado de conciencia.
- Síntomas de ansiedad/depresión.

314.2 Excepciones:

Excepción a todos los ítems:

- Paciente en situación de coma.

Excepción al ítem anorexia:

- Paciente con sonda nasogástrica o gástrica.

Excepción al ítem síntomas de ansiedad/depresión:

- Paciente en situación de coma o bajo nivel de conciencia.

N.T.: 314.3

Al menos los siguientes aspectos:

- Control de esfínteres.
- Estado de piel y mucosas.
- Deambulación/encamamiento.

314.3 Excepción a los ítems de control de esfínteres y deambulación/encamamiento:

- Paciente en situación de coma.

N.T.: 314.4

- Identificación de persona/s cuidadora/s del paciente.
- La valoración de la situación socio-familiar.
- El grado de información y la actitud que tienen sobre la enfermedad, el paciente y su familia.

314.4 Excepción a los ítems de identificación de personas cuidadora/s del paciente y grado de información y actitud que tienen sobre la enfermedad:

- Pacientes que viven solos.

N.T.: 314.5

Plan de cuidados que incluya, al menos:

- Problemas identificados*.
- Intervenciones y/o actividades en función de los problemas identificados.
- Tratamiento farmacológico.

*Problemas identificados serán aquellos relacionados con las disfunciones de alguno de los patrones funcionales de salud del paciente terminal:

- Percepción/control de la salud.
- Nutricional/metabólico.
- Eliminación.
- Actividad/ejercicio.
- Sueño/descanso.
- Cognitivo/perceptivo.
- Autopercepción/autoconcepto.
- Rol/relaciones.
- Sexualidad/reproducción.
- Afrontamiento/tolerancia al estrés.
- Valores/creencias.

N.T.: 314.6

A todo paciente incluido en servicio, se le realizará como mínimo una visita quincenal, en la que quedarán registrados al menos:

- La evolución o aparición de síntomas físicos o psíquicos.

314.6 Excepciones a las visitas de seguimiento que no se han podido realizar por:

- Éxito.
- Paciente desplazado de su domicilio habitual (durante un tiempo superior a 1 semana).
- Paciente ingresado en alguna Institución.

N.T.: 314.7

A todo paciente incluido en servicio, se le realizará como mínimo una visita quincenal, en la que quedarán registrados al menos:

- La revisión del plan de cuidados.

314.7 Excepciones a las visitas de seguimiento que no se han podido realizar por:

- Éxito.
- Paciente desplazado de su domicilio habitual (durante un tiempo superior a 1 semana).
- Paciente ingresado en alguna Institución.

Servicio 316. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN EL ANCIANO

En la Historia Clínica de toda persona igual o mayor a 75 años quedará registrado cada dos años:

N.T.: 316.1

Anamnesis sobre:

- Incontinencia urinaria.
- Antecedentes de caídas, y las posibles causas de éstas en su caso.
- Consumo de fármacos, dosis y tiempo de consumo.
- Agudeza visual.
- Agudeza auditiva.
- Ingresos hospitalarios, número y causa.
- Con quién vive.
- Hábitos alimenticios.

N.T.: 316.2

Exploración física que incluya:

- Canal auditivo, dirigida a la detección de tapón cerumen.
- Bucodental, dirigida especialmente a detectar problemas de masticación.

N.T.: 316.3

Consejo/información sobre:

- Alimentación.
- Ejercicio físico (activo o pasivo) adecuado a la edad y estado de salud.
- Uso apropiado de los medicamentos.
- Prevención de accidentes domésticos.
- Higiene personal.

N.T.: 316.4

Pertenencia o no, al grupo de ancianos de riesgo y el/los motivo/s que definen su caso. Se puede utilizar el Cuestionario de Barber o instrumentos similares como screening, aceptados en el programa /protocolo que sustenta el servicio.

316.4 Excepción:

- Personas incluidas previamente en el grupo de ancianos de riesgo, de forma irreversible.

En la Historia Clínica de todo anciano de riesgo, quedará registrado cada dos años:

N.T.: 316.5

Valoración clínica que incluya, al menos, diagnóstico de los problemas de salud relevantes del anciano (por ejemplo: HTA, Diabetes, EPOC...)

316.5 Excepción:

— Personas valoradas como anciano de no riesgo.

N.T.: 316.6

Valoración funcional de las actividades básicas de la vida diaria, mediante aplicación de la Escala de Valoración de Barthel, Índice de Katz o de Barthel o similares.

316.6 Excepción:

— Personas valoradas como anciano de no riesgo.

N.T.: 316.7

Anamnesis de síntomas y equivalentes depresivos.

316.7 Excepción:

- Personas valoradas como anciano de no riesgo.

N.T.: 316.8

Valoración mental de la función cognitiva, mediante test de Pfeiffer, Mini-mental o similares.

316.8 Excepción:

- Demencia establecida, previamente diagnosticada.
- Personas valoradas como ancianos de no riesgo.

N.T.: 316.9

Valoración social respecto a:

- Red de apoyo familiar y social.
- Situación económica y de vivienda.
- Cambios de domicilio.
- Utilización del ocio/tiempo libre.

316.9 Excepción:

- Personas valoradas como ancianos de no riesgo.

N.T.: 316.10

Plan de cuidados que incluya, al menos:

- Problemas identificados*.
- Intervenciones y/o actividades en función de los problemas identificados.

*Problemas identificados serán aquellos relacionados con las disfunciones de alguno de los patrones funcionales de salud del anciano:

- Percepción/control de la salud.
- Nutricional/metabólico.
- Eliminación.
- Actividad/ejercicio.
- Sueño/descanso.
- Cognitivo/perceptivo.
- Autopercepción/autoconcepto.
- Rol/relaciones.
- Sexualidad/reproducción.
- Afrontamiento/tolerancia al estrés.
- Valores/creencias.

316.10 Excepción:

- Personas valoradas como ancianos de no riesgo.

