

Plan de
cuidados
al paciente
con vejiga
neurógena
basado en el
modelo AREA

GRUPO C.A.B.
(Coloplast Advisory Board)

Plan de cuidados al paciente con vejiga neurógena basado en el modelo AREA

GRUPO C.A.B. (Coloplast Advisory Board)

El Grupo CAB (Coloplast Advisory Board) es un grupo de trabajo formado por enfermeros expertos en el ámbito de la urología y/o la lesión medular de todo el territorio nacional.

El presente trabajo surgió de las inquietudes compartidas por dichos profesionales y como continuación al Plan de cuidados al paciente con vejiga neurógena a través del modelo AREA (Análisis del Resultado del Estado Actual) para priorizar tanto diagnósticos NANDA como resultados NOC.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial nos permite prestar los cuidados que demanda el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática.

La práctica de los cuidados ha ido cambiando a lo largo de la historia ha pasado de ser considerado un arte a desarrollar un marco conceptual propio. Por ello, la tendencia universal en la atención de enfermería es realizarla a través de los Planes de Cuidados con el objetivo de unificar los criterios de actuación y procurar el máximo de calidad. De esta manera, no sólo se garantiza la calidad en la atención sino que a la vez se puede cuantificar tanto los tiempos de atención como los costes que estos suponen.

Los planes de cuidados estandarizados se basan en la siguiente afirmación: "ante problemas comunes existen respuestas similares", por lo que dichos planes no presuponen una limitación a la individualización de los cuidados sino que se pueden prestar cuidados de enfermería individualizados adaptando nuestro plan de cuidados estandarizado a cada uno de nuestros pacientes.

Esperamos que este proyecto sea de utilidad para los profesionales implicados en el cuidado del paciente con vejiga neurógena y que les sirva como herramienta de trabajo.

Autores

M ^a Beatriz Saavedra Illobre	Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Coruña
M ^a Montserrat Cuadrado Rebollares	Hospital Universitario de Cruces. Vizcaya
M ^a Isabel Serrano Minguez	Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona
Rosa María Araujo Bernal	Fundación Puigvert. Barcelona
M ^a del Pilar López Guillén	Hospital Universitari Vall d' Hebrón. Barcelona
M ^a Paz Heredero Arranz	Instituto Guttmann. Barcelona
Anibal Blanco Vivo	Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz
M ^a Mercedes Cano Galán	Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid
Ana Delia Ramos Negrin	Hospital Universitario Insular. Gran Canaria
Elena Alcaraz Zomeño	Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid
Elena Morales García	Hospital Fremap Majadahonda. Madrid
Jacoba Bárbara Solera Garriga	Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid
Julio Aparicio Hormigo	Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga
Ricardo Piñeiro Rojas	Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla
M ^a Isabel Núñez Ángulo	Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia
Vicenta M ^a Lluesma Martínez	Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia
Juan Carlos Ariza Lahuerta	Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza
M ^a Ascensión Crespo García	Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Coordinación del proyecto

Gemma Yagüe de Antonio

Revisor

Dr. José Luis Cobos Serrano

Avalado por:

AEEU - Asociación Española de Enfermería en Urología



ASELME - Asociación Española de Enfermería especializada en la Lesión Medular Espinal



© 2019 Coloplast Productos Médicos, S.A.
(Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio o soporte sin la expresa autorización del propietario)
EDITA: Coloplast Productos Médicos, S.A.
I.S.B.N: 978-84-091-14662-8
DEPÓSITO LEGAL: M-30876-2019

Contenido

	Página
1 Introducción	4
2 Objetivos	6
3 Metodología	6
4 Procesos del paciente con VN	8
4.1 Fase de urodinamia	
4.2 Fase de hospitalización	
4.3 Fase de seguimiento en consultas	
5 Resultados	9
6 Conclusiones	9
7 Bibliografía	10
8 Bibliografía consultada	10
9 Planes de cuidados	12
9.1 Plan de cuidados al paciente con vejiga neurógena en la fase de urodinamia	
9.2 Plan de cuidados al paciente con vejiga neurógena en la fase de hospitalización	
9.3 Plan de cuidados al paciente con vejiga neurógena en la fase de seguimiento en consultas	

Introducción

La vejiga es un órgano hueco que se encuentra en la pelvis, o abdomen inferior. La vejiga tiene dos funciones importantes¹:

- Ayuda a almacenar la orina
- Cuando se llena, llega la urgencia por orinar, y la vejiga se vacía por completo sin ninguna pérdida o fuga

La vejiga neurógena es la alteración de la dinámica miccional cuyo origen está en el sistema nervioso, excluyendo los factores psicógenos. Actualmente se habla de disfunción neurógena del tracto urinario inferior (DNTUI)².

Orinar puede ser un proceso anormal si la vejiga no puede vaciarse por completo o si se vacía antes de que se llegue al cuarto de baño. También puede haber pérdidas antes o después de orinar, debido a los problemas con el control de la vejiga¹.

La función del tracto urinario inferior es básicamente almacenar y excretar la orina, y está regulada por el sistema nervioso. Cualquier lesión a ese nivel, incluyendo nervios periféricos de la pelvis, puede ocasionar una disfunción neurógena del tracto urinario inferior².

Dependiendo de la extensión y la localización, produce mayor o menor sintomatología. Es importante resaltar que la DNTUI puede causar complicaciones a largo plazo, siendo la más peligrosa el daño permanente de la función renal. Por tanto, es muy importante la identificación de este tipo de paciente para establecer su riesgo y posibles complicaciones asociadas².

No existen datos fiables en cuanto a la prevalencia en población general de DNTUI porque mayoritariamente están en relación a la patología causal. Es importante destacar que se tratan de datos de amplios rangos de prevalencia debido al bajo nivel de evidencia en la mayoría de las publicaciones y sus pequeños tamaños muestrales².

La prevalencia media estimada en pacientes con mielomeningocele es del 90-97%; en enfermedad de Parkinson es del 37,9-70% a los 5 años; en enfermedades desmielinizantes, del 50-90%; en ACV del 53% a los 3 meses con caída al 20-30% a los 6 meses. Como dato a destacar, se estima que el 50% de los diabéticos desarrollan neuropatía diabética, y de estos, del 75-100% síntomas de DNTUI, siendo de mayor riesgo la DM tipo 2².

Hay dos tipos principales de problemas con el control

de la vejiga que están asociados a la vejiga neurógena (VN). Dependiendo de los nervios que estén afectados y la naturaleza del daño, la vejiga se vuelve bien hiperactiva (espástica o hiper-reflexiva) o hipoactiva (flácida o hipotónica)¹.

Las principales causas de VN son:

- Lesiones cerebrales: ACVA, Parkinson, senilidad, tumores, traumatismos craneoencefálicos y cirugías neurológicas
- Lesiones medulares: Esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), lesión medular (paraplejías y tetraplejías, mielomeningocele y meningocele)
- Lesiones periféricas: Diabetes Mellitus, amputaciones de recto y otros traumatismos

Según la definición de la International Continence Society (ICS) 2002 la vejiga hiperactiva (VH) es un síndrome cuyos síntomas incluyen urgencia miccional, con o sin incontinencia urinaria de urgencia, generalmente acompañada de frecuencia miccional aumentada y nicturia. Estas combinaciones de síntomas son indicativas de hiperactividad del detrusor demostrable urodinámicamente, aunque también pueden deberse a otras formas de disfunción uretrovesical, o acompañar a otras patologías urológicas o generales^{1,2}.

En nuestro país, el estudio cooperativo EPICC de la Asociación Española de Urología situó la prevalencia de VH en el 6 % de las mujeres entre 25 y 64 años, y en el 4,6 % en varones entre 50 y 64 años^{1,7}. En el mismo estudio, en personas mayores de 65 años institucionalizadas, las cifras fueron significativamente más elevadas, con una prevalencia casi del 40 % en mujeres y del 35 % en varones. La prevalencia de la VH se estima en un 11,8 % de la población general, con tasas similares en mujeres y varones, afectando a más de 400 millones de personas en el mundo. La prevalencia aumenta con la edad^{3,4}.

Queda patente que la VH es un problema con una prevalencia trascendente y que genera un importante impacto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes y sus familiares o cuidadores, ya que afecta a las funciones sociales, sexuales, a las relaciones interpersonales y a la vida laboral. Por tanto, la VH se asocia a un alto impacto socioeconómico tanto para los pacientes como para instituciones sanitarias y resto de la sociedad^{5,6}.

Las vejigas neurogénicas hipoactivas se comportan de la manera contraria. La vejiga pierde la capacidad de vaciarse como debe y se llena más de su capacidad

normal. En cierto punto, la presión de la orina en la vejiga supera la capacidad del músculo del esfínter de retener la orina, y ésta se filtra. Las vejigas hipoactivas fallan a la hora de vaciarse por completo y aguantar la orina².

