

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PACIENTE EN CUIDADOS CRÍTICOS HOSPITAL DE REHABILITACIÓN Y TRAUMATOLOGÍA

Un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad. No hay que olvidar que los planes de cuidados estandarizados nos servirán como modelo, pero que necesariamente tendremos que personalizarlo para su aplicación concreta.

INTRODUCCIÓN:

El paciente crítico presenta unas necesidades de cuidados, paralelas a la terapéutica médica, que necesita tener cubiertas para una recuperación satisfactoria. Este plan de cuidados va encaminado a la identificación de aquellas respuestas humanas que genera la persona en esta situación y así poder establecer el perfil de necesidades de cuidados que requieren estos pacientes y proporcionar un cuidado excelente.

Cualquier sujeto que sufre un proceso crítico es radicalmente apartado de su entorno sociofamiliar y sufre una amenaza importante y repentina para su integridad vital, así como una pérdida de independencia, todo ello, conjugado con sus valores, nivel cultural, creencias, percepciones, su edad, sexo... Si a todo esto, se le añade un medio agresivo, inusual, con una modificación brusca de los patrones de vida habituales y con una pérdida importante en la toma de decisiones, supone el "caldo de cultivo" idóneo para la génesis de respuestas humanas.

Se ha descrito, por ejemplo, cómo la imposibilidad de solicitud de ayuda, de expresión de sentimientos, miedos y emociones que origina el deterioro de la comunicación verbal asociado a las vías aéreas artificiales, puede desencadenar inseguridad y pánico llegando a alterar la integridad de la persona y sentir que no está presente como una totalidad. Igual ocurre con el deterioro de la movilidad física asociado a los dispositivos externos de monitorización o soporte (cables, catéteres, drenajes, tracciones, etc.). Este problema se puede manifestar mediante el miedo del paciente a moverse para evitar que se activen las alarmas, dificultad para orientar su posición en la habitación (en enfermos intubados la visión lateral está limitada por la restricción de movimientos de la cabeza), sensación de miedo e inseguridad.

Hemos identificado los diagnósticos más frecuentes del paciente crítico, así como las complicaciones potenciales que se pudiesen presentar, con el fin de poder aplicar un plan de cuidados que cubriera todas las necesidades de éste tipo de pacientes.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

(00146) ANSIEDAD

Definición:

Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

Factores Relacionados:

- Amenaza de cambio en: el rol.
- Amenaza de muerte.
- Estrés.

Características Definitorias:

Conductuales:

- Inquietud.
- Insomnio.

Afectivas:

- Angustia.
- Nerviosismo.
- Temor.
- Incertidumbre.

Cognitivas:

- Confusión.
- Preocupación.
- Miedo de consecuencias inespecíficas.

CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)

(1402) AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD

Definición:

Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.

Indicadores:

- (140217) Controla la respuesta de ansiedad.
- Escala de medida del indicador:
 1. Nunca demostrado
 2. Raramente demostrado
 3. A veces demostrado
 4. Frecuentemente demostrado
 5. Siempre demostrado

(1302) AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS

Definición:

Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Indicadores:

- (130203) Verbaliza sensación de control.
- (130206) Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento.
- Escala de medida del indicador:
 1. Nunca demostrado
 2. Raramente demostrado
 3. A veces demostrado
 4. Frecuentemente demostrado
 5. Siempre demostrado

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

(5820) DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

Definición:

Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Escuchar con atención.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

(5230) AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO

Definición:

Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

Actividades:

- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
- Ayudar al paciente a realizar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.
- Proporcionar al paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Fomentar un dominio gradual de la situación.
- Explorar los éxitos anteriores del paciente.
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.
- Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazadores.

(00047) RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

Definición:

Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.

Factores de Riesgo:

Externos:

- Inmovilización física.
- Humedad.
- Factores mecánicos.

CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)

(1101) INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS

Definición:

Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y de las membranas mucosas.

Indicadores:

- (110111) Perfusion tisular.
- (110113) Piel intacta.
- Escala de medida del indicador:
 1. Gravemente comprometido
 2. Sustancialmente comprometido
 3. Moderadamente comprometido
 4. Levemente comprometido
 5. No comprometido

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

(3540) PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Definición:

Prevención de la formación de úlceras por presión en un paciente con alto riesgo de desarrollarlas.

