



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de
Teruel

Grado en Enfermería

Curso Académico 2016/ 2017

TRABAJO FIN DE GRADO
Plan de cuidados individualizado en una paciente con ataxia de
Friedreich

Autor/a: M^aPilar Fuentes Royo

Tutor: Ana M^a Castellote García

ÍNDICE

	PÁGINA
1. RESUMEN.....	3
2. ABSTRACT.....	4
3. INTRODUCCIÓN.....	5
4. OBJETIVOS.....	7
5. METODOLOGÍA.....	7
6. DESARROLLO.....	8
6.1. VALORACIÓN.....	9
6.2. DIAGNÓSTICO – PLANIFICACIÓN.....	13
6.3. EJECUCIÓN.....	35
6.4. EVALUACIÓN.....	36
7. CONCLUSIÓN.....	36
8. DISCUSIÓN.....	37
9. BIBLIOGRAFÍA.....	37
10. ANEXOS.....	40

1_RESUMEN

Introducción. La ataxia de Friedreich (AF) es un trastorno atáxico de etiología desconocida que afecta principalmente el sistema nervioso y el corazón. Es una enfermedad hereditaria, causada por un gen defectuoso que puede ser transmitido en una familia de una generación a la siguiente. Hasta el momento no existe una cura o algún tratamiento eficaz. Los síntomas suelen comenzar entre los 5 y 15 años y algunos de ellos son dificultad para hablar, cambios en la visión, pie cavo y dedo del pie en martillo, hipoacusia, pérdida de la coordinación y del equilibrio, debilidad muscular, marcha inestable, movimientos descoordinados, escoliosis y diabetes. Mundialmente, la AF afecta a una de cada 50.000 personas.

Objetivos. Conocer las necesidades básicas de la paciente con enfermedad de ataxia de Friedreich y realizar un plan de cuidados específico para evitar las complicaciones de dicha enfermedad.

Metodología. Para la confección del plan de cuidados se ha realizado una valoración según los patrones de Marjory Gordon utilizando la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

Desarrollo. El trabajo consiste en el desarrollo de un plan de cuidados por medio de la taxonomía NANDA-NIC-NOC. Se presentó el caso de una paciente con ataxia de Friedreich de 58 años de evolución, a la cual de manera prospectiva, se le realizó una valoración enfermera basada en los patrones funcionales de Marjory Gordon, con el fin de obtener las necesidades que demanda dicha paciente y realizando un plan de cuidados personalizado que se ha llevado a cabo durante 2 meses y con el que se pretende continuar.

Conclusión. Un plan de cuidados individualizado nos permite conocer las necesidades básicas de cada paciente según su etapa de la enfermedad y poder actuar en consecuencia.

La prevención de posibles complicaciones, hará mejorar su calidad de vida, ya que no existe una cura para esta enfermedad.

Palabras clave. Ataxia, atención de enfermería, esclerosis espinal hereditaria, enfermedad de Friedreich.

2_ABSTRACT

Introduction. Friedreich's ataxia is an unknown etiology disorder that principally affects the nervous system and the heart. It is a hereditary disease caused by a defective gen that can be transmitted in a family from generation to generation. Until now, there isn't a known cure or effective treatment. The symptoms usually begins between the ages of 5 to 15 years and some of them are slurred speech, vision impairment, high plantar archers and hammertoe, hearing loss, loss of coordination and balance, muscle weakness, unsteady gait, movement uncoordinated, scoliosis and diabetes. Globally, Friedreich's ataxia concern roughly 1 in 50000 people.

Objective. To know the basic needs of a patient with Friedreich's ataxia disease and make a specific care plan to avoid complications of this disease.

Methodology. To make the care plan, the valuation has been made according to Marjory Gordon's patterns using the taxonomy NANDA-NIC-NOC.

Development. The job consists in carrying out a care plan through the taxonomy NANDA-NIC-NOC. The case of a patient with Friedreich's ataxia of 58 years of evolution was presented. She was evaluated in a prospective way and the evaluation was based in Marjory Gordon's functional patterns. The aim was to obtain the necessities demanded by this patient and it was done by making a personalized care plan carried out for two months and which is going to continue.

Conclusion. An individualised care plan allows us to know the basic needs of each patient depending on their disease period and to act accordingly.

Prevention of posible complications will improve their life quality, considering that it doesn't exist a cure for this disease.

Keywords. Ataxia, nursing assistance, hereditary scoliosis spine, Friedreich's Ataxia disease.

3_INTRODUCCIÓN – JUSTIFICACIÓN

La elección del tema es debida a que por mi situación laboral he conocido a una paciente que padece este tipo de enfermedad y tras revisar la bibliografía existente no he encontrado ningún plan de cuidados específico. Por lo tanto me ha parecido un trabajo novedoso, útil e interesante. El tratamiento curativo a día de hoy es inexistente y la paciente se encuentra en pleno conocimiento de su deterioro progresivo. Esta misma enfermedad fue padecida por una hermana tres años mayor que ella, que falleció a los 56 años con ceguera, sordera e invalidez total. Esto hace que conozca el proceso y el desenlace final de la enfermedad.

La ataxia de Friedreich fue descrita por primera vez por el médico alemán Nicholas Friedreich en la década de 1860 (1), pero hasta el año 1882 no fue aceptada como una patología por la escuela de neurología francesa.

Es un trastorno genético autosómico recesivo, lo que significa que el paciente debe heredar dos genes afectados, uno de cada padre, para que se desarrolle la enfermedad. La herencia recesiva significa que ambos genes de un par deben ser anormales para causar la enfermedad.(2)

Es una enfermedad hereditaria, no contagiosa, que afecta principalmente el sistema nervioso y el corazón. Afecta la médula espinal y los nervios que controlan los movimientos de los músculos de los brazos y las piernas(3). La AF es causada por una anomalía en el gen frataxina (FXN), ubicado en el cromosoma 9, cuyas alteraciones permiten que el cuerpo produzca una cantidad excesiva de trinucleótido (GAA), que es parte del ADN. El organismo normalmente contiene aproximadamente de 8 a 30 copias de GAA, pero cuando la ataxia se hace presente, los pacientes pueden llegar a poseer hasta 1000 copias y cuanto mayor sea la cantidad de estas, la enfermedad se hará más evidente a una edad menor y su evolución se realizará de forma más rápida, lo que ocasionará una degeneración más temprana.(1,9)

Para el diagnóstico correcto de la AF es importante realizar un examen clínico minucioso y correcto, y unas pruebas complementarias como el electrocardiograma, el electromiograma, estudios de conducción nerviosa, pruebas genéticas, análisis de orina y sangre, tomografía computerizada o resonancia magnética, además de un ecocardiograma.(1)

Los síntomas suelen comenzar entre los 5 y 15 años (3) y son causados por el desgaste de estructuras en zonas del cerebro y de la médula espinal que controlan la coordinación, el movimiento muscular y otras funciones.