VII. PROYECTO DE INFORMATIZACIÓN

Una vez aprobado por la Subdirección General de Atención Primaria (S.G.A.P.) el documento sobre “Estandarización Planes de Cuidados de Enfermería”, se formó un grupo de expertos para desarrollar el último objetivo del proyecto referente a incorporar los planes de cuidados en la Historia Clínica Informatizada en las aplicaciones informáticas que actualmente están implantándose en el ámbito del INSALUD. La propuesta de integración de planes de cuidados hecha por el grupo de expertos y aprobada por la S.G.A.P., contempla la inclusión de los siguientes acuerdos en cada una de las etapas del proceso de atención:

Referente a la etapa de Valoración:

- Integrar en la Historia Clínica Informatizada la “Valoración General por Patrones Funcionales de Salud de M.Gordon” con objeto de facilitar la recogida de información necesaria para la planificación y elaboración de planes de cuidados. El acceso a los protocolos asociados a los patrones funcionales para realizar la valoración funcional deberá poder realizarse a través del episodio de “Actividades Preventivas” u otro episodio o a través de los “Protocolos de Cartera de Servicios”.
- Los protocolos asociados a cada uno de los 11 patrones, incluirán al menos los criterios de la “Guía orientativa para la Valoración General por Patrones Funcionales de Salud” (ANEXO I), debiendo considerarse como datos generales del paciente al menos todos los datos que cumplimenten N.T., para que automáticamente al recoger o actualizar la información se cumplimenten las N.T. correspondientes. Cada protocolo asociado a cada patrón también deberá contemplar la existencia de los siguientes campos de forma obligatoria:
 - Un campo de texto libre.
 - Un campo tabla donde reflejar el resultado de la valoración.
 - Un campo donde poder reflejar la existencia de las características definitorias (C.D.) a través del asistente diagnóstico al que se hace referencia en el siguiente punto.

Referente a la etapa de identificación de problemas y propuesta de objetivos

- En la elaboración de planes de cuidados se relacionará siempre el diagnóstico según taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) con episodios que ya estén abiertos o que se cree en ese momento. Siempre se relacionará por defecto con el episodio de “Actividades Preventivas”, pudiendo posteriormente elegir cualquier otro episodio abierto o crear un episodio si se considera necesario. Es decir, siempre se relacionará el código NANDA con un código CIAP que identifique el episodio.
- Se propone crear un “Asistente Diagnóstico” cuya estructura básica contemple:
 - La posibilidad de búsqueda por aproximación, tipo asistente CIAP.
 - Relacionar los enunciados diagnósticos con los factores relacionados, las características definitorias (C.D.) y las intervenciones según Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)¹.
 - A su vez cada intervención debe estar relacionada con las actividades de las que se compone (NIC).
 - Debe existir una pantalla de ayuda para definir el enunciado diagnóstico.
 - Debe existir la posibilidad de incorporar el diagnóstico formulado con el método PES (problema, etiología y signos/síntomas).

Referente a la etapa de planificación de los cuidados:

Crear una “Pantalla Resumen” que tendrá las siguientes funciones:

- Pantalla de consulta de información (la introducción de la información se realizará a través de los protocolos correspondientes), donde podemos consultar todos los datos de la valoración realizada, así como los problemas identificados relacionados con los episodios y las intervenciones con las actividades pautadas para cada uno de ellos.
- Pantalla de acceso a los protocolos asociados a los Patrones Funcionales de M. Gordon y a los protocolos asociados a los problemas etiquetados según Taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).
- Pantalla de ayuda, que nos informa tanto de los posibles problemas que pueden estar relacionados con la disfunción de los patrones, como de los posibles

¹ Se acuerda utilizar la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), al ser la clasificación internacional y sistema más elaborado, desarrollado y difundido, para reflejar las intervenciones de enfermería, que permite definir y codificar de una forma clara y concisa todas y cada una de las intervenciones en el ámbito asistencial, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, permitiendo su informatización. También se ha tenido en cuenta que en el proyecto sobre Normalización de las Intervenciones para la Práctica de Enfermería (NIPE), se utiliza como catálogo de intervenciones el NIC.

episodios con los que poder relacionar los diagnósticos NANDAidentificados, a través de la relación NANDA-CIAPPredeterminada que la S.G.A.P. plantea como necesaria para mantener una única Codificación General para la aplicación.

En esta pantalla deben aparecer los posibles diagnósticos relacionados previamente con el patrón elegido, de forma que la información de esta pantalla varíe automáticamente al modificar el patrón elegido en la ventana de "Valoración general".

VIII. CONCLUSIONES

Este trabajo evidencia que para mejorar la calidad asistencial es necesario unificar la metodología a través de la definición de criterios homogéneos, que permitan la correcta planificación, desarrollo y evaluación de planes de cuidados, no sólo para los servicios priorizados en este proyecto, sino para crear una cultura de trabajo respecto a todos los procesos asistenciales relacionados con la promoción, prevención, curación y/o rehabilitación, estén o no contemplados en la Cartera de Servicios.

Del mismo modo, la unificación de los criterios metodológicos para la planificación de los planes de cuidados ha sido requisito imprescindible para su implementación en la Historia Clínica Informatizada integrada.

A través de las distintas fases de este trabajo, se ha constatado que la técnica de consenso es un método adecuado y válido para abordar la elaboración de planes de cuidados e identificar criterios para su evaluación, lo que ha permitido mejorar la definición de las normas y subnormas en los servicios seleccionados de Cartera y, consecuentemente, los criterios de evaluación de los procesos asistenciales de cada servicio.

En definitiva el paso que se ha dado con la elaboración de planes de cuidados es importante para mejorar la calidad de la atención prestada al usuario. La disponibilidad de esta "herramienta" para su aplicación en la práctica asistencial, fundamentalmente por parte de los profesionales de Enfermería, facilita el abordaje de los procesos relacionados con la promoción, prevención, curación y rehabilitación, de una forma integrada e interdisciplinar entre los diferentes profesionales de los Equipos de Atención Primaria.