Desde un punto de vista clínico, esto supone que todos estos pacientes presentan una incontinencia urinaria además de otros innumerables problemas de salud asociados a sus procesos patológicos, que complican el manejo de la VN².

Ante tanta diversidad y dificultad, la enfermera se convierte en un profesional clave para la atención sanitaria a este tipo de pacientes por: la alta cronicidad, edad avanzada, pluripatología y la gran demanda de cuidados¹.

La enfermería goza de un modelo propio de desarrollo profesional basado en el método científico ideado por y para enfermeras, siendo su base la misma que para cualquier ciencia¹⁵.

Una de las características definitorias de una disciplina profesional es la de utilizar una metodología propia para resolver los problemas de su competencia¹⁰.

El abordaje sistemático utilizado para resolver un problema o responder a una pregunta, adoptado por las diversas disciplinas, es la denominada metodología científica que, al aplicarse a nuestro ámbito, ha recibido el nombre de proceso enfermero (PE)¹⁰.

El PE es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados¹⁰.

Como todo proceso, desde el punto operativo consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente. Son cinco¹⁰:

- Valoración: Proceso organizado y sistemático por el que se obtienen datos significativos de la persona, familia y comunidad, con la finalidad de detectar problemas que pueden y deben de ser resueltos con cuidados de enfermería
- Diagnóstico. Esta etapa comprende el análisis de los datos y formulación de un juicio o conclusión sobre la situación del paciente, diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales
- Planificación: Identificar y enunciar los objetivos que se han de conseguir y las intervenciones más adecuadas para lograrlos
- Ejecución: Puesta en marcha del plan de cuidados.
- Evaluación: Determinación de la eficacia de la intervención en términos de logro de los objetivos propuestos

La estandarización de los cuidados a los pacientes con VN refleja la línea de decisión y de actuación por parte

de las enfermeras/os para posteriormente adaptarlos de forma coordinada a los flujos de trabajo definidos en las áreas de producción clínica o asistencial. Su aplicación, en forma de planes de cuidados estandarizados (PCE), supone la normalización/protocolización de los cuidados de enfermería, reduciendo la variabilidad en la práctica asistencial¹⁵.

Los PCE son pautas detalladas, fundamentados en el PE como método de solución de problemas que, guían a la enfermera para intervenir en una situación determinada y homogenizan los cuidados para una categoría precisa de pacientes o población susceptible, garantizando una calidad en su prestación¹⁵.

Facilitan la gestión de la calidad de los cuidados prestados y la administración de los recursos sanitarios (imputación de costes enfermeros, consumo de recursos materiales) al conocer anticipadamente las necesidades de cuidados de los usuarios a quienes van dirigidos, optimizando, a la vez, la continuidad asistencial al definir una cronología de la atención y cuidados.

En las Organizaciones de servicios sanitarios que están trabajando en la aplicación de la metodología de la Gestión por Procesos se incorporan los PCE al proceso asistencial, una vez que éste ha sido definido y delimitado, estableciendo un principio y un fin e identificando a todos los profesionales participantes como elementos decisivos del mismo, lo que supone un paso adelante hacia la Gestión de la Calidad Total¹⁵.

La evaluación del plan de cuidados es la comparación planificada y sistematizada de las decisiones previas sobre los resultados alcanzados, analizándolos e introduciendo los cambios necesarios con el objetivo de conseguir lo esperado. Ahí, radica la importancia de registrar la actividad derivada del Plan de Cuidados.

La evaluación se caracteriza por realizarla durante la atención o asistencia de forma continua, con el fin de actualizar el plan de acuerdo a las necesidades del paciente/usuario. Es llevar a la práctica la individualización del plan de cuidados¹⁵.

En los últimos años la calidad y la seguridad se han convertido en una preocupación creciente y una prioridad de los sistemas sanitarios. La seguridad clínica es uno de los componentes esenciales de la calidad científico-técnica, una de sus dimensiones clave que debe ser considerada de forma transversal¹⁵.

Gestionar cuidados dentro de un marco de seguridad y calidad, implica utilizar y adoptar una metodología sistemática en nuestra actividad diaria como herramienta de trabajo, que permita:

- Detectar a tiempo los diagnósticos de enfermería del paciente adulto con diagnóstico de vejiga neurológica y resolverlos de forma eficiente

- Establecer un plan de cuidados y realizar una evaluación sistemática; el cumplimiento de los objetivos establecidos y la eficacia de las intervenciones aplicadas, identificando los factores que facilitan o dificultan dicho proceso
- Unificar el uso de un lenguaje común que permita la comunicación entre los distintos profesionales y niveles asistenciales, mediante la aplicación de los lenguajes normalizados, taxonomía enfermeras de diagnósticos, NANDA Internacional¹¹, la clasificación de intervenciones enfermeras (Nursing

Interventions Classification, NIC)¹³, y la clasificación de resultados enfermeros (Nursing Outcomes Classification, NOC)¹²

En todo este proceso hay que utilizar el pensamiento crítico que, nos permitirá priorizar los problemas detectados para dar respuesta a las principales necesidades, teniendo siempre presente que el centro de nuestra atención es el paciente y siendo el cuidado nuestro campo de conocimiento.

2 Objetivos

2.1 General:

- Normalizar la práctica clínica en el proceso del paciente con vejiga neurógena.

2.2 Específicos:

- Elaborar tres planes de cuidados según las fases establecidas en el proceso del paciente con VN:
 - Fase de urodinamia
 - Fase de hospitalización
 - Fase de seguimiento en consultas.
- Utilizar un lenguaje estandarizado. Taxonomía NANDA/NOC/NIC.

3 Metodología

Se ha utilizado como estructura de valoración de enfermería los patrones funcionales de M. Gordon, y como lenguaje normalizado la Taxonomías NANDA/NOC/NIC.

Se ha llevado a cabo a través de una metodología activa participativa con reuniones planificadas y panel de expertos.

La valoración de enfermería está implícita en los anexos de elaboración de los planes planes de cuidados.

Como priorización diagnóstica nos hemos basado en la aplicación del Modelo Área.

El Dr. Pesut define el modelo "Análisis de Resultado del Estado Actual" como una tercera generación en el PE, él considera que ha evolucionado desde un enfoque basado en problemas hacia un enfoque basado en resultados. Es un modelo que resulta muy útil cuando nos encontramos con un número elevado de diagnósticos, pues a través de la creación de una "red de razonamiento" se puede detectar cual es el problema principal^{15,16,17}.

Para llegar a ello se representan gráficamente las relaciones que existen entre los diferentes diagnósticos y el elemento central, al mismo tiempo que se establecen relaciones entre los distintos diagnósticos enfermeros^{15,16,17}.



4 Procesos del paciente con Vejiga Neurógena

Hay que tener en cuenta que el paciente con VN pasa por tres fases bien diferenciados, independientemente de su patología, que aunque van a ser nuestro nexo común para el desarrollo de los planes de cuidados.

En primer lugar, el proceso de **diagnóstico** que se realiza a través de pruebas funcionales (**urodinamia**).

En segundo lugar, la fase de tratamiento que en la mayoría de los casos se realiza durante la **hospitalización**.

En tercer lugar, el **seguimiento en consultas**. Aquí las variables que van a afectar al cuidado dependerán de las dificultades que encuentre el paciente para adaptarse a su vida diaria. Dichas dificultades pueden ir desde el deterioro de la movilidad, el manejo de la incontinencia, el temor hasta la disfunción sexual.

4.1 Fase de urodinamia

El proceso de diagnóstico de la VN se realiza mediante pruebas funcionales en la sala de urodinámica.

Las principales pruebas diagnósticas que realizamos son:

- Flujometría
 - Estudio urodinámico con o sin electromiograma
 - Videourodinamia
- También se realiza un valoración inicial integral para recoger datos subjetivos y objetivos, tales como:
- La historia clínica general
 - Exploración física
 - Diario miccional
 - Cuestionarios de calidad de vida (ICIQ-SF) y salud subjetiva
 - Nivel de ansiedad o temor ante la prueba

En general todo lo relativo al ámbito bio-psico-social del paciente.

En esta fase, durante el estudio urodinámico, el contacto con el paciente es corto, pero las características de esta atención también se adaptan a la metodología enfermera, identificando diagnósticos de enfermería claves, y elaborando el pertinente PCE.

Es muy importante valorar la capacidad de

aprendizaje del paciente, porque de ella dependerá en un futuro, gran parte de su autonomía y adherencia terapéutica.