Dentro de la sintomatología encontramos dificultad para hablar, cambios en la visión, disminución en la capacidad para sentir vibraciones en las extremidades inferiores, pie cavo y dedo del pie en martillo, hipoacusia, movimientos espasmódicos de los ojos, pérdida de la coordinación y el equilibrio que lleva a caídas frecuentes, debilidad muscular, ausencia de reflejos en la piernas, marcha inestable y movimientos descoordinados (ataxia) que empeoran con el tiempo.

Los problemas musculares conducen a cambios en la columna vertebral, lo que puede provocar escoliosis o cifoscoliosis.

Con mayor frecuencia se desarrolla una cardiopatía y puede llevar a insuficiencia cardíaca que de no responder al tratamiento puede provocar la muerte. En las etapas avanzadas de la enfermedad, también puede aparecer diabetes.(4,5,7)

Los estudios entre las décadas de 1980 y 1990 descubrieron que la expectativa de vida promedio de personas con AF era de unos 30 a 40 años después del diagnóstico, siendo las enfermedades cardíacas y la diabetes las causantes de mayor riesgo de fallecimiento. Avances médicos recientes han hecho que estas condiciones sean menos mortales que en el pasado.(6)

Hasta el momento no existe una cura o algún tratamiento eficaz para la AF. Para conseguir un adecuado plan de tratamiento se tiene que tener en cuenta la etapa de la enfermedad, la forma evolutiva de la patología y su agresividad, la adaptación de cada paciente para que los ejercicios recomendados tengan una respuesta eficiente y no lleguen a producir fatiga en los mismos, además de conseguir la prevención de futuras complicaciones (1). Este tratamiento también incluye asesoría, logopedia, fisioterapia y ayudas para caminar o sillas de ruedas.

Por otro lado, los fármacos utilizados son análogos de la coenzima Q, la Idebenona, cuya acción es reducir la hipertrofia cardíaca y la progresión del deterioro neurológico.(8)

Mundialmente, la AF afecta a una de cada 50.000 personas siendo la enfermedad más común del grupo de las ataxias hereditarias (2). Perjudica a ambos sexos por igual.

La persona que tiene una enfermedad de este tipo ve afectadas sus capacidades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria y tendrá unas necesidades específicas.

4_OBJETIVOS

-General:

- Conocer las necesidades básicas del paciente diagnosticado de ataxia de Friedreich.
- Realizar un plan de cuidados individualizado de la enfermedad de ataxia de Friedreich para prevenir complicaciones.

-Secundarios:

- Evitar las úlceras por presión.
- Controlar los niveles de glucemia de la paciente.
- Disminuir el dolor.
- Evitar bronco aspiraciones.
- Mejorar la relación con el personal.
- Evitar las caídas.

5_METODOLOGÍA

El planteamiento desde el que se enfoca este trabajo es a través de la realización de un Plan de Cuidados Individualizado que vamos a aplicar en una paciente con el objetivo de evitar posibles complicaciones en el transcurso de su enfermedad.(5)

Tras revisar la bibliografía existente no se ha encontrado ningún plan de cuidados específico.

Se ha realizado una valoración enfermera basada en los once patrones funcionales de salud propuestos por Marjory Gordon.

Una vez realizada la valoración, estableceremos los diagnósticos enfermeros más relevantes para cumplir el plan de cuidados que nos hemos

propuesto. Para la identificación de los problemas enfermeros utilizaremos la clasificación de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos Enfermeros (NANDA)(10).

Identificados los diagnósticos más importantes elaboraremos la planificación utilizando las taxonomías de Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC)(11) y Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC)(12). Para los criterios de resultados (NOC) detallaremos los indicadores que nos dirán la consecución de los objetivos propuestos. Desarrollaremos las escalas de medidas Likert para puntuar el mayor o menor logro de los objetivos, al ser un plan de cuidados individualizado y tener un paciente al que le hacemos una evaluación continua.

6_DESARROLLO

PRESENTACION DEL CASO

María es una mujer de 75 años que vive en una residencia geriátrica desde hace 25 años. A los 17 años le diagnosticaron ataxia de Friedreich. Tenía una hermana que falleció a causa de la misma enfermedad.

Como antecedentes personales, padece diabetes mellitus tipo II, hipoacusia e hipercolesterolemia, está intervenida de cataratas y sufre de disfagia para líquidos (escala volumen-viscosidad MECV-V). No sigue la dieta que tiene pautada en la residencia, la cual está adaptada a su enfermedad, por lo que tiene desajustes glucémicos.

Alergias no conocidas. El estado de la piel es bueno. Trastornos gastrointestinales, estreñimiento, incontinencia, usa pañal a causa del deterioro de su enfermedad que le ha producido dermatitis de pañal en alguna ocasión, tiene una pérdida del tono y de fuerza en las extremidades inferiores y deformidad de las mismas, descoordinación en los movimientos de las extremidades superiores.

Dado que la AF no produce afectación cerebral, la paciente se encuentra consciente y orientada y es sabedora de la evolución de su enfermedad.

Como consecuencia de la enfermedad, su autonomía está alterada por lo que precisa ayuda para las actividades de la vida diaria (Escala de Barthel).

No acepta el deterioro progresivo de su enfermedad lo que conlleva a tener un carácter complicado (Escala de Yesavage: para evaluar la depresión). Es capaz de tomar decisiones por sí misma y no acepta los cambios.

A causa del deterioro corporal de la paciente, requiere estar más horas en cama, precisando cambios posturales cada 2-3 horas para evitar que se produzcan úlceras por presión (Escala de Norton).

Tiene dolores frecuentes y toma analgésicos para ello (Escala EVA).

Viste con ropa ajustada, la cual no resulta cómoda debido a su deterioro, de colores llamativos, lleva muchas joyas y le gusta ir siempre maquillada y con el pelo arreglado, además tiene obsesión por tomar el sol.

Se considera creyente, no practicante, aunque celebra los días más señalados.

6.1. VALORACIÓN

Patrones funcionales según M. Gordon:

PATRON 1. PERCEPCIÓN – CONTROL DE LA SALUD.

Paciente consciente, alerta y orientada. Buena hidratación de piel y mucosas.

TA: 109/66 **FC:** 74 l.p.m. **FR:** 20 r.p.m. **Sat.O2:** 95% **Tª:** 35.9°C

Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación.

No se palpan masas ni megalias. No presenta edemas.

La paciente pide que le extendamos crema hidratante por todo el cuerpo de manera diaria. Vive en una residencia geriátrica desde que tenía 50 años. Uso de ropa inadecuada a su evolución.

Calendario vacunal completo.

Alergias no conocidas.

La paciente considera que su salud es mala, a menudo se aflige al verse en ese estado y lo intenta disimular vistiendo con colores llamativos, poniéndose joyas, maquillándose y llevando el pelo arreglado. Para determinar el estado de depresión empleamos la escala de Yesavage, en la que obtiene 16 puntos, lo que implica que padece depresión (Anexo 3).