ANEXO I

GUÍA ORIENTATIVA PARA LA VALORACIÓN GENERAL POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

1. VALORACIÓN DE PERCEPCIÓN/CONTROL DE LA SALUD:

Describe cómo percibe la persona su salud y qué comportamientos de cuidados de salud sigue para la promoción, prevención y seguimiento de las prescripciones dadas, así como los potenciales riesgos para la salud (no cumplimiento real o potencial, percepciones irreales de salud o enfermedad).

- Percepción del estado de salud (excelente, bueno, normal, malo).
- Conocimiento de sus problemas de salud (NO, SÍ ¿cuáles?).
- Conocimiento de los cuidados necesarios (NO, SÍ ¿cuáles?).
- Conocimiento del tratamiento farmacológico: (NO, SÍ ¿nombre, dosis, tiempo de consumo?).
- Automedicación: (NO, SÍ ¿nombre, dosis, tiempo de consumo?).
- Conducta respecto a sus problemas de salud (sobrevaloración, aceptación, indiferencia, rechazo).
- Alergias conocidas: (NO, SÍ ¿cuáles?).
- Antecedentes caídas/accidentes: (NO, SÍ ¿posibles causas?).
- Ingresos Hospitalarios: (NO, SI ¿causa, número?).
- Correcta vacunación: gripe, tétanos, hepatitis B, rubéola, otras (SÍ, NO ¿cuáles?).
- Higiene vestido/arreglo personal (meticuloso, adecuado, descuidado, sucio).
- Higiene de la vivienda y seguridad en la vivienda: (SÍ, NO ¿posibles causas?).
- Hábitos tóxicos: (tabaco, alcohol, otros (especificar) /NO, SÍ ¿cuáles, cantidad, frecuencia?).
- Riesgos laborales: (NO, SÍ ¿cuáles?).

2. VALORACIÓN NUTRICIONAL/METABÓLICO:

Describe el consumo de alimentos y líquidos. Estado y lesiones de la piel, cicatrificaciones, estado de uñas, mucosas y dientes. Temperatura corporal. Altura y peso:

Descripción del consumo de alimentos y líquidos:

- Lugar donde come: (casa, fuera).
- Nº de comidas/día: (desayuno, comida, merienda, cena).
- Horario: (regular, irregular, entre horas).
- Consumo de nutrientes: diarios (lácteos, frutas, pan, verduras, líquidos, otros), semanales (carne, embutidos, pescado, huevos, legumbres, pasta/arroz, patatas, frutos secos, dulces, otros: ¿cuáles?, cantidad).
- Alimentos que no gustan: (NO, SÍ ¿cuáles?).
- Alimentos restrictivos: (NO, SÍ ¿cuáles?).
- Suplementos: (NO, SÍ ¿cuáles?).
- Intolerancias Alimenticias: (NO, SÍ ¿cuáles?).
- Dietas específicas: (NO, SÍ ¿cuáles?).
- Apetito: (Aumentado, normal, disminuido).

Descripción de la capacidad para alimentarse:

- Problemas capacidad de comer: (NO, SÍ ¿tragar líquidos, tragar sólidos, masticar?).
- Dificultades: (NO, SÍ ¿vómitos, náuseas, digestión?).
- Estado de la cavidad bucal: (Dentadura completa/incompleta, encías, caries, ajuste de prótesis, mucosa).

Descripción del estado de la piel, uñas y pelo:

- Higiene.
- Coloración.
- Temperatura.
- Sequedad.
- Hidratación.
- Cicatrización: (normal, retardada o queloides).
- Fragilidad de uñas y pelo.
- Edemas: (localización).
- Fisuras: (localización).
- Lesiones: (tipo, localización).
- Prurito: (localización).

Descripción antropométrica:

Peso Talla IMC Fluctuaciones de Peso (últimos 12m)

3. VALORACIÓN ELIMINACIÓN:

Describe la función, regularidad y cambios del sistema excretor (INTESTINAL, URINARIO, CUTÁNEO), además de dispositivos para el control de la excreción y del uso sistemático de laxantes.

Eliminación Intestinal:

Patrón habitual: (Frecuencia/día - semana, horario, características).
Incontinencia fecal: (NO, SÍ).
Dolor al defecar: (NO, SÍ).
Hemorroides: (NO, SÍ).
Medidas auxiliares: (NO, SÍ ¿cuáles?). Distensión abdominal: (NO, SÍ).
Ruidos intestinales: (NO, SÍ).
Fecaloma: (NO, SÍ).
Ostomía: (NO, SÍ ¿tipo?).

Eliminación urinaria:

Patrón habitual: (Frecuencia/día, volumen, características).
Nicturia: (NO, SÍ).
Urgencia miccional: (NO, SÍ).
Polaquiuria: (NO, SÍ).
Incontinencia: (NO, SÍ).
Retenciones: (NO, SÍ).
Disuria: (NO, SÍ).
Medidas auxiliares: (NO, SÍ ¿cuáles?).
Distensión abdominal: (NO, SÍ).
Globo vesical: (NO, SÍ).
Ostomía: (NO, SÍ ¿tipo?).

Eliminación cutánea:

Sudoración: (copiosa, normal).
Problemas de olor: (NO, SÍ).

4. VALORACIÓN ACTIVIDAD/EJERCICIO:

Describe el ejercicio, actividad y ocio de la persona.

Ejercicio físico: (tipo, frecuencia, intensidad).

Actividades de ocio: (tipo, frecuencia)

Actividad laboral: (tipo, horas/día).

Actividades de la vida diaria:

Nivel de independencia de A.V.D.: (Índice de Katz).

Grado de autonomía: (Escala de Barthel).

Capacidad funcional: (Escala de Karnofski).

Otras: especificar.

5. VALORACIÓN SUEÑO/DESCANSO:

Describe los periodos de sueño y tiempo de descanso-relajación, así como la percepción que tiene de los mismos la persona y las posibles ayudas para dormir.

Sueño: (horas/día, siesta, lugar).

Problemas para dormir: (NO, SÍ ¿cuáles?).

Medidas auxiliares: (NO, SÍ ¿cuáles?).

Sensación de descanso al levantarse: (NO, SÍ).