Actividades:

- Aplicación del Protocolo de Prevención y Cuidados de las Úlceras por Presión.

(00046) DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

Definición:

Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.

Factores Relacionados:

- Inmovilización física.
- Humedad.
- Factores mecánicos (ej. Fuerza de cizallamiento, presión, sujeciones).

Características Definitorias:

- Destrucción de las capas de la piel.
- Alteración de la superficie de la piel (epidermis).

CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)

(0204) CONSECUENCIAS DE LA INMOVILIDAD: FISIOLÓGICAS

Definición:

Grado de compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.

Indicadores:

- (020401) Úlceras de presión.
 - Escala de medida del indicador:
 1. Grave
 2. Sustancial
 3. Moderado
 4. Leve
 5. Ninguno
 - (020404) Estado nutricional.
 - Escala de medida del indicador:
 1. Gravemente comprometido
 2. Sustancialmente comprometido
 3. Moderadamente comprometido
 4. Levemente comprometido
 5. No comprometido

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

(3520) CUIDADOS DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN

Definición:

Facilitar la curación de úlceras por presión.

Actividades:

- Aplicación del Protocolo de Prevención y Cuidados de las Úlceras por Presión.

(00051) DETERIORO DE LA COMUNICACION VERBAL

Definición:

Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos.

Factores Relacionados:

- Barreras físicas (p. ej., traqueostomía, intubación).
- Defectos anatómicos (p. ej., paladar hendido, alteración del sistema visual neuromuscular, del sistema auditivo, del aparato de la fonación).
- Barreras ambientales.
- Condiciones emocionales.

Características Definitorias:

- Hablar o verbalizar con dificultad.
- No hablar o no poder hablar.
- Negativa voluntaria a hablar.
- Dificultad para expresar los pensamientos verbalmente (p.ej., afasia, disfasia, apraxia, dislexia, disgracia).

CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)

(0902) COMUNICACIÓN

Definición:

Recepción, interpretación y expresión de los mensajes verbales, escritos y no verbales.

Indicadores:

- (090201) Utiliza el lenguaje escrito.
- (090202) Utiliza el lenguaje hablado.
- Escala de medida del indicador:
 1. Gravemente comprometido
 2. Sustancialmente comprometido
 3. Moderadamente comprometido
 4. Levemente comprometido
 5. No comprometido

(0904) COMUNICACIÓN: RECEPTIVA

Definición:

Recepción e interpretación de mensajes verbales y/o no verbales.

Indicadores:

- (090406) Reconocimiento de mensajes recibidos.
- Escala de medida del indicador:
 1. Gravemente comprometido
 2. Sustancialmente comprometido
 3. Moderadamente comprometido
 4. Levemente comprometido
 5. No comprometido

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

(4976) MEJORAR LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT DEL HABLA

Definición:

Ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con trastornos del habla.

Actividades:

- Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje del paciente, si procede.
- Dar una orden simple cada vez, si es el caso.
- Escuchar con atención.
- Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede.
- Utilizar gestos con las manos, si procede.
- Realizar terapias de lenguaje-habla prescritos durante los contactos informales con el paciente.
- Exagerar la pronunciación de las palabras.

(4920) ESCUCHA ACTIVA

Definición:

Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.

Actividades:

- Mostrar interés en le paciente.
- Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones.
- Mostar conciencia y sensibilidad a las emociones.
- Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p.ej., saber que la posición física expresa mensajes no verbales).
- Escuchar por su hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación.
- Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz.
- Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).

(00102/00108/00110) DEFICIT DE AUTOCUIDADOS: ALIMENTACION, BAÑO/HIGIENE, USO DEL WC

Definición:

Deterioro de la habilidad para realizar o completar por si misma las actividades de alimentación, baño/higiene, uso del WC.

Factores Relacionados:

- Deterioro perceptual o cognitivo.
- Barreras ambientales.

Características Definitorias:

- Incapacidad para ingerir los alimentos de forma segura.
- Incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.
- Incapacidad para llegar hasta el inodoro u orinal.

CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)

(0300) AUTOCUIDADOS: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

Definición:

Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin mecanismos de ayuda.