Padece Diabetes Mellitus tipo II, hipercolesterolemia, hipoacusia, pérdida de visión (intervenida de cataratas) y disfagia. La higiene personal se la realizan las auxiliares de enfermería de la residencia donde vive.

Toma la medicación pautaada pero no sigue el régimen alimentario pautaado en la residencia por lo que tiene alteraciones de la glucemia.

Medicación habitual: Omeprazol 20 mg (Ce), Escitalopram 10 mg (De), Alprazolam 0,25 mg (Ce), Metformina y sitagliptina 50/1000 0,5 (De), Lorazepam 1 mg (Ce), Paracetamol 1 gr (De-Co-Ce), Neotomizol 0,25 mg (Co), Natecal D (Co), Gemfibrozilo 900 mg (Ce), Mirtazapina flas 15 (Ce), parches analgésicos. Sobres y gotas: Carmelosa sódica 0,5% unidosis colirio (De-Ce), Movicol L-X-V (De). Otros: Insulina Glargina 16 u.(Ce) + pauta móvil según control glucémico. Pautas especiales (si precisa): Ibuprofeno 600 mg/paracetamol/nolotil.

No hay existencia de hábitos tóxicos.

Maneja una silla de ruedas eléctrica con un joystick de la cual sufre deslizamiento por la pérdida del tono muscular de las extremidades inferiores por lo que se le pautaó un cinturón tipo braguero. También ha sufrido caídas en la calle por la falta de visión. Patrón con un riesgo de alteración.

Precisa cambios posturales para evitar úlceras por presión pero no los tolera, lleva protegidos los talones y barandillas con protectores en la cama para evitar caídas y lesiones en los miembros inferiores. Para esta valoración se utiliza la escala de Norton que como resultado obtenemos 11 puntos, lo que nos indica que tiene un alto riesgo de aparición de UPP (Anexo 4).

PATRÓN 2. NUTRICIONAL – METABÓLICO

En la residencia le sirven una alimentación variada y distribuida en 5 comidas al día, aunque ella no la sigue, cuando no es de su agrado, se alimenta de lo que se compra y guarda en la nevera de su habitación. Se encuentra bien hidratada.

Peso:52,200 Kg Talla:1,55 m IMC:21,73 (normopeso)

Tª corporal:35.9 °C

Lleva dentadura postiza y presenta disfagia al ingerir líquidos.

Buena coloración e hidratación de piel y mucosas. Presenta lesiones por rascado al referir prurito en espalda, nalgas y piernas.

Patrón alterado. Para valorar el riesgo de disfagia de la paciente, se realiza el test de volumen viscosidad (MECV-V), lo que nos indica que presenta una alteración de la seguridad (Anexo 1).

PATRÓN 3. ELIMINACIÓN

Su patrón de eliminación urinaria es normal, no presenta molestias al orinar. Incontinente. La frecuencia de defecación es diaria, el aspecto y consistencia de las deposiciones son normales gracias al tratamiento pautado.

PATRÓN 4. ACTIVIDAD – EJERCICIO

Necesita ayuda para las actividades básicas de la vida diaria. Para valorar el grado de esta dependencia, se realiza la escala de Barthel, obteniendo una puntuación inferior a 20, lo que nos indica dependencia total (Anexo 2). Utiliza una silla de ruedas eléctrica que maneja con un joystick. Un día a la semana, va a clases de pintura fuera de la residencia.

Patrón alterado.

PATRÓN 5. SUEÑO – DESCANSO

Precisa medicación para dormir consiguiendo con ella permanecer en este estado unas 10 horas, aunque en ocasiones debido al dolor, le cuesta conciliar el sueño o se despierta solicitando analgesia. Para la valoración del dolor, se utiliza la escala de Eva, obteniendo una puntuación que oscila, según el día, entre 6 y 10 (Anexo 5). Patrón alterado.

PATRÓN 6. COGNITIVO – PERCEPTIVO

No presenta problemas de memoria, recuerda perfectamente hechos del pasado, el nombre de los miembros de su familia y de los trabajadores de la residencia, también puede recordar lo que comió el día anterior. Con respecto a su nivel de conciencia, podemos decir que se encuentra alerta y con un buen nivel de comprensión, mostrándose orientada en tiempo y espacio. No manifiesta problemas gustativos, olfativos ni táctiles.

La paciente es consciente de la enfermedad que padece y del final que le espera.

Sin embargo, presenta pérdida de visión, hipoacusia y disartria, y se molesta cuando no le entienden.

Patrón alterado.

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO

La paciente no acepta el deterioro progresivo que le provoca la enfermedad. Se resiste a cualquier cambio que propongan los cuidadores que pueda mejorar su estado.

Patrón alterado.

PATRÓN 8. ROL – RELACIONES

Vive en la residencia desde hace 25 años con 39 residentes más. Tiene relación con 2 de ellos. Sus sobrinos y hermano la visitan casi a diario, recientemente ingresó en la misma planta la mujer de su hermano, su cuñada, y está muy pendiente de ella. Le sirve de distracción.

Buena relación y apoyo familiar.

El trato con el personal que trabaja en la residencia no es el adecuado al demostrar un carácter complicado. Habla de manera exigente y amenazante. No le gustan los cambios. Esto puede hacer que los trabajadores lleguen a presentar en un futuro el síndrome del cuidador quemado. Patrón alterado.

PATRÓN 9. SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

Tuvo hace tiempo varias parejas.

PATRÓN 10. TOLERANCIA AL ESTRÉS

A menudo, se encuentra decaída, manifiesta sentir miedo a la evolución de su enfermedad, la cual presencié con su hermana. Esto hace que actúe de manera desconfiada.

Patrón alterado.

PATRÓN 11. VALORES - CREENCIAS

La paciente se considera creyente, no practicante, aunque sí que celebra algunos días señalados.