Periodo de descanso-relajación: (horas/día).

Realización de actividades: (cansado, descansado).

6. VALORACIÓN COGNITIVO/PERCEPTIVO:

Describe la percepción sensorial (visión, audición, gusto, tacto y olfato) de la persona así como su percepción de dolor y también sus capacidades cognitivas (lenguaje, memoria, capacidad de toma de decisiones y nivel de conocimientos).

Descripción de la percepción sensorial:

Orientación temporo-espacial: (Escala de Pfeiffer o similar).

Ojos/visión: (sin problemas, alteraciones ¿cuáles?, medidas auxiliares ¿cuáles?).

Oídos/audición: (sin problemas, alteraciones ¿cuáles?, medidas auxiliares ¿cuáles?).

Nariz/olfato: (sin problemas, alteraciones ¿cuáles?).

Boca/gusto: (sin problemas, alteraciones ¿cuáles?).
Piel/tacto: (sin problemas, alteraciones ¿cuáles?).
Vértigo: (NO, SÍ ¿posibles causas?).
Dolor: (Intensidad según Escala, localización, dificultad para realizar las A.V.D. momentos en que aumenta, métodos de control del mismo y resultados).

Descripción capacidades cognitivas:

Nivel de instrucción: (sin estudios, enseñanza primaria, secundaria, bachillerato, universitaria).
Capacidad de leer.
Capacidad de escribir.
Dificultades para aprender cosas nuevas.
Dificultad en la toma de decisiones.
Fobias/miedos: (¿cuáles?, ¿Qué hace para resolverlos?).
Lenguaje: (comprensible, incomprensible ¿causa?).
Nivel de consciencia: (somnoliento, sólo sigue instrucciones, confuso, no responde a estímulos externos (E.E.), distraído, apático, u otra Escala similar).

7. VALORACIÓN AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO:

Describe el concepto de uno mismo, percepción de capacidades, imagen, identidad, sentido de valía y patrón emocional, así como su comportamiento y conversación.

- Se siente a gusto consigo mismo: (SÍ, NO ¿por qué?).
- Imagen corporal: especificar.
- Características personales más relevantes: especificar.
- Opinión de los demás: especificar.

8. VALORACIÓN ROL/RELACIONES:

Describe los roles de la persona en el ámbito social, laboral, escolar y familiar, así como las responsabilidades relacionadas con dichos roles.

- Con quién convive: especificar.
- Rol que desempeña en la familia: especificar.
- Forma de abordar las decisiones en familia: especificar.
- Depende alguien de él: (NO, SÍ ¿quién?).
- Comparte con alguien los problemas: (NO, SÍ ¿ con quién?).

- Percepción de las relaciones sociales: (satisfactorias, insatisfactorias, indiferentes).
- Percepción de las relaciones familiares: (satisfactorias, insatisfactorias, indiferentes).
- Percepción de las relaciones laborales: (satisfactorias, insatisfactorias, indiferentes).
- Percepción de las relaciones escolares: (satisfactorias, insatisfactorias, indiferentes).
- Pertenencia a grupos-asociaciones: (NO, SÍ).

9. VALORACIÓN SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN:

Describe la sexualidad y reproducción de la persona.

- Edad Menarquia.
- Ciclo menstrual: (frecuencia, duración, cantidad).
- Revisiones ginecológicas: (NO, SÍ ¿periodicidad?).
- Edad menopausia: especificar.
- Alteraciones percibidas en la menopausia: (NO, SÍ ¿cuáles?).
- Método anticonceptivo: (NO, SÍ ¿cuál?).
- Revisiones urológicas: (NO, SÍ ¿motivo, periodicidad?).
- Dificultad en su reproducción: (NO, SÍ ¿cuál?).
- Dificultad en su actividad sexual: (NO, SÍ ¿cuál?).

10. VALORACIÓN AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS:

Describe la capacidad de la persona para afrontar y controlar o manejar situaciones estresantes.

- Cambios importantes o crisis en la vida de la persona en el último o dos últimos años: (NO, SÍ ¿cuáles?).
- Habilidades o estrategias utilizadas para afrontar las situaciones estresantes: especificar.
- Sistemas de apoyo a los que recurre: (ninguno, profesionales, familia, amigos, otros).
- Resolución adecuada: (NO, SÍ ¿de qué tipo?).

11. VALORACIÓN VALORES/CREENCIAS:

Describe los valores, objetivos o creencias que guían a la persona y a sus decisiones.

- Existe conflicto u oposición de la familia a sus creencias: (NO, SÍ ¿posibles causas?).
- Existen dificultades para desarrollar sus valores y creencias: (NO, SÍ ¿cuáles?).
- Existen conflictos entre terapias propuestas y sus valores/creencias: (NO, SÍ ¿cuáles?).
- Existe conflicto o preocupación sobre el significado de la vida-muerte y el sufrimiento (dolor): (NO, SÍ ¿cuáles?).

ANEXO II

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Servicio 209: ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

CRITERIO 209.1

En la Historia Clínica de toda mujer incluida en el servicio constará recogida información relacionada con la valoración inicial por patrones funcionales de salud.

Excepciones: Mujeres incluidas en el servicio hace menos de 1 mes.

Aclaración:

Se considera que figura información para la valoración inicial de los patrones de salud cuando existan registros, durante el mes siguiente a la fecha de inclusión en el servicio, de al menos algún dato correspondiente a cada uno de los siguientes patrones funcionales de salud:

- Patrón de **eliminación**: por ejemplo, existencia de urgencia miccional, referencia a algún signo (poliuria, disuria,...), incontinencia, utilización de medidas auxiliares, uso de absorbentes, sudoración profusa,...
- Patrón de **sueño-descanso**: por ejemplo, perfil de horas de sueño, problemas para dormir, medidas auxiliares, sensación de descanso, periodos de descanso, ...
- Patrón de **autopercepción-autoconcepto**: por ejemplo, inseguridad, sentirse a gusto consigo mismo, cambios corporales observados, cambios de carácter y ánimo, ...
- Patrón de **sexualidad-reproducción**: por ejemplo, dificultad en su actividad sexual, edad de menopausia, alteraciones percibidas en la menopausia, utilización de métodos anticonceptivos,...