Indicadores:

- (030001) Come.
- (030003) Uso del inodoro.
- (030006) Higiene.
- Escala de medida del indicador:
 1. Gravemente comprometido
 2. Sustancialmente comprometido
 3. Moderadamente comprometido
 4. Levemente comprometido
 5. No comprometido

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

(1610) BAÑO

Definición:

Baño corporal a efectos de relajación, limpieza y curación.

Actividades:

- Realizar el baño con el agua a temperatura agradable.
- Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.
- Aplicar ungüentos y/o cremas hidratantes en las zonas de piel seca.

(1670) CUIDADOS DEL CABELO

Definición:

Promoción del aseo, limpieza y aspecto del pelo.

Actividades:

- Lavar el cabello si es necesario o lo desea.
- Inspeccionar el cabello todos los días.
- Controlar el cuero cabelludo a diario.

(1650) CUIDADOS DE LOS OJOS

Definición:

Prevenir o minimizar las amenazas a los ojos o a la integridad visual.

Actividades:

- Observar si hay enrojecimiento, exudación o ulceración.
- Aplicar protección ocular, si procede.
- Aplicar gotas lubricantes, si procede.
- Retirar las lentillas de contacto, si procede.
- Observar el reflejo corneal.
- Tapar los ojos con parches si es necesario.
- Alternar el parche ocular para la diplopia.

(1680) CUIDADOS DE LAS UÑAS

Definición:

Fomentar el aspecto de las uñas y prevenir la aparición de lesiones en la piel relacionadas con un cuidado inadecuado de las uñas.

Actividades:

- Controlar o ayudar en la limpieza de las uñas, de acuerdo con la capacidad de autocuidados del individuo.
- Controlar o ayudar a cortar las uñas, de acuerdo con la capacidad de autocuidados del individuo.
- Quitar el esmalte de uñas antes de llevar a la paciente al quirófano, si procede.

PROBLEMAS INTERDISCIPLINARES:

OBJETIVO GENERAL

Prevenir y/o detectar y/o controlar precozmente la aparición de signos/síntomas de:

COMPLICACIÓN POTENCIAL (C.P.): INFECCION

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

(6540) CONTROL DE INFECCIONES

Definición:

Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Actividades:

- Cambiar el equipo de cuidados del paciente, según el protocolo del centro.
- Colocar en sitios de precaución de aislamiento designados, si procede.
- Mantener técnicas de aislamiento, si procede.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Poner en práctica las precauciones universales.
- Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.
- Cambiar los sitios de línea IV periférica y de línea central y los vendajes de acuerdo con los consejos actuales de los centros de control de enfermedades.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas IV.
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
- Administrar terapia de antibiótico, si procede.
- Instruir al paciente y familia acerca de las medidas de asepsia, de los signos y síntomas de infección y cuando debe de informarse de ello al cuidador.

(3660) CUIDADOS DE LAS HERIDAS

Definición:

Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.

Actividades:

- Anotar las características de la herida.
- Anotar las características de cualquier drenaje producido.
- Atender el lugar de la incisión, según sea necesario.
- Mantener la permeabilidad de los tubos de drenaje.
- Aplicar vendaje oclusivo, si procede.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de vendaje.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio en la herida.
- Curar según protocolo.

(6550) PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES

Definición:

Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo.

Actividades:

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.

- Realizar técnicas de aislamiento, si es preciso.
- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.
- Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.
- Obtener muestra para realizar un cultivo, si es necesario.

(1870) CUIDADOS DEL DRENAJE

Definición:

Actuación ante un paciente con un dispositivo de drenaje externo en el cuerpo.

Actividades:

- Mantener la permeabilidad del tubo, si procede.
- Mantener el recipiente de drenaje al nivel adecuado.
- Proporcionar un tubo lo suficientemente largo como para permitir libertad de movimiento, si procede.
- Fijar el tubo, si procede, para evitar presión y la extracción accidental.
- Vigilar periódicamente la permeabilidad del catéter, anotando cualquier dificultad de drenaje.
- Observar periódicamente la cantidad, color y consistencia del drenaje del tubo.
- Vaciar el dispositivo de recogida, si procede.
- Asegurar la correcta colocación del tubo.
- Asegurar el funcionamiento del tubo y del equipo correspondiente.
- Conectar el tubo de aspiración, si procede.
- Inspeccionar la zona alrededor del sitio de inserción del tubo para ver si hay enrojecimiento y rotura de la piel, si procede.