4.2 Fase de hospitalización

Estos pacientes tienen una complejidad en sus cuidados debido a las siguientes circunstancias:

- Son pacientes que con frecuencia deberán tomar fármacos y realizar una serie de medidas de tratamiento no farmacológico durante toda su vida. Alta comorbilidad
- Influencia del estado de autoestima y de adaptación a la enfermedad en la adherencia terapéutica
- Requieren de una valoración estricta de la piel mediante escalas validadas para medir el riesgo de desarrollar lesiones en la piel (Braden). Presentan un riesgo elevado de desarrollar úlceras por presión
- Existe una elevada incidencia de problemas derivados de la inmovilidad (anquilosamiento, dificultad en la eliminación de secreciones respiratorias, estreñimiento, etc)
- Necesitan un sistema de apoyo parcial y soporte en el domicilio
- Dolor crónico
- Deterioro progresivo, alteraciones cognitivas
- Problemas para afrontar la nueva situación de vida
- Sensación de desesperanza e impotencia
- Negación de sus valores culturales y religiosos

Se ven afectados gran número de patrones funcionales habiéndose identificado los claves según el modelo área.

4.3 Fase de seguimiento en consultas

Nos encontramos ante el seguimiento del paciente en consultas tras el alta hospitalaria. Hay que tener en cuenta que no todos los pacientes con VN requerirán de ingresos hospitalarios.

En esta fase, las principales variables que van a afectar al cuidado del paciente dependerán de las dificultades que presente para adaptarse a su vida diaria.

En este momento es muy importante la alteración en el patrón de Percepción-Manejo de la salud, como maneja el paciente sus cuidados y los integra en su vida, así como también el de Rol-Relaciones. El papel

de la familia y la pareja, siempre que sea posible, serán pilares fundamentales para la recuperación del paciente.

El patrón funcional de Actividad-Ejercicio va a ser importante para valorar en qué medida podrá realizar las actividades básicas de la vida diaria y detectar las barreras físicas o arquitectónicas en su domicilio y ambiente más cercano, ya que es fundamental que

pueda desplazarse para llevar a cabo una vida normal. No hay que olvidar que, todos estos pacientes tienen un mayor riesgo de sufrir ciertas patologías del sistema urinario que, también van a condicionar sus cuidados.

Principalmente tendremos en cuenta las infecciones del tracto urinario, tanto inferior como superior. Para prevenirlas serán imprescindibles las medidas higiénicas y de máxima asepsia.

Resultados

La elaboración de tres planes de cuidados según las tres fases identificadas en el proceso del paciente con VN, estableciendo los diagnósticos claves en cada uno de ellos y utilizando como lenguaje estandarizado, la Taxonomía NANDA/NOC/NIC:

- Plan de cuidados al paciente con vejiga neurógena en la fase de urodinamia
- Plan de cuidados al paciente con vejiga neurógena en la fase de hospitalización

- Plan de cuidados al paciente con vejiga neurógena en la fase de seguimiento en consultas

La aplicación de estos planes estandarizados en la práctica habitual permitirá individualizarlos a cada paciente, según el plan de autocuidado identificado en la valoración de enfermería.

Conclusiones

El paciente con VN demanda unos cuidados individualizados que se adapten al proceso de la enfermedad concreta y a la etapa del estado de salud.

El PCE recoge los diagnósticos más prevalentes, los resultados e indicadores claves, y las intervenciones adecuadas para la resolución de los problemas identificados en cada fase.

El objetivo con cada paciente será la prestación de cuidados integrales e individualizados, obteniendo unos resultados sensibles a la práctica enfermera que sean medibles.

Al realizar estos planes de cuidados se ha constatado la importancia de que las enfermeras consensuen los cuidados adecuados a este tipo de pacientes, asegurando un cuidado holístico y evitando la variabilidad.

La utilización de una metodología de trabajo y la elaboración de PCE basados en el consenso de expertos permiten, partiendo de respuestas comunes en el paciente

con VN, buscar la respuesta individual para prestar unos cuidados integrales y personalizados de manera eficiente. Los tres planes de cuidados elaborados para las distintas etapas (urodinamia, hospitalización y seguimiento en consultas) nos servirán de guía para ser más precisos en la detección de diagnósticos enfermeros, así como en la planificación de intervenciones necesarias y en el seguimiento de los resultados esperados. De esta manera, además de unificar criterios, podremos cuantificar los recursos necesarios en el proceso.

Sería importante contar con una aplicación informática con registros estructurados que ayuden a valorar al paciente y a llevar a cabo estos planes de cuidados en la práctica diaria, documentando toda la información del proceso y permitiendo la evaluación y el seguimiento de los resultados enfermeros.

Esperamos que estos planes reviertan en la calidad de la atención al paciente con VN, y que sirvan para evidenciar el importante rol de la enfermera en su proceso de recuperación.



Bibliografía

1. <http://www.clevelandclinic.org/health/shic/html/s15133.asp>
2. <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/vejiga-neurogena>.
3. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, et al; Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn.* 2002;21(2):167-78.
4. Guía Vejiga Hiperactiva de la AEU. Año 2015.
5. Irwin DE, Abrams P, Milsom I, Kopp Z, Reilly K. Understanding the elements of overactive bladder: questions raised by the EPIC study. *BJU Int.* 2008.
6. Irwin DE, Kopp ZS, Agatep B, Milsom I, Abrams P. Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction. *BJU Int.* 2011.
7. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol.* 2006.
8. Coyne KS, Sexton CC, Thompson CL, et al. The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden. *BJU Int.* 2009.
9. Martínez Agullo E, Ruiz Cerda JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, et al. Prevalence of urinary incontinence and hyperactive bladder in the Spanish population: results of the EPICC study. *Actas Urol Esp.* 2009.
10. Luis Rodrigo, MT; Fernández Ferrín, C y Navarro Gómez, MV. De la Teoría a la Práctica. El pensamiento de Virginia Henserdon en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona: MASSON; 2005
11. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 2015-2017. Barcelona
12. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
13. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
14. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquete A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 2005.
15. Rubio Gómez I; Muñoz Menor AJ; Lillo Tejada P. El proceso enfermero. En*: SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Área de Investigación, Docencia y Formación. Manual de calidad Asistencial. SESCAM: AD-MEDIOS; 2009. 351-380.
16. Bellido Vallejo JC. Sobre el modelo AREA y el Proceso Enfermero. *Inquietudes* nº 35. 2006; p.21
17. Asociación Española de Nomenclatura, contraponen al proceso enfermero, es más taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. V Jornadas de Trabajo AENTDE. Razonamiento facilitar clínico: arte y ciencia ¿Qué hacer cuando nos salen demasiados diagnósticos?. Documentación de apoyo. AENTDE. Toledo octubre 2005.
18. Espinosa i Fresnedo C. Entrevista a Daniel Pesut. El modelo AREA. El modelo AREA es la se abre un evolución del PAE que se centra en los resultados. AENTDE. Diciembre 2005.



Bibliografía consultada

1. Cardenito-Moyet, LJ. Planes de Cuidados y documentación clínica en enfermería. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 2005. p. 3-27
2. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto NIPE: Resultado del estudio de 100 GDR. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
4. Arlandis Guzman S, Barrera Chacón MJ; Benito Penalva J et al. Manual sobre el manejo clínico de la disfunción vesicouretral neurógena en la lesión medular. Coloplast Productos Médicos S.A; 2011.
5. Alcántara Montero A, de Pinto Benito A. La lesión medular, vejiga e intestino. Coloplast Productos Médicos, S.A.; 2001.
6. Esclarín de Ruz A, Arzor Lezaun T, Gil Agudo AM et al. Lesión medular. Enfoque multidisciplinario. Panamericana; 2009.
7. Marriner-Tomey. "Modelos y teorías en enfermería". 5ª Edición, España, 2003.
8. Alfaro-LeFevre R. Pensamiento y juicio clínico en enfermería. Un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados. Cuarta Edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2009.