CRITERIO 209.2. :

En la Historia Clínica constará cada problema de cuidados identificado y etiquetado, según taxonomía NANDA similar, tras la valoración de los patrones de salud, así como sus relaciones causales, estando registrado:

- problemas identificados.
- relaciones causales.

Aclaración:

En el caso de que existan varios problemas identificados, en la misma o sucesivas fechas, se tendrá en cuenta a efectos de la evaluación el primero de ellos y sus relaciones causales.

Se considerará cumplido el criterio, si en las Historias Clínicas existe referencia expresa a los dos subcriterios:

- Se considera problema identificado cuando el juicio diagnóstico se etiqueta a través de la Taxonomía NANDA o cuando el diagnóstico esté formulado con método PES (problema, etiología y signos/síntomas), se admiten etiquetas que estén acreditadas en documentos de área mediante consenso y problemas identificados relacionados con algún episodio de atención de la clasificación CIAP-2 (en el caso de los centros informatizados puede que "cuelguen" de algún episodio CIAP-2).
- Se dará como válido la relación causal, cuando al menos exista el registro de una relación causal para el diagnóstico evaluado, por ejemplo: incontinencia urinaria de esfuerzo r/c disminución del tono muscular del suelo pélvico. En el caso de los diagnósticos positivos o de salud, se dará por válido la relación causal cuando está formulada solo la etiqueta. En los diagnósticos de riesgo se dará por válido que la relación causal sea un factor de riesgo

También se considerarán cumplidos los dos subcriterios si hay constancia en la historia de la inexistencia de problemas.

CRITERIO 209.3. :

En la Historia Clínica de los usuarios incluidos en servicio con un problema de cuidados identificado y etiquetado, constará un plan de cuidados de enfermería que reflejará:

- El objetivo a alcanzar por el individuo.
- Las intervenciones o actividades a realizar.
- Fecha de la revisión.

Excepción: Mujeres que no tengan identificado ningún problema de cuidados.

Aclaración:

Se considera cumplido el criterio, si en las Historias Clínicas existe referencia expresa de al menos dos de los subcriterios:

- Se define como objetivo correctamente formulado cuando se expresa desde la perspectiva de la mujer, por ejemplo “la mujer controlará sus pérdidas de orina”.
- Se considerarán actividades realizadas tanto las que implican al profesional como aquellas a realizar por la mujer.

Se dará por válida cualquier referencia a la fecha de la siguiente cita o revisión.

Servicio 313: ATENCIÓN AL PACIENTE INMOVILIZADO**CRITERIO 313.1. :**

En la Historia Clínica de todo paciente inmovilizado, constará valoración inicial por Patrones funcionales de Salud.

Excepción: Pacientes incluidos en el servicio hace menos de un mes.

Aclaración:

Se considera que figura información para la valoración inicial de los patrones de salud cuando existan registros, durante el mes posterior a la fecha de inclusión en el servicio, de al menos algún dato correspondiente a cada uno de los siguientes patrones funcionales de salud:

- Patrón **nutricional-metabólico**: por ejemplo, problemas en la piel: lesiones, úlceras, sequedad; hábitos alimenticios: problemas de masticación y/o deglución, ingesta de líquidos, ...
- Patrón **de la eliminación**: por ejemplo, incontinencia urinaria, incontinencia fecal, aporte adecuado de líquidos, aporte adecuado de fibra, deposiciones dolorosas, ...
- Patrón **de la actividad-ejercicio**: por ejemplo, de dependencias para AVD, actividad, cama/sillas, requiere ayuda o supervisión de otra persona, patrón respiratorio, utilización de oxigenoterapia, ...
- Patrón **sueño-descanso**: por ejemplo, problemas para conciliar el sueño, utilización de ayuda para dormir (fármacos...), horas de sueño/día,...
- Patrón **rol-relaciones**: por ejemplo, con quien vive, actitud de la familia, personas de apoyo, tipo de grupo familiar, estructura de roles en el grupo familiar, ...

CRITERIO 313.2.:

En la Historia Clínica constará cada problema de cuidados identificado y etiquetado, según taxonomía NANDA o similar, tras la valoración de los patrones de salud, así como sus relaciones causales, estando registrado:

- problemas identificados.
- relaciones causales.

Aclaración:

En el caso de que existan varios problemas identificados, en la misma o sucesivas fechas, se tendrá en cuenta a efectos de la evaluación el primero de ellos y sus relaciones causales.

Se considerará cumplido el criterio, si en las Historias Clínicas existe referencia expresa a los dos subcriterios:

- Se considera problema identificado cuando el juicio diagnóstico se etiqueta a través de la Taxonomía NANDA o cuando el diagnóstico esté formulado con método PES (problema, etiología y signos/síntomas), se admiten etiquetas que estén acreditadas en documentos de área mediante consenso y problemas identificados relacionados con algún episodio de atención de la clasificación CIAP-2 (en el caso de los centros informatizados puede que “cuelguen” de algún episodio CIAP-2).
- Se dará como válido la relación causal, cuando al menos exista el registro de una relación causal para el diagnóstico evaluado, por ejemplo: incontinencia urinaria de esfuerzo r/c disminución del tono muscular del suelo pélvico. En el caso de los diagnósticos positivos o de salud, se dará por válido la relación causal cuando está formulada solo la etiqueta. En los diagnósticos de riesgo se dará por válido que la relación causal sea un factor de riesgo.

También se considerarán cumplidos los dos subcriterios si hay constancia en la historia de la inexistencia de problemas.

CRITERIO 313.3.:

En la Historia Clínica de los usuarios incluidos en servicio con un problema de cuidados etiquetado constará un plan de cuidados que reflejará:

- El objetivo a alcanzar por el individuo y/o cuidador.
- Las intervenciones o actividades a realizar.
- La fecha de revisión.

Excepción: Todo paciente inmovilizado que no tenga identificado ningún problema de cuidados.