6.2. DIAGNÓSTICO - PLANIFICACIÓN

DIAGNOSTICOS NANDA	NOC	NIC
<p>00179_Riesgo de nivel de glucemia inestable.</p> <p>Dominio 2: Nutrición Clase 4: Metabolismo</p> <p>Definición: Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa/azúcar en sangre.</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> -falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes m/p incumplimiento de la dieta pautada en la residencia para diabetes mellitus. -nivel de actividad física m/p deterioro progresivo de la enfermedad. -estado de salud física m/p progreso de la ataxia. -aporte dietético m/p no seguir la dieta establecida. 	<p>1621-Conducta de adhesión: dieta saludable</p> <p>Definición: Acciones personales para controlar y optimizar un régimen dietético y nutricional saludable.</p> <p>Según escala Likert (1-5):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nunca demostrado -Raramente demostrado -A veces demostrado -Frecuentemente demostrado -Siempre demostrado <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -162105 Selecciona alimentos compatibles con las pautas nutricionales recomendadas. -162107 Selecciona alimentos basándose en la información nutricional de las etiquetas. 	<p>2120-Manejo de la hiperglucemia</p> <p>Definición: Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Vigilar los niveles de glucosa en sangre. -Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia. -Administrar insulina, según prescripción. -Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre. -Instruir al paciente y cuidador acerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad. -Aconsejar la ingesta frecuente de líquidos. <p>2130-Manejo de la hipoglucemia</p> <p>Definición: Prevenir y tratar los niveles de</p>

		<p>glucosa en sangre inferiores a lo normal.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Vigilar los niveles de glucosa en sangre. -Controlar si hay signos y síntomas de hipoglucemia. -Proteger contra lesiones. -Instruir en las interacciones de la dieta, insulina.
	<p>1622-Conducta de cumplimiento: dieta prescrita</p> <p>Definición: Acciones personales para seguir la ingesta de líquidos y alimentos recomendada por un profesional sanitario para un trastorno de salud específico.</p> <p>Según escala Likert (1-5):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nunca demostrado -Raramente demostrado -A veces demostrado -Frecuentemente demostrado -Siempre demostrado <p><i>Indicadores:</i></p>	<p>5614-Enseñanza: dieta prescrita</p> <p>Definición: Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas. -Aconsejar que debe seguir la dieta pautada en la residencia y no consumir hidratos de carbono entre comidas.

	<p>-162201 Participa en el establecimiento de objetivos dietéticos alcanzables con un profesional sanitario.</p> <p>-162202 Selecciona alimentos y líquidos compatibles con la dieta prescrita.</p> <p>-162205 Toma alimentos compatibles con la dieta prescrita.</p> <p>-162207 Evita alimentos y líquidos no permitidos en la dieta.</p>	
<p>00155_Riesgo de caídas</p> <p>Dominio 11: Seguridad/Protección. Clase 2: Lesión física.</p> <p>Definición: Riesgo de aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico.</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> -El uso de silla de ruedas m/p descoordinación de extremidades superiores. -Dificultades visuales. -Dificultades auditivas. -Deterioro de la movilidad física. 	<p>1909_Conducta de prevención de caídas.</p> <p>Definición: Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.</p> <p>Según escala Likert (1-5):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nunca demostrado -Raramente demostrado -A veces demostrado -Frecuentemente demostrado -Siempre demostrado <p><i>Indicadores:</i></p>	<p>6490-Prevención de caídas.</p> <p>Definición: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Dispone de un cinturón perineal y bandas protectoras en los pies cuando va en la silla de ruedas. -Precisa de barandillas en los laterales de la cama con protectores acolchados para evitar las lesiones en las extremidades inferiores. -Mantener cercana la mesita a la cama para

		<p>-190903 Colocación de barreras para prevenir caídas.</p> <p>-190901 Uso correcto de dispositivos de ayuda.</p>	<p>que pueda coger lo que precise sin riesgo de caída.</p> <p>-Dejarle a mano el timbre para solicitar ayuda.</p> <p>-Aproximar la cabecera de la cama a la llave de la luz.</p>
		<p>1912-Caídas.</p> <p>Definición: Número de veces que un individuo se cae.</p> <p>Según escala Likert (1-5):</p> <p>-Mayor de 10</p> <p>-[7-9]</p> <p>-[4-6]</p> <p>-[1-3]</p> <p>-Ninguno</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <p>-191203 Caídas sentado.</p>	<p>6580-Sujeción física.</p> <p>Definición: Aplicación, control y extracción de dispositivos de sujeción mecánica o manual utilizados para limitar la movilidad física del paciente.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <p>-Ha proporcionado su consentimiento según las normas del centro.</p> <p>-Comprobar el estado de la piel en el sitio de sujeción.</p> <p>-Vigilar frecuentemente la sujeción del paciente.</p>
<p>00039_Riesgo de aspiración</p> <p>Dominio 11: Seguridad/Protección</p> <p>Clase 2: Lesión física</p> <p>Definición: Riesgo de que penetren en el árbol</p>		<p>0204-Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas</p> <p>Definición: Gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.</p>	<p>1050-Alimentación.</p> <p>Definición: Proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no puede alimentarse por sí mismo.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p>

<p>traqueobronquial secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos.</p> <p>r/c:</p> <p>-Deterioro de la deglución m/p el reflejo tusígeno al ingerir líquidos.</p>	<p>Según escala Likert (1-5):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gravemente comprometido -Sustancialmente comprometido -Moderadamente comprometido -Levemente comprometido -No comprometido <p><i>Indicadores:</i></p> <p>-020412 Tono muscular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar la presencia del reflejo de deglución. -Mantenerle en posición recta, con la cabeza y el cuello flexionados ligeramente hacia afuera durante la alimentación. -Acompañar la comida de agua con espesante. -Preguntar al paciente para que nos indique cuándo ha terminado. -Evitar poner bebida o comida en la boca mientras está masticando. -Evitar distraer al paciente durante la deglución. -Realizar la alimentación sin prisas, lentamente. -Prestar atención al paciente durante la alimentación. -Comprobar que no quedan restos de comida en la boca al final de la comida.
	<p>1010-Estado de deglución.</p> <p>Definición: Tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago.</p> <p>Según escala Likert (1-5):</p>	<p>3200-Precauciones para evitar la aspiración.</p> <p>Definición: Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.</p>

	<p>-Gravemente comprometido</p> <p>-Sustancialmente comprometido</p> <p>-Moderadamente comprometido</p> <p>-Levemente comprometido</p> <p>-No comprometido</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <p>-101010 Momento del reflejo de deglución.</p> <p>-101020 Tos.</p>	<p><i>Actividades NIC:</i></p> <p>-Vigilar el nivel de consciencia, reflejo de tos y capacidad deglutiva.</p> <p>-Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible.</p> <p>-Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes.</p>
	<p>1918-Prevención de la aspiración.</p> <p>Definición: Acciones personales para prevenir el paso de partículas líquidas o sólidas hacia los pulmones.</p> <p>Según escala Likert (1-5):</p> <p>-Nunca demostrado</p> <p>-Raramente demostrado</p> <p>-A veces demostrado</p> <p>-Frecuentemente demostrado</p> <p>-Siempre demostrado</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <p>-191808 Utiliza espesantes líquidos, según precisa.</p>	<p>1860-Terapia de deglución.</p> <p>Definición: Facilitar la deglución y prevenir las complicaciones de una deglución defectuosa.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <p>-Evitar el uso de pajas para beber.</p> <p>-Ayudar al paciente a sentarse en una posición erecta (lo más cerca posible de los 90°) para la alimentación.</p> <p>-Enseñar al paciente a no hablar mientras come.</p> <p>-Observar si hay signos y/o síntomas de aspiración.</p>