9 Planes de cuidados

9.1 Plan de cuidados al paciente con vejiga neurógena en la fase de urodinamia

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO			
Nombre	VEJIGA NEURÓGENA		
Población Diana	Paciente con vejiga neurógena. Fase de urodinamia		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados/NOC (1)	Intervenciones/Actividades NIC (2)	Evaluación/Modificación (Indicadores)
00010 Riesgo de disreflexia autónoma R/C: - Disinergia del esfínter - Distensión vesical	0910 Estado neurológico: autónomo	2560 Manejo de la disreflexia - Observar si hay signos y síntomas de disreflexia autónoma (p. ej., hipertensión paroxística, bradicardia, taquicardia, diaforesis por encima del nivel de la lesión, rubefacción facial, palidez por debajo del nivel de la lesión, cefalea, congestión nasal, congestión de los vasos temporales y del cuello, congestión de la conjuntiva, escalofríos sin fiebre, erección pilomotor y dolor torácico) - Colocar la cabecera de la cama en posición vertical, según corresponda, para disminuir la presión arterial y estimular el retorno venoso cerebral - Identificar y minimizar los estímulos que puedan precipitar la disreflexia (p. ej., distensión de la vejiga, cálculos renales, infección, impactación fecal, exploración rectal, inserción de supositorios, desgarro de piel y ropa ajustada o ropa de cama ajustada) - Administrar antihipertensivos por vía intravenosa, según prescripción - Quedarse con el paciente y monitorizar su estado cada 3-5 minutos si se produce hiperreflexia	0910 Estado neurológico: autónomo - 091022 Cefaleas Escala n, desde Grave hasta Ninguno - 091002 Presión arterial sistólica - 091003 Presión arterial diastólica - 091001 Frecuencia cardíaca apical - 091007 Patrón de respuesta a la transpiración - 091008 Patrón de respuesta a la piloerección <i>Escala a, desde Gravemente comprometido a No comprometido.</i>
00148 Temor R/C: - Entorno desconocido M/P: - Aumento de la sudoración - Inquietud - Impaciencia - Aumento de la alerta - Aumento de la frecuencia respiratoria	1210 Nivel de miedo	5820 Disminución de la ansiedad - Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento - Crear un ambiente que facilite la confianza - Escuchar con atención - Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo 5240 Asesoramiento - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto - Demostrar empatía, calidez y sinceridad - Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad - Proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda - Favorecer la expresión de sentimientos	1210 Nivel de miedo - 1210015 Inquietud - 121020 Sudoración - 121031 Temor verbalizado - 121018 Aumento de la frecuencia respiratoria <i>Escala n, desde Grave hasta Ninguno.</i>
En todas las tablas: (1) CRE/NOC: Clasificación de resultados de enfermería (2) CIE/NIC: Clasificación de intervenciones de enfermería			

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO			
Nombre	VEJIGA NEURÓGENA		
Población Diana	Paciente con vejiga neurógena. Fase de urodinamia		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados/NOC (1)	Intervenciones/Actividades NIC (2)	Evaluación/Modificación (Indicadores)
00148 Temor R/C: - Entorno desconocido M/P: - Aumento de la sudoración - Inquietud - Impaciencia - Aumento de la alerta - Aumento de la frecuencia respiratoria	1210 Nivel de miedo	5820 Disminución de la ansiedad - Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento - Crear un ambiente que facilite la confianza - Escuchar con atención - Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo 5240 Asesoramiento - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto - Demostrar empatía, calidez y sinceridad - Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad - Proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda - Favorecer la expresión de sentimientos	1210 Nivel de miedo - 1210015 Inquietud - 121020 Sudoración - 121031 Temor verbalizado - 121018 Aumento de la frecuencia respiratoria <i>Escala n, desde Grave hasta Ninguno.</i>
00004 Riesgo de Infección R/C: - Procedimientos invasivos	0703 Severidad de la infección	6540 Control de infecciones - Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado - Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes - Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado - Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado - Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal - Poner en práctica precauciones universales - Usar guantes estériles, según corresponda - Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes 1876 Cuidados del catéter urinario - Irrigar el sistema del catéter urinario usando una técnica estéril adecuada - Observar si hay distensión vesical. - Mantener una higiene de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del catéter. - Asegurarse de que la bolsa de drenaje se sitúa por debajo del nivel de la vejiga 6610 Identificación de riesgos - Aplicar las actividades de reducción del riesgo - Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería	0703 Severidad de la infección - 070306 Piuria - 070307 Fiebre - 070311 Malestar general - 070333 Dolor <i>Escala n, desde Grave hasta Ninguno.</i>

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO			
Nombre	VEJIGA NEURÓGENA		
Población Diana	Paciente con vejiga neurógena. Fase de urodinamia		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados/NOC (1)	Intervenciones/Actividades NIC (2)	Evaluación/Modificación (Indicadores)
<p>00132 Dolor agudo R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agentes lesivos físicos (p. ej., absceso, amputación, quemadura, corte, levantar objetos pesados, procesos quirúrgicos, traumatismos, sobreentrenamiento, cateterización) <p>M/P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expresión facial de dolor (p. ej., ojos sin brillo, mirada abatida, movimientos fijos o escasos, muecas) - Conducta expresiva (p. ej., inquietud, llanto, vigilancia) - Conducta defensiva 	2102 Nivel de dolor	<p>5820 Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo - Escuchar con atención - Crear un ambiente que facilite la confianza - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad - Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda - Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad <p>1400 Manejo del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes - Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no puedan comunicarse verbalmente - Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes - Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor - Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor - Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan los antecedentes - Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo - Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia dolorosa - Utilizar medidas de control del dolor antes de que éste sea muy intenso - Mediar antes de una actividad para aumentar la participación 	<p>2102 Nivel de dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> - 210201 Dolor referido - 210206 Expresiones faciales de dolor <p><i>Escala n, desde Grave hasta Ninguno.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 210214 Sudoración <p><i>Escala b, desde Desviación grave del rango normal hasta Sin desviación del rango normal.</i></p>

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO			
Nombre	VEJIGA NEURÓGENA		
Población Diana	Paciente con vejiga neurógena. Fase de urodinamia		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados/NOC (1)	Intervenciones/Actividades NIC (2)	Evaluación/Modificación (Indicadores)
<p>00126 Conocimientos deficientes</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No sigue completamente las instrucciones - Información insuficiente - Información errónea proporcionada por otros <p>M/P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento insuficiente - Rendimiento inadecuado en una prueba 	<p>3012 Satisfacción del paciente/usuario: Enseñanza</p>	<p>5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente/allegados acerca de la duración esperada del procedimiento/tratamiento - Informar al paciente/allegados sobre la persona que realizará el procedimiento/tratamiento - Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado, si es el caso - Explicar el procedimiento/tratamiento - Enseñar al paciente cómo cooperar/participar durante el procedimiento/tratamiento, según corresponda - Describir las valoraciones/actividades posteriores al procedimiento/tratamiento y el fundamento de las mismas - Informar sobre cuándo y dónde estarán disponibles los resultados y la persona que los explicará - Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes - Incluir a la familia/allegados, si resulta oportuno 	<p>3012 Satisfacción del paciente/usuario: Enseñanza</p> <ul style="list-style-type: none"> - 301203 Explicación de pruebas diagnósticas y preparación - 301206 Explicación de los efectos secundarios de las medicaciones terapéuticas - 301211 Información proporcionada sobre signos de complicaciones - 301223 Explicación de los cuidados de enfermería <p><i>Escala s, desde No del todo satisfecho a Completamente satisfecho.</i></p> <p>1844 Conocimiento: manejo de la enfermedad aguda</p> <ul style="list-style-type: none"> - 184401 Causa y factores contribuyentes - 184402 Curso habitual de la enfermedad - 184404 Signos y síntomas de la enfermedad - 184405 Signos y síntomas de las complicaciones - 184408 Estrategias para manejar el confort - 184409 Opciones terapéuticas disponibles - 184411 Uso correcto de la medicación prescrita - 184416 Régimen terapéutico - 184424 Cuándo contactar con un profesional sanitario <p><i>Escala u, desde Ningún conocimiento hasta Conocimiento extenso.</i></p>

ESCALA DE EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT) / MODIFICACIÓN					
Diagnóstico de Enfermería: 00010 Riesgo de disreflexia autónoma					
RESULTADO 0910 Estado nerológico: autónomo	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
INDICADORES					
• 091022 Cefaleas	1	2	3	4	5
INDICADORES	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
• 091002 Presión arterial sistólica	1	2	3	4	5
• 091003 Presión arterial diastólica	1	2	3	4	5
• 091001 Frecuencia cardíaca apical.	1	2	3	4	5
• 091007 Patrón de respuesta a la transpiración	1	2	3	4	5
• 091008 Patrón de respuesta a la piloerección	1	2	3	4	5

ESCALA DE EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT) / MODIFICACIÓN					
Diagnóstico de Enfermería: 00148 Temor					
RESULTADO 1210 Nivel de miedo	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
INDICADORES					
• 1210015 Inquietud	1	2	3	4	5
• 121020 Sudoración	1	2	3	4	5
• 121031 Temor verbalizado	1	2	3	4	5
• 121018 Aumento de la frecuencia respiratoria	1	2	3	4	5

ESCALA DE EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT) / MODIFICACIÓN					
Diagnóstico de Enfermería: 00004 Riesgo de Infección					
RESULTADO 0703 Severidad de la infección	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
INDICADORES					
• 070306 Piuria	1	2	3	4	5
• 070307 Fiebre	1	2	3	4	5
• 070311 Malestar general	1	2	3	4	5
• 070333 Dolor	1	2	3	4	5