Aclaración:

Se considera cumplido el criterio, si en la Historia Clínica existe referencia expresa de al menos dos de los subcriterios:

- Se define como objetivo correctamente formulado cuando se expresan desde la perspectiva del usuario y/o cuidador.
- Se consideran actividades realizadas tanto las que implican al profesional como a aquellas a realizar por el usuario y/o cuidador.

Se dará por válida cualquier referencia a la fecha de la siguiente cita o revisión.

Servicio 314 : ATENCIÓN AL ENFERMO TERMINAL**CRITERIO 314.1. :**

En la historia clínica de todo paciente diagnosticado como enfermo terminal, constará valoración inicial por patrones funcionales de salud.

Excepción: Paciente incluido en el servicio hace menos de un mes.

Aclaración:

Se considera que figura información para la valoración inicial de los patrones de salud cuando existan registros, durante el mes posterior a la fecha de inclusión en el servicio, de al menos algún dato correspondiente a cada uno de los siguientes patrones funcionales de salud:

- Patrón **cognitivo-perceptivo**: por ejemplo, Valoración del dolor, Localización de dolor (irradiación), Intensidad- Ausencia del dolor (utilización de una escala del 1 al 10), Calidad del dolor (con qué palabras se describe..), Maneras de expresar el dolor (gestos movimientos, temor, tristeza, angustia...), Estado de ánimo, Seguimiento del tratamiento y efectos secundarios (actitud de rechazo), ...
- Patrón **de eliminación**: por ejemplo, alteración del ritmo intestinal y urinario, prestar especial atención a los problemas de incontinencia y, aquellos síntomas de alarma que hagan sospechar obstrucción intestinal o impacto fecal; se debe procurar que exista defecación al menos cada 2 o 3 días, las causas de la alteración del ritmo intestinal o urinario, se deben a causas múltiples, como disminución de sólidos y líquidos, inactividad y debilidad, lesiones anales localizadas, habituación a los laxantes (obstrucción orgánica), ...
- Patrón **de adaptación y tolerancia al estrés**: por ejemplo, forma de afrontar cambios o crisis vitales, capacidad de tomar decisiones sólo o con ayuda, utilización de ayuda profesional o grupos de apoyo, ...
- Patrón **rol-relaciones**: por ejemplo, entorno en el que vive, relación socio-familiar, capacidad de expresión y comprensión (habla clara, discurso coherente, comprensión de conceptos...) adaptación al duelo anticipado por el paciente y su familia, rol del cuidador principal.
- Patrón **valores y creencias**: por ejemplo, conflicto entre creencias religiosas y necesidad de salud, recientes cambios de valores, expectativas relacionadas con su salud, valores importantes en su vida, ...

CRITERIO 314.2. :

En la Historia Clínica constará cada problema de cuidados identificado y etiquetado, según taxonomía NANDA o similar, tras la valoración de los patrones de salud, así como sus relaciones causales, estando registrado:

- problemas identificados.
- relaciones causales.

Aclaración:

En el caso de que existan varios problemas identificados, en la misma o sucesivas fechas, se tendrá en cuenta a efectos de la evaluación el primero de ellos y sus relaciones causales.

Se considerará cumplido el criterio, si en las Historias Clínicas existe referencia expresa a los dos subcriterios:

- Se considera **problema identificado** cuando el juicio diagnóstico se etiqueta a través de la Taxonomía NANDA o cuando el diagnóstico esté formulado con método PES (problema, etiología y signos/síntomas), se admiten etiquetas que estén acreditadas en documentos de área mediante consenso y problemas identificados relacionados con algún episodio de atención de la clasificación CIAP-2 (en el caso de los centros informatizados puede que "cuelguen" de algún episodio CIAP-2).
- Se dará como válido la **relación causal**, cuando al menos exista el registro de una relación causal para el diagnóstico evaluado, por ejemplo: incontinencia urinaria de esfuerzo r/c disminución del tono muscular del suelo pélvico. En el caso de los diagnósticos positivos o de salud, se dará por válido la relación causal cuando está formulada solo la etiqueta. En los diagnósticos de riesgo se dará por válido que la relación causal sea un factor de riesgo.

También se considerarán cumplidos los dos subcriterios si hay constancia en la historia de la inexistencia de problemas.

CRITERIO 314.3. :

En la Historia Clínica de los usuarios incluidos en servicio con un problema de cuidados etiquetado constará un plan de cuidados que reflejará:

- El objetivo a alcanzar por el individuo y/o cuidador.
- Las intervenciones o actividades a realizar.

Excepción: Todo paciente terminal que no tenga identificado ningún problema de cuidados.

Aclaración:

Se considera cumplido el criterio, si en la Historia Clínica existe referencia expresa de al menos dos de los subcriterios:

- Se define como objetivo correctamente formulado cuando se expresan desde la perspectiva del usuario y/o cuidador.
- Se consideran actividades realizadas tanto las que implican al profesional como a aquellas a realizar por el paciente y/o cuidador.

Se dará por válida cualquier referencia a la fecha de la siguiente cita o revisión.

Servicio 316: PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN EL ANCIANO.**CRITERIO 316.1. :**

En la Historia Clínica de toda persona igual o mayor a 75 años, constará valoración inicial por patrones funcionales de Salud.

Excepciones: Pacientes incluidos en el servicio hace menos de un mes.

Aclaración:

Se considera que figura información para la valoración inicial de los patrones de salud cuando existan registros, durante el mes posterior a la fecha de inclusión en el servicio, de al menos algún dato correspondiente a cada uno de los siguientes patrones funcionales de salud:

- Patrón **congnitivo-perceptivo**: por ejemplo, orientación temporo-espacial, funcionamiento intelectual (Pfeiffer o test validado), visión, audición, capacidad de expresión y comprensión (habla clara, discurso coherente, comprende conceptos...), ...
- Patrón **rol-relaciones**: por ejemplo, con quién vive, quién depende de él, sentimientos de dependencia,...
- Patrón **de la eliminación**: por ejemplo, continencia incontinencia urinaria y/o fecal, frecuencia, problemas de regularidad, utilización de dispositivos de ayuda, ...
- Patrón **de la actividad-ejercicio**: por ejemplo, tipo de actividad diaria, práctica de deportes, dependencia y/o independencia para A.V.D. (Índice de BARTHEL, KATZ...), ...
- Patrón **nutricional-metabólico**: por ejemplo, hábitos alimentarios, dificultad en masticación, deglución o digestión, peso, talla, I.M.C., ...