(1874) CUIDADOS DE LA SONDA GASTROINTESTINAL

Definición:

Actuación ante un paciente con una sonda gastrointestinal.

Actividades:

- Observar la correcta colocación del tubo, siguiendo el protocolo del centro.
- Irrigar el tubo si procede.
- Auscultar periódicamente los sonidos intestinales.
- Observar periódicamente la cantidad, color y consistencia del contenido nasogástrico.
- Proporcionar cuidados de nariz y boca de tres a cuatro veces al día o cuando sea necesario.
- Iniciar y vigilar periódicamente el aporte de alimentación por el tubo enteral, si procede, siguiendo el protocolo del centro.
- Proporcionar cuidados de la piel alrededor de la zona de inserción del tubo.
- Extraer el tubo, según se indique.

(1876) CUIDADOS DEL CATÉTER URINARIO

Definición:

Actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario.

Actividades:

- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.
- Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.
- Irrigar el sistema mediante técnica estéril, si procede.
- Lavar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Lavar el catéter urinario por fuera en el meato.
- Anotar las características del líquido drenado.
- Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario.
- Extraer el catéter lo antes posible.



(2440) MANTENIMIENTO DE DISPOSITIVOS DE ACCESO VENOSO (DAV)

Definición:

Manejo del paciente con acceso venoso prolongado mediante catéteres perforados o no perforados y los implantados.

Actividades:

- Determinar el tipo de catéter venoso a colocar.
- Mantener una técnica aseptica siempre que se manipule el catéter venoso.
- Mantener las precauciones universales.
- Determinar la frecuencia del flujo, capacidad del depósito y colocación de las bombas de perfusión.
- Determinar si el catéter venoso se utiliza para obtener muestras de sangre.
- Cambiar los sistemas, vendajes y tapones, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Observar si hay signos de oclusión del catéter.
- Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica (rojez, tumefacción, sensibilidad, fiebre, malestar).

COMPLICACIÓN POTENCIAL (C.P.): ESTREÑIMIENTO

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

(0450) MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO/IMPACTACION

Definición:

Prevención y alivio del estreñimiento/impactación.

Actividades:

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación.
- Vigilar la existencia de sonidos intestinales.
- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento.
- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que este contraindicado.
- Evaluar la medicación para ver si hay efectos gastrointestinales secundarios.
- Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibras, si procede.
- Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento/impactación.
- Informar al paciente acerca del procedimiento de extracción manual de heces, si fuera necesario.
- Extraer la impactación fecal manualmente, si fuera necesario.
- Administra el enema o la irrigación, cuando proceda.
- Administrar ablandadores de heces (laxantes).

COMPLICACIÓN POTENCIAL: RESPIRATORIAS

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

(3200) PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN

Definición:

Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo de aspiración.

Actividades:

- Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva.
- Mantener una vía aérea.
- Mantener el dispositivo traqueal inflado.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.
- Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica.



- Vigilar el flujo de litros de oxígeno.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial), si procede.
- Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno.
- Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente.

(3350) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA

Definición:

Reunión y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gas adecuado.

Actividades:

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
- Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico).
- Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios.
- Determinar la necesidad de aspiración auscultando, para ver si hay crepitación o roncus de las vías aéreas principales.
- Controlar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos y disminuciones de presiones inspiratorias en volumen corriente, si procede.
- Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.
- Anotar los cambios de SatO₂ y CO₂ y los cambios de los valores de gases en sangre arterial, si procede.
- Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.
- Instaurar tratamiento de terapia respiratoria (nebulizador), cuando sea necesario.

(3320) OXIGENOTERAPIA

Definición:

Administración de oxígeno y control de su eficacia.

Actividades:

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Vigilar el flujo de litros de oxígeno.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría de sangre arterial), si procede.
- Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno.
- Proporcionar oxígeno durante los traslados del paciente.

(3160) ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS

Definición:

Extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral y/o tráquea del paciente.

Actividades:

- Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
- Proporcionar sedación si procede.
- Utilizar equipo desechable estéril por cada procedimiento de aspiración traqueal.
- Seleccionar un catéter de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal, tubo de traqueotomía o vía aérea del paciente.
- Observar el estado de O₂ del paciente (niveles de SaO₂ y Svo₂) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardiaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión.
- Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.

- Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.
- Basar la duración de cada pase de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración.

(3180) MANEJO DE LA VÍA AÉREA ARTIFICIAL

Definición:

Mantenimiento de los tubos endotraqueales o de traqueostomía y prevención de complicaciones asociadas con su utilización.

Actividades:

- Disponer una vía aérea orofaríngea o un dispositivo antimordida para impedir la mordedura del tubo endotraqueal, si procede.
- Inflar el dispositivo endotraqueal/traqueostoma mediante una técnica mínimamente oclusiva o una técnica de fugas mínimas.
- Mantener el inflado del dispositivo endotraqueal/traqueostoma de 15 a 20 mmHg durante la ventilación mecánica y durante y después de la alimentación.
- Cambiar las cintas/sujeción endotraqueal cada 24 horas, inspeccionar la piel y la mucosa bucal, y mover el ET al otro lado de la boca.
- Auscultar si hay sonidos pulmonares bilaterales después de la inserción y después de cambiar la sujeción del tubo endotraqueal/de traqueotomía.
- Marcar la referencia en centímetros en el tubo endotraqueal para comprobar posibles desplazamientos.
- Minimizar la acción de palanca y la tracción de la vía aérea artificial mediante la suspensión de los tubos del ventilador de los soportes superiores, mediante montajes, y pivotes giratorios de catéter flexibles y soportando los tubos durante el giro, la aspiración y desconexión y reconexión del ventilador.
- Observar si hay presencia de crepitaciones y roncus en las vías aéreas.
- Observar si hay descenso del volumen exhalado y aumento de la presión inspiratoria en los pacientes que reciben.
- Anotar los cambios de SatO₂ y CO₂ y los cambios de los valores de gases en sangre arterial, si procede.
- Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.

(3390) AYUDA A LA VENTILACIÓN

Definición:

Estimulación de un esquema respiratorio espontáneo óptimo que aumente el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones.

Actividades:

- Colocar al paciente de una forma tal que se alivie la disnea.
- Colocar al paciente de una forma tal que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevar el cabecero de la cama).
- Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.
- Ayudar con el espirómetro incentivo, si procede.
- Observar si hay fatiga muscular respiratoria.
- Administrar medicación adecuada contra el dolor para evitar la hipoventilación.
- Administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases.
- Enseñar técnicas de respiración si procede.
- Iniciar esfuerzos de resucitación, si procede.

(3230) FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Definición:

Ayudar al paciente a expulsar las secreciones de la vía aérea alta y facilitar la expectoración y/o aspiración de la vía aérea baja.

Actividades:

- Determinar si existen contraindicaciones al uso de la fisioterapia respiratoria.
- Determinar el segmento pulmonar que necesita ser drenado.

- Practicar percusión con drenaje postural juntando las manos y golpeando la pared torácica en rápida sucesión para producir una serie de sonidos huecos.
- Practicar vibración torácica junto con el drenaje postural, si resulta oportuno.
- Practicar aerosolterapia, si procede.
- Administrar broncodilatadores, si está indicado.
- Administrar agentes mucolíticos si procede.
- Estimular la tos durante y después del drenaje postural.

(3300) VENTILACIÓN MECÁNICA

Definición:

Utilización de un dispositivo artificial para ayudar al paciente a respirar.

Actividades:

- Observar si se produce fatiga muscular.
- Observar si hay insuficiencia respiratoria inminente.
- Iniciar la preparación y la aplicación del respirador.
- Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador.
- Observar si se produce un descenso del volumen expirado y un aumento de la presión respiratoria.
- Asegurarse que las alarmas del respirador estén activadas.
- Poner en marcha técnicas tranquilizadoras si procede.
- Proporcionar medios de comunicación (papel, lápiz o tablilla alfabética).
- Vigilar el progreso del paciente en los ajustes del ventilador actuales y realizar los cambios apropiados según orden médica.
- Observar si se producen efectos adversos de la ventilación mecánica: infección, barotrauma y disminución del gasto cardiaco.
- Realizar la fisioterapia respiratoria, cuando proceda.
- Establecer el cuidado bucal de forma rutinaria.