ESCALA DE EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT) / MODIFICACIÓN

Diagnóstico de Enfermería: 00132 Dolor agudo

RESULTADO 2102 Nivel de dolor	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
INDICADORES					
• 210201 Dolor referido	1	2	3	4	5
• 210206 Expresiones faciales de dolor	1	2	3	4	5
• 210214 Sudoración	Desviación grave del rango normal 1	Desviación sustancial del rango normal 2	Desviación moderada del rango normal 3	Desviación leve del rango normal 4	Sin desviación del rango normal 5

ESCALA DE EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT) / MODIFICACIÓN

Diagnóstico de Enfermería: 00126 Conocimientos deficientes

RESULTADO 3012 Satisfacción del paciente/usuario: Enseñanza	No del todo satisfecho 1	Algo satisfecho 2	Moderadamente satisfecho 3	Muy satisfecho 4	Completamente satisfecho 5
INDICADORES					
• 301203 Explicación de pruebas diagnósticas y preparación	1	2	3	4	5
• 301206 Explicación de los efectos secundarios de las medicaciones terapéuticas	1	2	3	4	5
• 301211 Información proporcionada sobre signos de complicaciones	1	2	3	4	5
• 301223 Explicación de los cuidados de enfermería	1	2	3	4	5

ESCALA DE EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT) / MODIFICACIÓN					
Diagnóstico de Enfermería: 00126 Conocimientos deficientes					
RESULTADO 1844 Conocimiento: manejo de la enfermedad aguda	Ningún conocimiento 1	Conocimiento escaso 2	Conocimiento moderado 3	Conocimiento sustancial 4	Conocimiento extenso 5
INDICADORES					
• 184401 Causa y factores contribuyentes	1	2	3	4	5
• 184402 Curso habitual de la enfermedad	1	2	3	4	5
• 184404 Signos y síntomas de la enfermedad	1	2	3	4	5
• 184405 Signos y síntomas de las complicaciones	1	2	3	4	5
• 184408 Estrategias para manejar el confort	1	2	3	4	5
• 184409 Opciones terapéuticas disponibles	1	2	3	4	5
• 184411 Uso correcto de la medicación prescrita	1	2	3	4	5
• 184416 Régimen terapéutico	1	2	3	4	5
• 184424 Cuando contactar con un profesional sanitario	1	2	3	4	5

9.2 Plan de cuidados al paciente con vejiga neurógena en la fase de hospitalización

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO			
Nombre	VEJIGA NEURÓGENA		
Población Diana	Paciente con vejiga neurógena. Fase de hospitalización		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados/NOC (1)	Intervenciones/Actividades NIC (2)	Evaluación/Modificación (Indicadores)
00153 Riesgo de baja autoestima situacional R/C: <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad física - Cambios del rol social - Deterioro funcional 	1300 Aceptación: estado de salud 1302 Afrontamiento de problemas 1205 Autoestima	4340 Entrenamiento de la asertividad <ul style="list-style-type: none"> - Promover la expresión de pensamientos sentimientos, tanto positivos como negativos - Valorar los esfuerzos en la expresión de sentimientos e ideas - Ayudar a identificar los pensamientos auto derrotistas 5400 Potenciación de la autoestima <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta - Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima - Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación - Observar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda - Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación 	1300 Aceptación: estado de salud <ul style="list-style-type: none"> - 130008 Reconoce la realidad de la situación de salud - 130009 Busca información sobre la salud - 130010 Afrontamiento de la situación de salud <p><i>Escala m, desde Nunca demostrado hasta Siempre demostrado.</i></p> 1302 Afrontamiento de problemas <ul style="list-style-type: none"> - 130203 Verbaliza sensación de control - 130204 Refiere disminución de estrés - 130205 Verbaliza aceptación de la situación. <p><i>Escala m, desde Nunca demostrado hasta Siempre demostrado.</i></p> 1205 Autoestima <ul style="list-style-type: none"> - 120501 Verbalizaciones de autoaceptación - 120507 Comunicación abierta - 120511 Nivel de confianza - 120519 Sentimientos sobre su propia persona <p><i>Escala k, desde Nunca positivo hasta Siempre positivo.</i></p>

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO			
Nombre	VEJIGA NEURÓGENA		
Población Diana	Paciente con vejiga neurógena. Fase de hospitalización		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados/NOC (1)	Intervenciones/Actividades NIC (2)	Evaluación/Modificación (Indicadores)
<p>0078 Gestión ineficaz de la salud R/C: - Complejidad del régimen terapéutico - Déficit de conocimientos</p> <p>M/P: - Dificultad con el régimen terapéutico prescrito</p>	<p>1601 Conducta de cumplimiento</p>	<p>5240 Asesoramiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a que enumere y priorice todas las alternativas posibles al problema - Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos - Demostrar empatía, calidez y sinceridad - Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto - Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades, según corresponda - Favorecer la expresión de sentimientos <p>1800 Ayuda al autocuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada - Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad - Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia - Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente - Considerar la cultura del paciente al fomentar actividades de autocuidado. - Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado - Enseñar a los padres/familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada - Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada <p>5602 Enseñanza: proceso de enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comentar las opciones de terapia/tratamiento - Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad - Dar seguridad sobre el estado del paciente, según corresponda - Describir las posibles complicaciones crónicas, según corresponda - Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda - Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, según corresponda - Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar los síntomas, según corresponda - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico 	<p>1300 Aceptación: estado de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - 130008 Reconoce la realidad de la situación de salud - 130009 Busca información sobre la salud - 130010 Afrontamiento de la situación de salud <p><i>Escala m, desde Nunca demostrado hasta Siempre demostrado.</i></p> <p>1302 Afrontamiento de problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> - 130203 Verbaliza sensación de control - 130204 Refiere disminución de estrés - 130205 Verbaliza aceptación de la situación <p><i>Escala m, desde Nunca demostrado hasta Siempre demostrado.</i></p> <p>1205 Autoestima</p> <ul style="list-style-type: none"> - 120501 Verbalizaciones de autoaceptación. - 120507 Comunicación abierta - 120511 Nivel de confianza - 120519 Sentimientos sobre su propia persona <p><i>Escala k, desde Nunca positivo hasta Siempre positivo.</i></p>

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO			
Nombre	VEJIGA NEURÓGENA		
Población Diana	Paciente con vejiga neurógena. Fase de hospitalización		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados/NOC (1)	Intervenciones/Actividades NIC (2)	Evaluación/Modificación (Indicadores)
00010 Riesgo de disreflexia autónoma R/C: - Estímulos irritativos por debajo del nivel de la lesión	0910 Estado neurológico: autónomo	2560 Manejo de la disreflexia - Observar si hay signos y síntomas de disreflexia autónoma (p. ej., hipertensión paroxística, bradicardia, taquicardia, diaforesis por encima del nivel de la lesión, rubefacción facial, palidez por debajo del nivel de la lesión, cefalea, congestión nasal, congestión de los vasos temporales y del cuello, congestión de la conjuntiva, escalofríos sin fiebre, erección pilomotor y dolor torácico) - Colocar la cabecera de la cama en posición vertical, según corresponda, para disminuir la presión arterial y estimular el retorno venoso cerebral - Identificar y minimizar los estímulos que puedan precipitar la disreflexia (p. ej., distensión de la vejiga, cálculos renales, infección, impactación fecal, exploración rectal, inserción de supositorios, desgarró de piel y ropa ajustada o ropa de cama ajustada) - Administrar antihipertensivos por vía intravenosa, según prescripción - Quedarse con el paciente y monitorizar su estado cada 3-5 minutos si se produce hiperreflexia	0910 Estado neurológico: autónomo - 91002 Presión arterial sistólica - 91003 Presión arterial diastólica - 91007 Patrón de respuesta a la transpiración - 91008 Patrón de respuesta a la piloerección - 91020 Frecuencia cardíaca radial <i>Escala a, desde Gravemente comprometido a No comprometido.</i> - 91022 Cefaleas <i>Escala n, desde Grave hasta Ninguno.</i>
00016 Deterioro de la eliminación urinaria R/C: - Deterioro sensitivo-motor - Multicausalidad - Obstrucción anatómica M/P: - Incontinencia urinaria - Retención urinaria - Urgencia urinaria	0503 Eliminación urinaria	0590 Manejo de la eliminación urinaria - Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda - Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria - Identificar factores que contribuyan a episodios de incontinencia - Anotar la hora de la última eliminación urinaria, según corresponda - Enseñar al paciente/familia a registrar la diuresis, según corresponda - Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar, según corresponda - Enseñar al paciente a beber 250 ml de líquido con las comidas, entre las comidas y al anochecer - Restringir los líquidos, si procede	0503 Eliminación urinaria - 50301 Patrón de eliminación - 50313 Vacía la vejiga completamente <i>Escala a, desde Gravemente comprometido a No comprometido.</i> - 50311 Urgencia para orinar - 50312 Incontinencia urinaria - 50334 Incontinencia por esfuerzo - 50335 Incontinencia por urgencia - 50336 Incontinencia funcional - 50332 Retención urinaria - 50307 Ingesta de líquidos <i>Escala n, desde Grave hasta Ninguno</i>