CRITERIO 316.2. :

En la Historia Clínica constará cada problema de cuidados identificado y etiquetado, según taxonomía NANDA o similar, tras la valoración de los patrones de salud, así como sus relaciones causales, estando registrado:

- problemas identificados.
- relaciones causales.

Aclaración:

En el caso de que existan varios problemas identificados, en la misma o sucesivas fechas, se tendrá en cuenta a efectos de la evaluación el primero de ellos y sus relaciones causales.

Se considerará cumplido el criterio, si en las Historias Clínicas existe referencia expresa a los dos subcriterios:

- Se considera problema identificado cuando el juicio diagnóstico se etiqueta a través de la Taxonomía NANDA o cuando el diagnóstico esté formulado con método PES (problema, etiología y signos/síntomas), se admiten etiquetas que estén acreditadas en documentos de área mediante consenso y problemas identificados relacionados con algún episodio de atención de la clasificación CIAP-2 (en el caso de los centros informatizados puede que "cuelguen" de algún episodio CIAP-2).
- Se dará como válido la relación causal, cuando al menos exista el registro de una relación causal para el diagnóstico evaluado, por ejemplo: incontinencia urinaria de esfuerzo r/c disminución del tono muscular del suelo pélvico. En el caso de los diagnósticos positivos o de salud, se dará por válido la relación causal cuando está formulada solo la etiqueta. En los diagnósticos de riesgo se dará por válido que la relación causal sea un factor de riesgo

También se considerarán cumplidos los dos subcriterios si hay constancia en la historia de la inexistencia de problemas.

CRITERIO 316.3. :

En la Historia Clínica de los usuarios incluidos en servicio con un problema de cuidados identificado y etiquetado, constará un plan de cuidados que reflejará:

- El objetivo a alcanzar por el individuo, familia y/o cuidador.
- Las intervenciones o actividades a realizar.
- Fecha de revisión.

Excepción: Todo Anciano que no tenga identificado ningún problema de cuidados.

Aclaración:

Se considera cumplido el criterio, si en la Historias Clínica existe referencia expresa de al menos dos de los subcriterios:

- Se define como objetivo correctamente formulado cuando se expresan desde la perspectiva del usuario, familia y/o cuidador.
- Se consideran actividades realizadas tanto las que implican al profesional como a aquellas a realizar por el usuario y/o cuidador.

Se dará por válida cualquier referencia a la fecha de la siguiente cita o revisión.

ANEXO III

GRUPO DE TRABAJO “DEFINICIÓN CRITERIOS EVALUACIÓN”

Begoña Antón Sánchez – Madrid Área 6
Inmaculada Aragón Arribas – Madrid Área 6
Aurora Barbera Martín – Madrid Área 6
Antonio Díaz Holgado – Madrid Área 6
Teresa Diez García – Madrid Área 6
Carmen Ferrer Arnedo – Madrid Área 6
Pedro Pablo Gaitero Terradillos – Madrid Área 6
Paloma Gómez Sanz – Madrid Área 6
Pablo Jorge Samitier – Madrid Área 6
Eva Lucas Alvarez – Madrid Área 6
Nuria Llamas Sandino – Madrid Área 6
Hortensia Maldonado Castro – Madrid Área 6
Eva M^a Moreno Torrecilla – Madrid Área 6
M^a José Pedrero Martínez – Madrid Área 6
Mila Pereda Antón – Madrid Área 6
Lourdes Pérez González – Madrid Área 6
Lucía Serrano Molina – Madrid Área 6
M^a Jesús Salvador Morán – Madrid Área 6
Carmen Sirvent Artiega – Madrid Área 6

PARTICIPANTES EVALUACIÓN

Rosa Isabel Villares Andrés – Zaragoza II
Carmen Esquivias Jaramillo – Zaragoza II
Milagros González García – Zaragoza II
Rafael Adell Ruiz – Zaragoza II
Jesús Manuel Soria Abad – Zaragoza II
César Vallejo Garrido – Zaragoza II

Raimunda Gayarre Jorge – Zaragoza II
M^a Jesús Navarro Navarro – Zaragoza II
Teresa Pérez Guzmán – Zaragoza II
Rosario Laborda Ezquerria – Zaragoza II
Pilar Grajera Sánchez – Zaragoza II
Mar Rodrigo Álvarez – Zaragoza II

Pablo Hermoso Villar - Mallorca
Francisca Serra Sansó - Mallorca
Catalina Soler Rubi - Mallorca
Pilar Obrador Adrover - Mallorca
Milagros Sánchez Jiménez - Mallorca
Magdalena Rossello Ferriol - Mallorca
Josefa Pades Jiménez - Mallorca
Elvira Gastalver Martín - Mallorca
Joana María Taltavull Aparicio - Mallorca

Isabel Sanz Alcolea - Toledo
Estrella Arjona Molina - Toledo
Alicia Aguado Gómez - Toledo
Reyes Conejo de la Cruz - Toledo
Fátima Corroto Rioja - Toledo
Valle Serrano Muñoz - Toledo
Eva Saez Torralba - Toledo
Gema Cid Calo - Toledo
Rosa Gómez Calcerrada - Toledo
Rosa Rojo Cañibano - Toledo

Isabel Martínez Villar - Ponferrada
Ana Covadonga González Pisano - Ponferrada
Celestina Lorences Fernández - Ponferrada
Alejandra Morillo Mateos - Ponferrada
Manuel Mañá González - Ponferrada
Amparo Mesas Sáez - Ponferrada
Nuria Alonso Rubio - Ponferrada
Inmaculada Caballero de Dios – Ponferrada
M^a José García Caballero – Ponferrada
M^a Ángeles Cubero Zamarreño – Ponferrada
M^a Luz Álvarez Ramos – Ponferrada