		-Comprobar la boca para ver si hay restos de comida después de comer.
<p>00096_Deprivación del sueño</p> <p>Dominio 4: Actividad/reposo</p> <p>Clase 1: Sueño/reposo</p> <p>Definición: Períodos de tiempo prolongados sin sueño (patrón de suspensión relativa, natural y periódica de la conciencia).</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ansiedad m/p dolor. -Aumento de la sensibilidad al dolor. -Disminución de la capacidad funcional m/p el deterioro físico. -Irritabilidad. 	<p>0003-Descanso.</p> <p>Definición: Grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física.</p> <p>Según escala Likert (1-5):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gravemente comprometido -Sustancialmente comprometido -Moderadamente comprometido -Levemente comprometido -No comprometido <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -000302 Patrón del descanso. -000303 Calidad del descanso. 	<p>0840-Cambio de posición.</p> <p>Definición: Movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y/o psicológico.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Animar al paciente a participar en los cambios de posición. -Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. -Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas según el programa específico.
	<p>0004-Sueño</p> <p>Definición: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.</p> <p>Según escala Likert (1-5):</p>	<p>1850-Mejorar el sueño.</p> <p>Definición: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p>

	<p>-Gravemente comprometido</p> <p>-Sustancialmente comprometido</p> <p>-Moderadamente comprometido</p> <p>-Levemente comprometido</p> <p>-No comprometido</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <p>-000418 Duerme toda la noche.</p> <p>-000421 Dificultad para conciliar el sueño.</p> <p>-000425 Dolor.</p>	<p>-Disponer/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.</p> <p>-Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño.</p>
	<p>1211-Nivel de ansiedad.</p> <p>Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.</p> <p>Según escala Likert (1-5):</p> <p>-Grave</p> <p>-Sustancial</p> <p>-Moderado</p> <p>-Leve</p> <p>-Ninguno</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <p>-121101 Desasosiego.</p> <p>-121105 Inquietud.</p>	<p>5820-Disminucion de la ansiedad.</p> <p>Definición: Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <p>-Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</p> <p>-Escuchar con atención.</p> <p>-Reforzar el comportamiento.</p> <p>-Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</p>

	<p>-121106 Tensión muscular.</p> <p>-121129 Trastorno del sueño.</p>	
	<p>1605-Control del dolor.</p> <p>Definición: Acciones personales para controlar el dolor.</p> <p>Según escala Likert (1-5):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nunca demostrado -Raramente demostrado -A veces demostrado -Frecuentemente demostrado -Siempre demostrado <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -160502 Reconoce el comienzo del dolor. -160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas. -160513 Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario. 	<p>1400-Manejo del dolor.</p> <p>Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Colocación de almohadas debajo de las piernas. -Uso de bolsas de gel frío en las articulaciones. -Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. -Realizarle masajes para relajar las zonas en tensión. -Aplicación de parches analgésicos.
		<p>2210-Administración de analgésicos.</p> <p>Definición: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.</p>

		<p><i>Actividades NIC:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Comprobar medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito y proporcionárselo cuando precise. -Comprobar el historial de alergias.
<p>00047_Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.</p> <p>Dominio 11: Seguridad/Protección</p> <p>Clase 2: Lesión física</p> <p>Definición: Riesgo de alteración en la epidermis y/o en la dermis.</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Humedad m/p la incontinencia y el uso de pañal. -Factores mecánicos m/p fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones. -Inmovilización física m/p deterioro a causa de la enfermedad. -Deterioro del estado metabólico m/p la diabetes mellitus que padece. -Deterioro de la circulación. -Prominencias óseas. 	<p>0204-Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.</p> <p>Definición: Gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.</p> <p>Según escala Likert (1-5):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Grave -Sustancial -Moderado -Leve -Ninguno <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -020401 Úlceras por presión. -020402 Estreñimiento. 	<p>3590-Vigilancia de la piel.</p> <p>Definición: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Utilizar la escala de Norton para identificar el riesgo de pérdida de integridad de la piel. -Vigilar color y la temperatura de la piel. -Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. -Observar si hay zonas de presión y fricción. -Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas. -Hacer uso del colchón antiescaras y cambios de posición cada 2-3 horas.

<p>-Radiación m/p tomar el sol sin protección.</p>		
	<p>1925-Control del riesgo: exposición al sol.</p> <p>Definición: Acciones personales para prevenir o reducir las amenazas en la piel y los ojos de la exposición al sol.</p> <p>Según escala Likert (1-5):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nunca demostrado -Raramente demostrado -A veces demostrado -Frecuentemente demostrado -Siempre demostrado <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -192502 Selecciona filtros solares con factor de protección solar (FP). -192505 Evita la exposición al sol entre las 10 de la mañana y las 3 de la tarde. -192509 Lleva un sombrero de ala de 10 cm para proteger la cabeza y la cara. 	<p>3780-Tratamiento de la exposición al calor.</p> <p>Definición: Manejo del paciente con golpe de calor debido a una exposición ambiental excesiva de calor.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Administrar líquidos orales fríos con espesante. -Trasladar a un ambiente fresco. -Observar si hay hipoglucemia. -Hacer uso de sombreros y gafas de sol con protección ultravioleta. -Utilizar cremas y barra de labios con protección solar. -Evitar salir en las horas de mayor calor, entre las 10 y las 15 horas.

	<p>-192510 Utiliza crema para proteger los labios.</p> <p>-192511 Lleva gafas con protección ultravioleta (UV) al aire libre.</p>	
	<p>1101-Integridad tisular: piel y membranas mucosas.</p> <p>Definición: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.</p> <p>Según escala Likert (1-5):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gravemente comprometido -Sustancialmente comprometido -Moderadamente comprometido -Levemente comprometido -No comprometido <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -110103 Elasticidad. -110104 Hidratación. -110113 Integridad de la piel. 	<p>3520-Cuidados de las úlceras por presión.</p> <p>Definición: Facilitar la curación de úlceras por presión.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Cambiar de posición cada 2-3 horas para evitar la presión prolongada. -Utilizar colchones antiescaras. -Asegurarse de que siga la dieta pautada en la residencia. -Verificar la ingesta adecuada de calorías y proteínas de alta calidad. -Vigilar si hay signos de rotura de la piel. -Mantener la piel bien hidratada y sin humedad. -Evitar arrugas en la cama. <p>1660-Cuidados de los pies.</p>

		<p>Definición: Limpieza e inspección de los pies con el objeto de conseguir relajación, limpieza y salud en la piel.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Inspeccionar si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformidades o edema en los pies. -Secar cuidadosamente los espacios interdigitales. -Aplicar loción. <p>1750-Cuidados perineales.</p> <p>Definición: Mantenimiento de la integridad de la piel perineal y alivio de las molestias perineales.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Realizar la higiene cuidadosamente. -Mantener el perineo seco. -Limpiar el perineo exhaustivamente a intervalos regulares.
00071_Afrontamiento defensivo.	1300-Aceptación: estado de salud.	5240-Asesoramiento.