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO			
Nombre	VEJIGA NEURÓGENA		
Población Diana	Paciente con vejiga neurógena. Fase de hospitalización		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados/NOC (1)	Intervenciones/Actividades NIC (2)	Evaluación/Modificación (Indicadores)
<p>00016 Deterioro de la eliminación urinaria R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deterioro sensitivo-motor - Multicausalidad - Obstrucción anatómica <p>M/P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incontinencia urinaria - Retención urinaria - Urgencia urinaria 	<p>0503 Eliminación urinaria</p>	<p>0610 Cuidados de la incontinencia urinaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia (diuresis, patrón miccional, función cognitiva, problemas urinarios anteriores, residuo postmiccional y medicamentos) - Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones - Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color - Comentar los procedimientos y los resultados esperados con el paciente. - Proporcionar prendas protectoras, si es necesario - Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regular - Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia - Enseñar al paciente/familia a registrar la diuresis y el patrón miccional, según corresponda - Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga (refrescos de cola, café, té y chocolate) - Monitorizar la efectividad de los tratamientos quirúrgico, médico, farmacológico y autoprescrito - Enseñar maneras de evitar el estreñimiento o la impactación fecal - Monitorizar los hábitos intestinales - Remitir al especialista en continencia urinaria, según corresponda 	<p>0503 Eliminación urinaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50301 Patrón de eliminación - 50313 Vacía la vejiga completamente <p><i>Escala a, desde Gravemente comprometido a No comprometido.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 50311 Urgencia para orinar - 50312 Incontinencia urinaria - 50334 Incontinencia por esfuerzo - 50335 Incontinencia por urgencia - 50336 Incontinencia funcional - 50332 Retención urinaria - 50307 Ingesta de líquidos <p><i>Escala n, desde Grave hasta Ninguno</i></p>

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO			
Nombre	VEJIGA NEURÓGENA		
Población Diana	Paciente con vejiga neurógena. Fase de hospitalización		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados/NOC (1)	Intervenciones/Actividades NIC (2)	Evaluación/Modificación (Indicadores)
00016 Deterioro de la eliminación urinaria R/C: <ul style="list-style-type: none"> - Deterioro sensitivo-motor - Multicausalidad - Obstrucción anatómica M/P: <ul style="list-style-type: none"> - Incontinencia urinaria - Retención urinaria - Urgencia urinaria 	0503 Eliminación urinaria	0620 Cuidados de la retención urinaria <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una evaluación miccional exhaustiva centrándose en la incontinencia (diuresis, patrón de eliminación urinaria, función cognitiva y problemas urinarios anteriores) - Proporcionar tiempo suficiente para el vaciado de la vejiga - Insertar una sonda urinaria, según corresponda - Enseñar al paciente/familia a registrar la diuresis, según corresponda - Enseñar modos de evitar el estreñimiento o la impactación fecal - Monitorizar las entradas y salidas. - Monitorizar el grado de distensión vesical mediante la palpación y percusión - Sondar al paciente para extraer la orina residual - Utilizar el sondaje intermitente, según corresponda 0580 Sondaje vesical <ul style="list-style-type: none"> - Fijar el catéter a la piel, según corresponda - Explicar el procedimiento y el fundamento del sondaje - Reunir el equipo adecuado - Garantizar la intimidad del paciente - Mantener una técnica aséptica estricta - Mantener una higiene correcta de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación de la sonda - Colocar al paciente de forma adecuada (p. ej., mujeres en decúbito supino con las piernas separadas o en decúbito lateral con la extremidad inferior situada en posición alta flexionada a nivel de la cadera y la rodilla; varones en decúbito supino) - Limpiar el área que rodea el meato uretral con una solución antibacteriana, suero salino estéril o agua estéril, según el protocolo del centro - Insertar una sonda recta o con balón de retención, según corresponda - Confirmar que la sonda se inserte lo suficiente en la vejiga, para evitar el traumatismo de los tejidos uretrales al inflar el balón - Rellenar el balón de la sonda en el caso de que sea de tipo permanente, respetando las recomendaciones en cuanto a la edad y el tamaño corporal del paciente (p. ej., 10 cm³ en adultos y 5 cm³ en niños) 	0503 Eliminación urinaria <ul style="list-style-type: none"> - 50301 Patrón de eliminación - 50313 Vacía la vejiga completamente <i>Escala a, desde Gravemente comprometido a No comprometido.</i> <ul style="list-style-type: none"> - 50311 Urgencia para orinar - 50312 Incontinencia urinaria - 50334 Incontinencia por esfuerzo - 50335 Incontinencia por urgencia - 50336 Incontinencia funcional - 50332 Retención urinaria - 50307 Ingesta de líquidos <i>Escala n, desde Grave hasta Ninguno</i>

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO			
Nombre	VEJIGA NEURÓGENA		
Población Diana	Paciente con vejiga neurógena. Fase de hospitalización		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados/NOC (1)	Intervenciones/Actividades NIC (2)	Evaluación/Modificación (Indicadores)
<p>00016 Deterioro de la eliminación urinaria R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deterioro sensitivo-motor - Multicausalidad - Obstrucción anatómica <p>M/P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incontinencia urinaria - Retención urinaria - Urgencia urinaria 	<p>0503 Eliminación urinaria</p>	<p>0580 Sondaje vesical</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conectar el catéter urinario a la bolsa de drenaje de pie de cama o a la bolsa de pierna - Colocar la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga urinaria - Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado y no obstruido - Realizar o enseñar al paciente el sondaje intermitente limpio, cuando corresponda - Realizar el sondaje del residuo postmiccional, si es necesario <p>0582 Sondaje vesical: intermitente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración urinaria exhaustiva, centrándose en las causas de la incontinencia (p. ej., diuresis, patrón de eliminación urinaria, función cognitiva y problemas urinarios anteriores) - Enseñar al paciente/familia el propósito, suministros, método y fundamento del sondaje intermitente - Enseñar al paciente/familia la técnica limpia de sondaje intermitente - Enseñar el procedimiento y que la persona haga una demostración, según corresponda - Utilizar una técnica limpia o estéril para el sondaje - Programar la frecuencia del sondaje para mantener una producción de 300 ml o menos en los adultos - Llevar un registro del programa de sondaje, ingesta de líquidos y diuresis - Explicar al paciente/familia los signos y síntomas de infección del tracto urinario <p>3590 Vigilancia de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas - Documentar los cambios en la piel y las mucosas 	<p>0503 Eliminación urinaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50301 Patrón de eliminación - 50313 Vacía la vejiga completamente <p><i>Escala a, desde Gravemente comprometido a No comprometido.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 50311 Urgencia para orinar - 50312 Incontinencia urinaria - 50334 Incontinencia por esfuerzo - 50335 Incontinencia por urgencia - 50336 Incontinencia funcional - 50332 Retención urinaria - 50307 Ingesta de líquidos <p><i>Escala n, desde Grave hasta Ninguno</i></p>

ESCALA DE EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT) / MODIFICACIÓN

Diagnóstico de Enfermería: 00153 Riesgo de baja autoestima situacional

RESULTADO 1300 Aceptación de la salud	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
INDICADORES					
• 130008 Reconoce la realidad de la situación de salud	1	2	3	4	5
• 130009 Busca información sobre la salud	1	2	3	4	5
• 130010 Afrontamiento de la situación de salud	1	2	3	4	5
1302 Afrontamiento de problemas	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
INDICADORES					
• 130203 Verbaliza sensación de control	1	2	3	4	5
• 130204 Refiere disminución de estrés	1	2	3	4	5
• 130205 Verbaliza aceptación de la situación	1	2	3	4	5
• 120501 Verbalizaciones de autoaceptación	1	2	3	4	5
• 120507 Comunicación abierta	1	2	3	4	5
• 120511 Nivel de confianza	1	2	3	4	5
• 120519 Sentimientos sobre su propia persona	1	2	3	4	5

ESCALA DE EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT) / MODIFICACIÓN

Diagnóstico de Enfermería: 0078 Gestión ineficaz de la salud

RESULTADO 1601 Conducta de cumplimiento	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
INDICADORES					
• 160103 Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito	1	2	3	4	5
• 160111 Expresa los cambios de síntomas al profesional sanitario	1	2	3	4	5