M^a Sol Busto Pico – Valladolid Este
M^a Dolores del Estal Santamaría – Valladolid Este
M^a Jesús Reyero Gallo – Valladolid Este
Cándida Ortiz Aguilar – Valladolid Este

M^a José González – Valladolid Este
Dolores García – Valladolid Este
Rosa Moro González – Valladolid Este
Elvira Jiménez Esteban – Valladolid Este
José Manuel González Edroso – Valladolid Este
M^a Paz Villacorta González – Valladolid Este
Rosa Pernia de Blas – Valladolid Este
Isabel Arribas Alonso – Valladolid Este
M^a Ángeles Bahillo Ruiz – Valladolid Este
M^a Ángeles Rodríguez Fernández – Valladolid Este
Natividad del Agua Altable – Valladolid Este
Pilar Rodríguez Sanz – Valladolid Este
Belén González Gómez – Valladolid Este
Evangelina García Barbero – Valladolid Este
Ana Hernández Vázquez – Valladolid Este
Marta Cuadrado López – Valladolid Este
Ángela Moro Simón – Valladolid Este
Felisa Pinacho Camazón – Valladolid Este
Begoña Fernández Díez – Valladolid Este
Arancha Fernández Ramajo – Valladolid Este
Elicia Abia Herrero – Valladolid Este
Teodora Encinas Martín – Valladolid Este
Mar Villarias Sánchez – Valladolid Este
Rosa Laguna Ruiz – Valladolid Este
Juan Luis Badallo León – Valladolid Este
Rafael Calvo García – Valladolid Este
Ana Isabel Cáceres Pereira – Valladolid Este
Cristina Alonso Estomba – Valladolid Este
Carmen Febrero López – Valladolid Este
Pilar Nieto González – Valladolid Este
Rosa Verdejo Polo – Valladolid Este
Luis A. Flores Pérez – Valladolid Este
Teodora Merino Pastor – Valladolid Este
Alicia Gilsanz Cartujo – Valladolid Este

D^a Begoña Antón Sánchez – Área 6 de Madrid
D^a Carmen Arévalo Pérez - Área 6 de Madrid
Pedro Pablo Gaitero Terradillos – Área 6 de Madrid
D^a María Jesús Salvador - Área 6 de Madrid

María Girbes Fontana – Madrid Área 9
M^a Eugenia Tello Bernabe – Madrid Área 9
Emilia Puche Togores – Madrid Área 9
Margarita Jiménez Martínez – Madrid Área 9

Pedro Martín Corral – Madrid Área 9
M^a Luisa Herrera García – Madrid Área 9
M^a Antonia Serrano Cuellar – Madrid Área 9
Arantxa Ruiz de Serranos – Madrid Área 9
M^a José Vázquez Antolínez – Madrid Área 9
Montserrat Jurado Sueiro – Madrid Área 9
Javier Roldán San Juan – Madrid Área 9
Marisa López Martín – Madrid Área 9
Araceli Moreno Cumplido – Madrid Área 9
Arnaldo García Acosta – Madrid Área 9
Teresa Ruiz Arcones – Madrid Área 9
Juani González Romero – Madrid Área 9
M^a Carmen González del Alba Bahamonde – Madrid Área 9
Paloma Moreno León – Madrid Área 9
Rodolfo Sancho Lozano – Madrid Área 9
Aquilino Vivar Ortega – Madrid Área 9

Carmen Ballesteros Deleyto – Madrid Área 10
Antonia Tizón Molina – Madrid Área 10
Octavio Sánchez Marcos – Madrid Área 10
Ana Castelao Boveda – Madrid Área 10
Ana M^a Delgado Echevarría – Madrid Área 10
Carmen Vallejo Crespo – Madrid Área 10
M^a Amparo Iban Oblanca – Madrid Área 10
Mónica Sabuquillo Castrillo – Madrid Área 10
José Luis García-Tizón García-Campos – Madrid Área 10
Mercedes Ramírez Berlinches – Madrid Área 10
Teresa Fernández Laguía – Madrid Área 10
Carolina Senso Escudero – Madrid Área 10
M^a Ángeles López López – Madrid Área 10
Eugenia Sánchez Núñez – Madrid Área 10

Juan Manuel Ruiz Ros - Cartagena.
Jesús Llamas Fernández - Cartagena
María Luisa Cabezas Hurtado - Cartagena.
Emérita Egea Paredes - Cartagena
Pilar García Gómez - Cartagena
Antonio Martínez Celdrán - Cartagena
Guillermo Bermúdez Galindo - Cartagena

IX. BIBLIOGRAFÍA

- INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Cartera de servicios de Atención Primaria. Madrid: N° Publ. Insalud 1658 (3ªEd.), 1999.
- INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. "Estandarización de Planes de Cuidados de Enfermería". Madrid: Insalud, 1999. Documento interno.
- Alfaro, R. Aplicación del proceso de enfermería. Barcelona: Doyma, 1995.
- Haffe, MS; Skidmore-Roth, L. Enfermería en atención domiciliaria. Valoración y planes de cuidados. Madrid: Harcourt Brace, 1998.
- Gordon, M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma, 1996.
- NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 1999-2000. Madrid: Harcourt, 1999.
- NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. Madrid: Harcourt, 2001.
- McCloskey, JC.; Bulechek, GM. Proyecto de Intervenciones IOWA: Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 2ª ed. Madrid: Síntesis, 1999.
- McCloskey, JC.; Bulechek, GM. Proyecto de Intervenciones IOWA: Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Madrid: Harcourt., 2001.
- INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Manual de Procedimiento. Evaluación de Cartera de Servicios. Madrid: N° Publ. Insalud 1.796, 1999.
- INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Cartera de Servicios de Atención primaria. Madrid: N° Publ. Insalud 1.795 (4ª Ed.), 2001.