<p>Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés. Clase 2: Respuestas de afrontamiento.</p> <p>Definición: Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Negación de problemas obvios. -Negación de debilidades evidentes. -Ridiculización de los demás. -Actitud de superioridad hacia otros. -Bajo nivel de confianza en los demás. 	<p>Definición: Reconciliación con cambios significativos en las circunstancias de salud.</p> <p>Según escala Likert (1-5):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nunca demostrado -Raramente demostrado -A veces demostrado -Frecuentemente demostrado -Siempre demostrado <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud. -130017 Se adapta al cambio en el estado de salud. -130001 Tranquilidad. 	<p>Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. -Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad. -Favorecer la expresión de sentimientos. -Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno. -Expresar oralmente la discrepancia entre los sentimientos y conducta del paciente. -Hablarle con voz suave y relajada.
	<p>1308-Adaptación a la discapacidad física.</p> <p>Definición: Respuesta adaptativa a un reto</p>	<p>5220-Potenciación de la imagen corporal.</p> <p>Definición: Mejora de las percepciones y actitudes</p>

	<p>funcional importante debido a una discapacidad física.</p> <p>Según escala Likert (1-5):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nunca demostrado -Raramente demostrado -A veces demostrado -Frecuentemente demostrado -Siempre demostrado <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -130804 Modifica el estilo de vida para acomodarse a la discapacidad. -130809 Identifica riesgo de complicaciones asociadas con la discapacidad. -130812 Acepta la necesidad de asistencia física. 	<p>conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Ayudarle a asimilar los cambios corporales debidos a su enfermedad. -Asesorarle para que vista ropa ancha adecuada a su deterioro.
	<p>1302-Afrontamiento de problemas.</p> <p>Definición: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</p> <p>Según escala Likert (1-5):</p>	<p>5230-Aumentar el afrontamiento.</p> <p>Definición: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.</p>

	<p>-Nunca demostrado</p> <p>-Raramente demostrado</p> <p>-A veces demostrado</p> <p>-Frecuentemente demostrado</p> <p>-Siempre demostrado</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <p>-130205 Verbaliza aceptación de la situación.</p> <p>-139207 Modifica el estilo de vida para reducir el estrés.</p> <p>-130208 Se adapta a los cambios en desarrollo.</p>	<p><i>Actividades NIC:</i></p> <p>-Ayudar a afrontar el deterioro progresivo de la enfermedad.</p> <p>-Animar al paciente a desarrollar relaciones.</p> <p>-Fomentar las actividades sociales y comunitarias.</p> <p>-Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión).</p> <p>-Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</p> <p>-Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.</p>
<p>00132_Dolor agudo</p> <p>Dominio 12: Confort</p> <p>Clase 1: Confort físico</p> <p>Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado</p>	<p>2102-Nivel del dolor.</p> <p>Definición: Intensidad del dolor referido o manifestado.</p> <p>Según escala Likert (1-5):</p> <p>-Grave</p> <p>-Sustancial</p> <p>-Moderado</p> <p>-Leve</p> <p>-Ninguno</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <p>-210204 Duración de los episodios de dolor.</p>	<p>1400-Manejo del dolor</p> <p>Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <p>-Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.</p>

<p>o previsible y una duración inferior a 6 meses.</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Informe codificado por el uso de una escala de dolor. -Diaforesis -Conducta expresiva m/p inquietud, gemidos, llanto e irritabilidad. -Expresión facial m/p ojos con expresión abatida. -Observación de evidencias de dolor. -Postura para evitar el dolor. -Expresa dolor. -Trastornos del patrón del sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> -210217 Gemidos y gritos. -210206 Expresiones faciales de dolor. -210208 Inquietud. -210222 Agitación. -210223 Irritabilidad. -210225 Lágrimas. -210209 Tensión muscular. 	<ul style="list-style-type: none"> -Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. -Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo. -Colocación de almohadas debajo de las piernas. -Uso de bolsas de gel frío en las articulaciones. -Realizarle masajes para relajar las zonas en tensión. -Colocación de parches analgésicos.
	<p>1605-Control del dolor.</p> <p>Definición: Acciones personales para controlar el dolor.</p> <p>Según escala Likert (1-5):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nunca demostrado -Raramente demostrado -A veces demostrado -Frecuentemente demostrado -Siempre demostrado <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -160502 Reconoce el comienzo del dolor. 	<p>2210-Administración de analgésicos.</p> <p>Definición: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente. -Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

	<p>-160503 Utiliza medidas preventivas.</p> <p>-160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas.</p> <p>-160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada.</p>	<p>-Comprobar el historial de alergias a medicamentos.</p> <p>-Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis, e implicar al paciente.</p> <p>-Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno.</p> <p>-Determinar el analgésico preferido, vía de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico óptimo.</p> <p>-Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.</p> <p>-Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.</p> <p>-Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>sea necesario para potenciar la analgesia.</p> <p>-Instruir para que se solicite la medicación según necesidades para el dolor antes de que el dolor sea severo.</p> <p>1380-Aplicación de calor o frío.</p> <p>Definición: Estimulación de la piel y tejidos subcutáneos con calor o frío con el fin de disminuir el dolor, espasmos musculares o inflamación.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <p>-Determinar el estado de la piel e identificar cualquier alteración que requiera un cambio de procedimiento o esté contraindicada la estimulación.</p> <p>-Envolver el dispositivo de aplicación de frío con un paño de protección.</p> <p>-Utilizar un paño humedecido junto a la piel para aumentar la sensación de frío, cuando corresponda.</p> <p>-Enseñar a evitar el daño de tejidos asociado con el frío.</p>
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>-Dejar claro que la aplicación de frío puede resultar brevemente dolorosa, con entumecimiento unos 5 minutos después de la estimulación inicial.</p> <p>-Enseñar a evitar lesiones en la piel después de la estimulación.</p>
	<p>2010-Estado de comodidad: física.</p> <p>Definición: Tranquilidad física relacionada con sensaciones corporales y mecanismos homeostáticos.</p> <p>Según escala Likert (1-5):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gravemente comprometido -Sustancialmente comprometido -Moderadamente comprometido -Levemente comprometido -No comprometido <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -201001 Control de síntomas. -201002 Bienestar físico. -201003 Relajación muscular. 	<p>1480-Masaje</p> <p>Definición: Estimulación de la piel y tejidos subyacentes con diversos grados de presión manual para disminuir el dolor, inducir la relajación y/o mejorar la circulación.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Seleccionar la zona o zonas del cuerpo que han de masajearse. -Lavarse las manos con agua caliente. -Colocar al paciente en una posición cómoda que facilite el masaje. -Calentar la loción o el aceite en la palma de las manos o girando la botella bajo agua caliente durante varios minutos.