ESCALA DE EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT) / MODIFICACIÓN					
Diagnóstico de Enfermería: 00010 Riesgo de disreflexia autónoma					
RESULTADO 0910 Estado neurológico: autónomo	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
INDICADORES					
• 91002 Presión arterial sistólica	1	2	3	4	5
• 91003 Presión arterial diastólica	1	2	3	4	5
• 91007 Patrón de respuesta a la transpiración	1	2	3	4	5
• 91008 Patrón de respuesta a la piloerección	1	2	3	4	5
• 91020 Frecuencia cardíaca radial	1	2	3	4	5
INDICADORES	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
• 91022 Cefaleas	1	2	3	4	5

ESCALA DE EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT) / MODIFICACIÓN					
Diagnóstico de Enfermería: 00015 Riesgo de Estreñimiento					
RESULTADO 0501 Eliminación intestinal	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
INDICADORES					
• 50101 Patrón de eliminación	1	2	3	4	5
• 50118 Tono esfinteriano	1	2	3	4	5
INDICADORES	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
• 50110 Estreñimiento	1	2	3	4	5
• 50111 Diarrea	1	2	3	4	5

ESCALA DE EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT) / MODIFICACIÓN

Diagnóstico de Enfermería: 00016 Deterioro de la eliminación urinaria

RESULTADO 0503 Eliminación urinaria	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
INDICADORES					
• 50301 Patrón de eliminación	1	2	3	4	5
• 50313 Vacía la vejiga completamente	1	2	3	4	5
INDICADORES	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
• 50311 Urgencia para orinar	1	2	3	4	5
• 50312 Incontinencia urinaria	1	2	3	4	5
• 50334 Incontinencia por esfuerzo	1	2	3	4	5
• 50335 Incontinencia por urgencia	1	2	3	4	5
• 50336 Incontinencia funcional	1	2	3	4	5
• 50332 Retención urinaria	1	2	3	4	5
• 50307 Ingesta de líquidos	1	2	3	4	5

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO	
Nombre	VEJIGA NEURÓGENA
Población Diana	Paciente con vejiga neurógena. Fase de hospitalización
Complicaciones Potenciales / Problemas de colaboración	Intervenciones/Actividades NIC (2)
Infección secundaria al proceso de eliminación	<p>6610 Identificación de riesgos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar las actividades de reducción del riesgo - Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo - Considerar los criterios útiles para priorizar las áreas de reducción de riesgos (p. ej., nivel de concienciación y de motivación, eficacia, coste, viabilidad, preferencias, equidad, estigmatización y gravedad de los resultados si no se modifican los riesgos) - Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería - Determinar el estatus de las necesidades de la vida diaria <p>6550 Protección contra las infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analizar todas las visitas por si padecen enfermedades transmisibles - Aplicar técnicas de aislamiento, si es preciso - Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito - Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones - Fomentar el descanso - Fomentar la ingesta adecuada de líquidos - Fomentar la respiración y tos profunda, si está indicado - Fomentar un aumento de la movilidad y la realización de ejercicio, según corresponda - Fomentar una ingesta nutricional suficiente - Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica - Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo o exudados en la piel y las mucosas - Limitar el número de visitas, según corresponda - Mantener la asepsia para el paciente de riesgo - Notificar la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones - Notificar los resultados de cultivos positivos al personal de control de infecciones - Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada - Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar <p>6650 Vigilancia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar el estado neurológico - Comprobar el nivel de comodidad y tomar las acciones correspondientes - Comprobar la perfusión tisular, si es el caso - Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda - Valorar periódicamente el estado de la piel en los pacientes de alto riesgo <p>1400 Manejo del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes - Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no puedan comunicarse verbalmente - Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. - Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor - Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor - Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan los antecedentes - Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos - Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia dolorosa - Utilizar medidas de control del dolor antes de que éste sea muy intenso - Mediar antes de una actividad para aumentar la participación

9.3 Plan de cuidados al paciente con vejiga neurógena en la fase de seguimiento en consultas

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO			
Nombre	VEJIGA NEURÓGENA		
Población Diana	Paciente con vejiga neurógena. Fase de seguimiento en consultas		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados/NOC (1)	Intervenciones/Actividades NIC (2)	Evaluación/Modificación (Indicadores)
00146 Ansiedad R/C: <ul style="list-style-type: none"> - Incertidumbre - Temor - Preocupación M/P: <ul style="list-style-type: none"> - Insomnio - Aumento de la tensión - Bloqueo del pensamiento - Aumento de la tensión arterial - Aumento del pulso - Deterioro de la atención 	1402 Autocontrol de la ansiedad	5820 Disminución de la ansiedad <ul style="list-style-type: none"> - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos - Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad - Crear un ambiente que facilite la confianza - Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento - Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo 4920 Escucha activa <ul style="list-style-type: none"> - Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. - Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones - Identificar los temas predominantes 	1402 Autocontrol de la ansiedad <ul style="list-style-type: none"> - 140202 Elimina precursores de la ansiedad - 140203 Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso - 140204 Busca información para reducir la ansiedad - 140205 Planea estrategias para superar situaciones estresantes - 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad - 140212 Mantiene la concentración <p><i>Escala m, de Nunca demostrado a Siempre demostrado.</i></p>
00078 Gestión ineficaz de la salud R/C: <ul style="list-style-type: none"> - Complejidad del régimen terapéutico - Déficit de conocimientos M/P: <ul style="list-style-type: none"> - Insomnio - Aumento de la tensión - Bloqueo del pensamiento - Aumento de la tensión arterial - Aumento del pulso - Deterioro de la atención 	1601 Conducta de cumplimiento 1606 Control de síntomas	5240 Asesoramiento <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno - Demostrar empatía, calidez y sinceridad - Favorecer la expresión de sentimientos - Reforzar nuevas habilidades 5520 Facilitar el aprendizaje <ul style="list-style-type: none"> - Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente - Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida/rutina del paciente - Establecer metas de aprendizaje realistas con el paciente - Proporcionar retroalimentación frecuente acerca del progreso del aprendizaje - Responder a las preguntas de una forma clara y concisa 6550 Protección contra infecciones <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar técnicas de aislamiento, si es preciso - Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones - Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito - Fomentar la ingesta adecuada de líquidos 	1601 Conducta de cumplimiento <ul style="list-style-type: none"> - 160103 Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito - 160104 Acepta el diagnóstico - 160105 Conserva la cita con un profesional sanitario <p><i>Escala m, de Nunca demostrado a Siempre demostrado.</i></p> 1606 Control de síntomas <ul style="list-style-type: none"> - 160801 Reconoce el comienzo del síntoma - 160806 Utiliza medidas preventivas - 160809 Utiliza los recursos disponibles - 160813 Obtiene asistencia sanitaria cuando aparecen signos de alerta <p><i>Escala m, de Nunca demostrado a Siempre demostrado.</i></p>