(3310) DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

Definición:

Ayuda al paciente para que respire sin resistencia del ventilador mecánico.

Actividades:

- Monitorizar el grado de shunt, capacidad vital, V_d/V_t , MVV, fuerza inspiratoria y FEV1 para disponer el destete de la ventilación mecánica, de acuerdo con el protocolo del centro.
- Someter a observación para asegurarse de que el paciente está libre de infecciones importantes para el destete.
- Colocar al paciente de la mejor forma posible para utilizar los músculos respiratorios y optimizar el descenso diafragmático.
- Aspirar la vía aérea si es necesario.
- Administrar fisioterapia respiratoria si procede.
- Consultar con otros cuidadores en la selección de un método de destete.
- Alternar periodos de ensayos de destete con periodos de reposo y sueño suficiente.
- En pacientes con músculos respiratorios fatigados, no retrasar el retorno a la ventilación mecánica.
- Observar si hay signos de fatiga muscular respiratoria (elevación brusca del nivel de PaCO₂, ventilación rápida y superficial y movimiento paradójico de la pared abdominal), hipoxemia e hipoxia tisular mientras se procede al destete.
- Administrar los medicamentos los medicamentos prescritos que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.
- Utilizar técnicas de relajación si procede.
- Evitar la sedación farmacológica durante los ensayos de destete.
- Dirigir al paciente durante los ensayos de destetes difíciles.
- Observar si hay insuficiencia respiratoria inminente.

(3270) DESINTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

Definición:

Retirada intencionada del tubo endotraqueal de la vía aérea nasolaringea u orofaringea.

Actividades:

- Colocar al paciente de forma que se aproveche al máximo el uso de los músculos de la ventilación, normalmente con el cabecero elevado 75º.
- Instruir al paciente acerca del procedimiento.
- Hiperoxigenar al paciente acerca del procedimiento.
- Aspirar la vía aérea bucal.
- Desinflar el dispositivo de sujeción y retirar el tubo endotraqueal.
- Animar al paciente a que tosa y expectore.
- Administrar O2 según prescripción.
- Estimular la tos y respiración profunda.
- Aspirar la vía aérea, si es preciso.
- Observar si hay distres respiratorio.
- Observar si hay signos de oclusión.
- Vigilar los signos vitales.
- Comprobar la capacidad de deglución y conversación.

COMPLICACIÓN POTENCIAL (C.P.): CARDIACAS

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

(4044) CUIDADOS CARDIACOS: AGUDOS

Definición:

Limitación de las complicaciones en un paciente que ha experimentado recientemente un episodio de desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno miocárdico derivado de deterioros de la función cardiaca.

Actividades:

- Evaluar el dolor torácico (intensidad, localización, radiación, duración y factores precipitadores y de alivio).
- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardiacos.
- Auscultar los pulmones para ver si hay sonidos crepitantes o adventicios.
- Controlar el estado neurológico.
- Seleccionar la mejor derivación de ECG para monitorización continua, si correspondiera.
- Extraer muestras sanguíneas para controlar los niveles de CK, LDH, AST, si procede.
- Controlar los electrolitos que pueden aumentar el riesgo de disritmias (potasio y magnesio en suero), si procede.
- Realizar radiografía de tórax si procede.
- Vigilar las tendencias de la presión sanguínea y los parámetros hemodinámicos. Si hubiera disponibilidad (presión venosa central y presión pulmonar de cuña capilar/arterial).
- Comprobar la efectividad de la oxigenoterapia, si procediera.

(4064) CUIDADOS CIRCULATORIOS: DISPOSITIVO DE AYUDA MECÁNICO

Definición:

Apoyo temporal de la circulación por medio del uso de dispositivos mecánicos o bombas.

Actividades:

- Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad).
- Evaluar las presiones arteriales pulmonares, las presiones sistémicas, el gasto cardíaco y la resistencia vascular sistémica, si está indicado.