	<p>-201005 Ropa cómoda.</p>	<p>-Hacer el masaje con movimientos continuos, uniformes, largos, de rodillo o vibración con palmas, dedos y pulgares.</p> <p>-Animar al paciente a que respire profundamente y a que se relaje durante el masaje.</p> <p>-Evaluar y registrar la respuesta al masaje.</p> <p>0840-Cambio de posición.</p> <p>Definición: Movimiento deliberado del paciente o de una parte corporal para proporcionar el bienestar fisiológico y/o psicológico.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <p>-Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados.</p> <p>-Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición cada 2 o 3 horas.</p> <p>-Animar al paciente a participar en los cambios de posición.</p> <p>-Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.</p>
--	-----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>-Minimizar el roce al cambiar de posición al paciente.</p> <p>-Girar mediante la técnica de hacer rodar troncos.</p> <p>-Colocar los objetos de uso frecuente al alcance.</p> <p>-Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance de la mano.</p> <p>-Colocar la luz de llamada al alcance.</p>
	<p>1211-Nivel de ansiedad.</p> <p>Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.</p> <p>Según escala Likert (1-5):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Grave -Sustancial -Moderado -Leve -Ninguno <p><i>Indicadores:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -121101 Desasosiego. -121102 Impaciencia. -121105 Inquietud. -121106 Tensión muscular. -121108 Irritabilidad. 	<p>5820-Disminución de la ansiedad.</p> <p>Definición: Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.</p> <p><i>Actividades NIC:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. -Administrar masajes en la espalda/cuello. -Escuchar con atención. -Crear un ambiente que facilite la confianza. -Establecer actividades recreativas encaminadas

	-121129 Trastorno del sueño.	a la reducción de tensiones. -Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
--	------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

6.3. EJECUCIÓN

A continuación, se pone en marcha el plan de cuidados.

Con respecto a la alimentación, se le aconseja seguir la dieta de la residencia, ya que es adecuada a sus necesidades, haciendo hincapié en lo desaconsejable que es consumir alimentos con alto contenido en azúcar. También, se modifica la textura de los líquidos mediante Espesante Resource ® por presentar una alteración de la seguridad en la viscosidad líquida al realizarle el test volumen-viscosidad (MECV-V) añadido en el anexo 1.

Para evitar las lesiones por rascado se le pauta Loratadina 10 mg (1-0-1) durante 15 días y además, se le aconseja no comer mientras está en la cama, ya que las migas le producen parte de esos picores. Con respecto a la dermatitis de pañal padecida se le administra Sulfato de Neomicina + Nistatina (mañana y tarde, durante 7 días) y se le realizan lavados con Bicarbonato 1/6 molar.

Para el tratamiento del dolor tiene pautado Paracetamol 1 g (1-1-1) y si precisa Ibuprofeno 600 mg ó Nolotil. Contra el dolor articular, se le aplica Piroxicam gel, bolsas de gel frío y parches analgésicos.

Para tratar de mejorar la relación entre cuidador y paciente, se intenta que comprenda que no puede ser atendida de manera exclusiva y aunque se cubrirán siempre sus necesidades básicas debe respetar las normas de la institución.

Para evitar el riesgo de caídas de la silla de ruedas, dispone de un cinturón perineal y bandas protectoras en los pies. En la cama, precisa barandillas en los laterales con protectores acolchados para evitar las lesiones en las extremidades inferiores.

6.4. EVALUACIÓN

Para evaluar el plan de cuidados, se utilizan los criterios e indicadores de resultados NOC.

No se ha conseguido que siga estrictamente la dieta pautada en la residencia.

El uso de espesante en los líquidos ha evitado que tosa al ingerirlos y que le produzcan bronco aspiraciones.

Con la medicación pautada se ha reducido parte del picor.

El tratamiento contra el dolor no ha sido suficiente y la familia ha solicitado un seguimiento desde la Unidad del Dolor, pautándole parches analgésicos, con lo que se ha mejorado la conciliación del sueño.

La relación entre cuidador y paciente ha mejorado notablemente.

Gracias a los diferentes dispositivos de protección empleados, se ha conseguido reducir el riesgo caídas.

7_ CONCLUSIÓN

La mayoría de familias y cuidadores principales de un enfermo de ataxia de Friedreich tienen un gran desconocimiento de la enfermedad, por lo que es importante disponer de un plan de cuidados individualizado que nos permita conocer las necesidades básicas de cada paciente según su etapa de la enfermedad y actuar en consecuencia.

Debido a que se trata de una enfermedad degenerativa para la que actualmente no existe una cura, la prevención de posibles complicaciones es una de las fórmulas encaminadas a mejorar su calidad de vida.

8_ DISCUSIÓN

Llevar a cabo este plan de cuidados contribuirá a que los profesionales encargados de los cuidados de un enfermo con ataxia de Friedreich sean capaces de afrontar los problemas que ocasiona dicha enfermedad, mitigando en la medida de lo posible sus efectos.

Cabe resaltar la escasa bibliografía existente acerca de esta enfermedad, lo que hace necesaria una mayor investigación.

Al poner en práctica este plan de cuidados hemos conseguido que la paciente mejore su relación con los cuidadores de la residencia y hemos reducido los

riesgos que conlleva la enfermedad, por lo que considero de vital importancia continuar aplicando este proceso enfermero.

9_BIBLIOGRAFÍA

(1) Ortiz SD, Rojas CA. Ataxia de Friedreich. Rev. Act. Clin. Med. 2014;45. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682014000600004&script=sci_arttext

(2) MedlinePlus.gov. Autosómico recesivo [sede Web]. Rockville Pike, Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina; 1993 [actualizada el 9 de mayo de 2017; acceso 16 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002052.htm>

(3) MedlinePlus.gov. Ataxia de Friedreich [sede Web]. Estados Unidos: Biblioteca Nacional de Medicina; [30 de noviembre de 2016; acceso 21 febrero de 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/friedreichsataxia.html>

(4) Kearney M, Orrell R, Fahey M, Brassington R, Pandolfo M. Pharmacological treatments for Friedreich ataxia. En: John Wiley & Sons, Ltd, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: Wiley; 2016.

Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007791.pub4/abstract>

(5) Toso M. Desgaste hereditario en áreas cerebrales y médula espinal. Hispano-Ataxia [revista en Internet]*.2009 noviembre [20 febrero];

Disponible en: <http://www.ataxia-y-ataxicos.es/HA/NEWFA/ZYFAN-06.htm>

(6) Moffitt M. Hechos sobre la ataxia de Friedreich. [monografía en Internet]*:MDA; 2010 [acceso 20 de febrero de 2017].

Disponible en: https://www.mda.org/sites/default/files/publications/Facts_FA_Spanish.pdf

(7) Pandolfo M. Friedreich's Ataxia. En: Wells RD, Ashizawa T, editores. Genetic Instabilities Neurological Diseases. 2ª ed. Estados Unidos: Elsevier; 2006. p. 277-96.

Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/book/9780123694621#ancpart6>

(8) Arias M. Claves para afrontar el reto diagnóstico de las heredoataxias recesivas. Elsevier [revista en Internet]. 2016 [acceso 19 de febrero de 2017];

Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485316301086>

(9) Bürk K. Friedreich Ataxia: current status and future prospects [sede Web]. Kassel, Germany: Pubmed; [7 de abril de 2017; 21 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28405347>

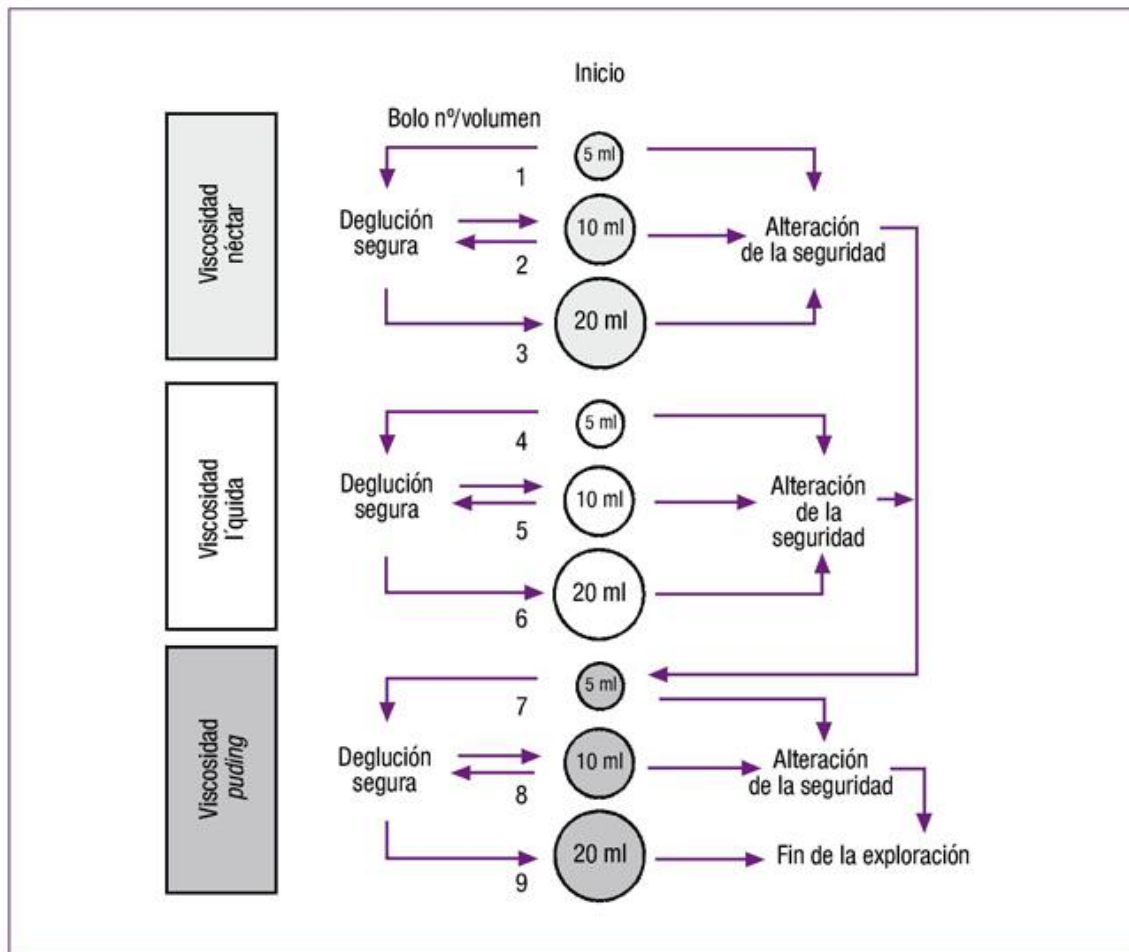
(10) Herdman TH. Diagnósticos enfermeros de NANDA-I 2012-2014. En: Heather T, editor del libro. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012. p.145-485.

(11) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Taxonomía NOC. En: Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009. p.135-788.

(12) Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Taxonomía de las intervenciones de enfermería. En: Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009. p.76-793.

10_ANEXOS

Anexo 1: Test volumen viscosidad MECV-V



RESULTADOS:

- Paciente SIN alteración de la seguridad y eficacia: NO EXISTE DISFAGIA.
- Paciente CON alteración de la EFICACIA pero NO de SEGURIDAD: EXISTE DISFAGIA OROFARÍNGEA, puede peligrar el estado nutricional y de hidratación y el bolo más eficaz es la viscosidad más baja y volumen más alto que degluta sin problemas.
- Paciente CON alteración de la SEGURIDAD: EXISTE DISFAGIA OROFARÍNGEA, presenta signos de probable aspiración y el bolo más eficaz es la viscosidad que degluta sin presentar signos de aspiración.

Anexo 2: Índice de Barthel

COMER	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5	NECESITA AYUDA para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo
0	DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona
VESTIRSE	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
5	NECESITA AYUDA. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	DEPENDIENTE.
ARREGLARSE	
5	INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
0	DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda
DEPOSICIÓN	
10	CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia.
5	ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
0	INCONTINENTE.
MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)	
10	CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí sólo.
5	ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.
0	INCONTINENTE.
IR AL RETRETE	
10	INDEPENDIENTE. Entra y sale sólo y no necesita ayuda de otra persona
5	NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo.
0	DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor.
TRASLADO SILLÓN – CAMA (Transferencias)	
15	INDEPENDIENTE. No precisa ayuda
10	MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
5	GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
0	DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.
DEAMBULACIÓN	
15	INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sólo.
10	NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.
5	INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.
0	DEPENDIENTE
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
5	NECESITA AYUDA
0	DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones.
<20: dependencia total; 20-40: dependencia grave; 45-55: moderada; 60 o más: leve	

Figura 19. Índice de Barthel. Actividades básicas de la vida diaria.

Anexo 3: Escala de Yesavage

Escala de Yesavage		
Escala de depresión geriátrica de Yesavage		
ítem	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra á menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO
Puntuación total:		
0 - 10: Normal.		
11 - 14: Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%).		
> 14: Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).		

Anexo 4: Escala de Norton

ESTADO FÍSICO GENERAL	Bueno	4
	Regular	3
	Malo	2
	Muy Malo	1
ESTADO MENTAL	Alerta	4
	Apático	3
	Confuso	2
	Estuporoso y Comatoso	1
MOVILIDAD	Total	4
	Disminuida	3
	Muy limitada	2
	Inmóvil	1
ACTIVIDAD	Ambulante	4
	Camina con ayuda	3
	Sentado	2
	Encamado	1
INCONTINENCIA	Ninguna	4
	Ocasional	3
	Urinaria o Fecal	2
	Urinaria y Fecal	1
RESULTADO =		

RESULTADOS:

<12: Riesgo muy alto de UPP.

[12-14]: Riesgo medio de UPP.

>14: Riesgo mínimo/no riesgo de UPP.

Anexo 5: Escala EVA