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO			
Nombre	VEJIGA NEURÓGENA		
Población Diana	Paciente con vejiga neurógena. Fase de seguimiento en consultas		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados/NOC (1)	Intervenciones/Actividades NIC (2)	Evaluación/Modificación (Indicadores)
<p>00004 Riesgo de infección</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimientos invasivos 	<p>1924 Control del riesgo: proceso infeccioso</p> <p>1908 Detección del riesgo</p>	<p>6540 Control de infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes. El equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro - Poner en práctica precauciones universales - Administrar un tratamiento antibiótico, cuando sea adecuado - Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo se deben notificar al cuidador. - Usar guantes estériles, según corresponda <p>6550 Protección contra las infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se ha prescrito <p>6610 Identificación de riesgos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo - Aplicar las actividades de reducción del riesgo <p>2390 Prescribir medicación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las alergias conocidas <p>1876 Cuidados del catéter urinario</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener una higiene de las manos antes, durante y después de la inserción o manipulación del catéter - Instruir al paciente y a la familia sobre los cuidados adecuados del catéter 	<p>1924 Control del riesgo: proceso infeccioso</p> <ul style="list-style-type: none"> - 192401 Reconoce los factores de riesgo personales de infección - 192405 Identifica signos y síntomas de infección - 192414 Utiliza precauciones universales - 192416 Practica estrategias de control de la infección - 192426 Identifica los factores de riesgo de infección <p>Escala m, de Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p> <p>1908 Detección del riesgo</p> <ul style="list-style-type: none"> - 190801 Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos - 190802 Identifica los posibles riesgos para la salud <p>Escala m, de Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO			
Nombre	VEJIGA NEURÓGENA		
Población Diana	Paciente con vejiga neurógena. Fase de seguimiento en consultas		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados/NOC (1)	Intervenciones/Actividades NIC (2)	Evaluación/Modificación (Indicadores)
00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador R/C: <ul style="list-style-type: none"> - Cantidad de tareas de cuidados - Complejidad de las tareas de cuidados. - Deterioro de la salud del cuidador - Problemas psicológicos del cuidador 	2600 Afrontamiento de los problemas de la familia 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad 1501 Desempeño del rol 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario 2204 Relación entre el cuidador principal y el paciente 1309 Resiliencia personal	7040 Apoyo al cuidador principal <ul style="list-style-type: none"> - Admitir las dificultades del rol del cuidador principal - Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo - Comentar con el paciente los límites del cuidador - Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios - Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, según corresponda 5440 Aumentar los sistemas de apoyo <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador - Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación Observar la situación familiar actual y la red de apoyo. 5370 Potenciación de roles <ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a identificar una descripción realista del cambio de rol - Facilitar la conversación sobre la adaptación de los roles de la familia para compensar los cambios de rol del miembro enfermo 	2600 Afrontamiento de los problemas de la familia <ul style="list-style-type: none"> - 260006 Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones - 260013 Organiza oomentos de descanso - 260024 Utiliza el sistema de apoyo familiar disponible <p><i>Escala m, de Nunca demostrado a Siempre demostrado.</i></p> 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad <ul style="list-style-type: none"> - 180307 Curso habitual de la enfermedad - 180306 Signos y síntomas de las complicaciones de la enfermedad <p><i>Escala u, desde Ningún conocimiento hasta Conocimiento externo</i></p> 1501 Desempeño del rol <ul style="list-style-type: none"> - 150111 Estrategias expresadas para el cambio de rol - 150104 Desempeño de las conductas del rol social <p><i>Escala f, desde Inadecuado hasta Completamente adecuado.</i></p> 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario <ul style="list-style-type: none"> - 220201 Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar - 220217 Implicación del receptor de los cuidados en el plan asistencial - 220204 Participación en las decisiones de atención domiciliaria <p><i>Escala f, desde Inadecuado hasta Completamente adecuado.</i></p> 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario <ul style="list-style-type: none"> - 220409 Aceptación mutua - 220410 Respeto mutuo - 220411 Solución de problemas en colaboración <p><i>Escala K, desde Nunca positivo hasta Siempre positivo</i></p> 1309 Resiliencia personal <ul style="list-style-type: none"> - 130910 Asume la responsabilidad de sus propias acciones - 130934 Verbaliza la preparación para aprender <p><i>Escala m, de Nunca demostrado a Siempre demostrado.</i></p>

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO			
Nombre	VEJIGA NEURÓGENA		
Población Diana	Paciente con vejiga neurógena. Fase de seguimiento en consultas		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados/NOC (1)	Intervenciones/Actividades NIC (2)	Evaluación/Modificación (Indicadores)
00016 Deterioro de la eliminación urinaria R/C: <ul style="list-style-type: none"> - Deterioro sensitivo-motor - Infección del tracto urinario - Multicausalidad - Obstrucción anatómica M/P: <ul style="list-style-type: none"> - Urgencia urinaria 	0502 Continencia urinaria	590 Manejo de la eliminación urinaria <ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria - Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario - Enseñar al paciente correcto manejo de la ingesta de líquidos 582 Sondaje vesical: intermitente <ul style="list-style-type: none"> - Realizar cateterización intermitente - Valorar signos y síntomas de infección 1750 Cuidados perineales <ul style="list-style-type: none"> - Instruir al paciente o a los allegados, si es adecuado, sobre la inspección del periné para detectar signos patológicos (p. ej., infección, dehiscencia cutánea, exantema, exudado anómalo) - Ayudar con la higiene - Mantener el periné seco 3590 Vigilancia de la piel <ul style="list-style-type: none"> - Documentar los cambios en la piel y las mucosas - Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel 	0502 Continencia urinaria <ul style="list-style-type: none"> - 050201 Reconoce la urgencia miccional - 502012 Patrón predecible del paso de orina <p><i>Escala m, de Nunca demostrado a Siempre demostrado.</i></p>

ESCALA DE EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT) / MODIFICACIÓN					
Diagnóstico de Enfermería: 00146 Ansiedad					
RESULTADO 1402 Autocontrol de la ansiedad	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
INDICADORES					
• 140204 Busca información para reducir la ansiedad	1	2	3	4	5
• 140205 Planea estrategias para superar situaciones estresantes	1	2	3	4	5
• 140202 Elimina precursores de la ansiedad	1	2	3	4	5
• 40203 Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso	1	2	3	4	5
• 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	1	2	3	4	5
• 140212 Mantiene la concentración	1	2	3	4	5

ESCALA DE EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT) / MODIFICACIÓN

Diagnóstico de Enfermería: 00078 Gestión ineficaz de la salud

RESULTADO 1601 Conducta de cumplimiento	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
INDICADORES					
• 160103 Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito	1	2	3	4	5
• 160104 Acepta el diagnóstico	1	2	3	4	5
• 160105 Conserva la cita con un profesional sanitario	1	2	3	4	5
1606 Control de síntomas	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
INDICADORES					
• 160801 Reconoce el comienzo del síntoma	1	2	3	4	5
• 160806 Utiliza medidas preventivas	1	2	3	4	5
• 160809 Utiliza los recursos disponibles	1	2	3	4	5
• 160813 Obtiene asistencia sanitaria cuando aparecen signos de alerta	1	2	3	4	5

ESCALA DE EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT) / MODIFICACIÓN					
Diagnóstico de Enfermería: 00004 Riesgo de infección					
RESULTADO 1924 Control del riesgo: proceso infeccioso	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
INDICADORES					
• 192401 Reconoce los factores de riesgo personales de infección	1	2	3	4	5
• 192405 Identifica signos y síntomas de infección	1	2	3	4	5
• 192414 Utiliza precauciones universales	1	2	3	4	5
• 192416 Practica estrategias de control de la infección	1	2	3	4	5
• 192426 Identifica los factores de riesgo de infección	1	2	3	4	5
1908 Detección del riesgo	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
INDICADORES					
• 190801 Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos	1	2	3	4	5
• 190802 Identifica los posibles riesgos para la salud	1	2	3	4	5

ESCALA DE EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT) / MODIFICACIÓN					
Diagnóstico de Enfermería: 00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador					
RESULTADO 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
INDICADORES					
• 260006 Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones	1	2	3	4	5
• 260013 Organiza momentos de descanso	1	2	3	4	5
• 260024 Utiliza el sistema de apoyo familiar disponible	1	2	3	4	5
1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad	Desde ningún conocimiento 1	Conocimiento escaso 2	Conocimiento moderado 3	Conocimiento sustancial 4	Conocimiento extenso 5
INDICADORES					
• 180307 Curso habitual de la enfermedad	1	2	3	4	5
• 180306 Signos y síntomas de las complicaciones de la enfermedad	1	2	3	4	5
1501 Desempeño del rol	Inadecuado 1	Ligeramente inadecuado 2	Moderadamente adecuado 3	Sustancialmente adecuado 4	Completamente adecuado 5
INDICADORES					
• 150111 Estrategias expresadas para el cambio de rol	1	2	3	4	5
• 150104 Desempeño de las conductas del rol social	1	2	3	4	5
2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario	Inadecuado 1	Ligeramente inadecuado 2	Moderadamente adecuado 3	Sustancialmente adecuado 4	Completamente adecuado 5
INDICADORES					
• 220201 Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar	1	2	3	4	5
• 220217 Implicación del receptor de los cuidados en el plan asistencial	1	2	3	4	5
• 220204 Participación en las decisiones de atención domiciliaria	1	2	3	4	5

ESCALA DE EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT) / MODIFICACIÓN					
Diagnóstico de Enfermería: 00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador					
RESULTADO 2204 Relación entre el cuidador principal y el paciente	Nunca positivo 1	Raramente positivo 2	A veces positivo 3	Frecuentemente positivo 4	Siempre positivo 5
INDICADORES					
• 220409 Aceptación mutua	1	2	3	4	5
• 220410 Respeto mutuo	1	2	3	4	5
• 150104 Desempeño de las conductas del rol social	1	2	3	4	5
1309 Resiliencia personal	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
INDICADORES					
• 130910 Asume la responsabilidad de sus propias acciones	1	2	3	4	5
• 130934 Verbaliza la preparación para aprender	1	2	3	4	5

ESCALA DE EVALUACIÓN (ESCALA LIKERT) / MODIFICACIÓN					
Diagnóstico de Enfermería: 00016 Deterioro de la eliminación urinaria					
RESULTADO 0502 Continencia urinaria	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
INDICADORES					
• 050201 Reconoce la urgencia miccional	1	2	3	4	5
• 502012 Patrón predecible del paso de orina	1	2	3	4	5