- Ayudar a la inserción e implantación del dispositivo.
- Realizar tiempos de coagulación activada, cada hora si procede.
- Administrar anticoagulantes o trombolíticos, según prescripción.
- Comprobar el dispositivo regularmente para asegurar un funcionamiento correcto.
- Disponer de un equipo de reserva en todo momento.
- Administrar agentes inotrópicos, si procede.
- Controlar la diuresis horaria.
- Vigilar electrolitos, nitrógeno ureico en sangre y niveles de creatinina diariamente.
- Controlar ingestas y eliminaciones.
- Administrar antibióticos profilácticos.
- Observar si hay fiebre y leucocitosis.
- Recoger muestras para realizar cultivos de sangre, orina, esputos y de heridas cuando las temperaturas sean superiores a 38°C, si procede.
- Administrar nutrición parenteral total, si procede.

COMPLICACIÓN POTENCIAL (C.P.): HEMODINÁMICAS

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

(4170) MANEJO DE LA HIPERVOLEMIA

Definición:

Disminución del volumen de líquido extracelular y/o intracelular y prevención de complicaciones en un paciente con sobrecarga de líquidos.

Actividades:

- Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo CVP, MAP, PAP, PCWP y PCWP, según disponibilidad.
- Vigilar niveles de albúmina y proteínas totales en suero, según disponibilidad.
- Observar el patrón respiratorio por si hubiera dificultad respiratoria (disnea, taquipnea y falta de respiración).
- Comprobar la función renal (niveles de BUN y Cr), si procede.
- Comprobar los signos vitales, si procede.
- Observar cambios del edema periférico, si es el caso.
- Vigilar líquidos IV prescritos (evitar la libre ingesta de agua en pacientes con sobrecarga de líquidos e hiponatremia) para determinar si son adecuados.
- Observar el efecto terapéutico del diurético (aumento de la diuresis, disminución de PVC/PCWP y disminución de sonidos respiratorios adventicios).
- Administrar diuréticos prescritos, resulta oportuno.
- Preparar el paciente para diálisis (ayudar en la colocación del catéter para diálisis), si procede.
- Monitorizar la respuesta hemodinámica del paciente a la diálisis, si procede.
- Elevar el cabecero de la cama para mejorar la ventilación, si procede.
- Mantener la PEEP en el paciente con edema pulmonar en ventilación mecánica, cuando sea oportuno.
- Utilizar aspiración de sistema cerrado para el paciente con edema pulmonar en ventilación mecánica con PEEP, si procede.
- Promover la integridad de la piel (vigilar las zonas de riesgo de roturas, disponer de frecuentes cambios de postura, evitar la formación de úlceras y proporcionar una nutrición adecuada), si procede.
- Cambiar de posición frecuentemente al paciente con edema dependiente.
- Observar si se produce una diuresis excesiva.

(4180) MANEJO DE LA HIPOVOLEMIA

Definición:

Expansión del volumen del líquido intravascular en un paciente con volumen reducido.

Actividades:

- Comprobar el estado de líquidos, incluyendo ingresos y egresos, si procede.
- Mantener una vía IV permeable.
- Vigilar la perdida de líquidos (hemorragia, vómitos, diarrea, transpiración y taquipneia).
- Vigilar signos vitales.
- Calcular las necesidades de líquidos según la zona de superficie corporal y tamaño de la quemadura, si es el caso.
- Controlar la respuesta del paciente a la estimulación de líquidos.
- Administrar soluciones hipotónicas (5% de solución acuosa de dextrosa, D5 O solución salina 0,45%) para la rehidratación intracelular, si es el caso.
- Administrar soluciones isotónicas (salina normal y soluciones de Ringer lactato) para la rehidratación extracelular, si es el caso.
- Combinar soluciones cristaloides (salina normal y soluciones de Ringer lactato) y coloides (Hespan y Hemocé Plasmanato) para reemplazar el volumen intravascular, según prescripción.
- Vigilar la zona de punción IV por si hubiera signos de infiltración o infección, si corresponde.
- Promover la integridad de la piel (vigilar las zonas de riesgo de roturas, disponer de frecuentes cambios de postura, evitar la formación de úlceras y proporcionar una nutrición adecuada), si procede.
- Vigilar el estado hemodinámico, incluyendo PVC, PAM, PAP y PCPE.
- Disponer de productos sanguíneos para la transfusión si fuese necesario.
- Administrar productos sanguíneos (plaquetas, plasma congelado fresco), si procede.
- Administrar líquidos IV a temperatura ambiente.
- Vigilar la aparición de reacción transfusional, si procede.
- Colocar al paciente en posición de trendelemburg cuando esté hipotenso.
- Administrar con precaución los vasodilatadores prescritos (nitroglicerina, nitroprusiato y bloqueadores del canal del calcio) al calentar al paciente en el postoperatorio inmediato, si procede.
- Vigilar por si hubiera signos de insuficiencia renal aguda (aumento de BUN y de los niveles de creatinina, mioglobinemia y disminución de la diuresis), si es el caso.

(4250) MANEJO DEL SHOCK**Definición:**

Facilitar el aporte de oxígeno y nutrientes al tejido sistémico y extracción de productos de desecho celular de un paciente con perfusión tisular gravemente alterada.

Actividades:

- Observar las tendencias de la presión sanguínea y los parámetros hemodinámicos, según disponibilidad (presión venosa central y presión capilar/arterial enclavada).
- Anotar la presencia de taquicardia, disminución de la presión sanguínea o presión arterial sistémica anormalmente baja, así como la palidez, disminución del llenado capilar y diaforesis.
- Observar las extremidades en cuanto al color, edema, pulsos, texturas y ulceraciones.
- Observar si hay isquemia cerebral o indicios de flujo sanguíneo cerebral insuficiente o presión de perfusión cerebral insuficiente.
- Comprobar la función renal (niveles de BUN y Cr), si corresponde.
- Administrar fármacos vasoactivos.
- Realizar sondaje vesical si procede.
- Controlar el estado de líquidos, incluyendo la ingesta y eliminación si procede.
- Comprobar la función neurológica.
- Realizar gasometría arterial para comprobar la oxigenación tisular.
- Utilizar la monitorización de la vía arterial para mejorar la precisión de las lecturas de presión sanguínea, si resulta oportuno.
- Proporcionar oxigenoterapia y/o ventilación mecánica, si fuera necesario.

- Mantener una vía IV permeable.
- Vigilar los factores determinantes del aporte de oxígeno tisular (PaO_2 , SaO_2 y niveles de hemoglobina y gasto cardiaco), según disponibilidad.
- Observar si hay síntomas de oxigenación tisular inadecuada (palidez, cianosis y llenado capilar insuficiente).
- Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria (niveles de PaO_2 bajos, y PaCO_2 elevados y fatiga muscular respiratoria).
- Colocar al paciente en una posición que optimice la perfusión.

COMPLICACIÓN POTENCIAL (C.P.): METABÓLICAS

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)

(1911) MANEJO ÁCIDO-BASE: ACIDOSIS METABÓLICA

Definición:

Promoción del equilibrio de ácido-base y prevención de complicaciones derivadas de niveles de HCO_3 inferiores a los deseados.

Actividades:

- Obtener las muestras solicitadas para el análisis de laboratorio del equilibrio de ácido-base (niveles de ABG, orina y suero), según corresponda.
- Comprobar los niveles ABG (gases en sangre arterial) para determinar si hay una disminución del nivel del pH, si procede.
- Mantener una vía IV permeable.
- Vigilar las condiciones del aporte de O_2 tisular (niveles de PaO_2 , SaO_2 y hemoglobina y gasto cardiaco), si procede.
- Observar si hay desequilibrio electrolítico asociado con la acidosis metabólica (hiponatremia, hiper o hipocalcemia, hipocalcemia, hipofosfatemia, e hipomagnesemia), según corresponda.
- Vigilar la pérdida de bicarbonato a través del tracto intestinal (diarrea, fístula pancreática, fístula del intestino delgado y conducto ileaco), según corresponda.
- Observar si hay disminución de bicarbonato por exceso de ácidos no volátiles (insuficiencia renal, ceto-acidosis diabética, hipoxia tisular, malnutrición), según corresponda.
- Administrar los medicamentos alcalinos prescritos (bicarbonato sódico), en función de los resultados del ABG.
- Evitar la administración de medicamentos que ocasionen disminución del nivel de HCO_3 (soluciones que contengan cloro y resinas de intercambio de aniones), si procede.
- Prevenir complicaciones producidas por la administración excesiva de NaHCO (alcalosis metabólica, hipernatremia, sobrecarga de volumen, disminución de aporte de oxígeno, disminución de la contractilidad cardiaca y aumento de la producción de ácido láctico).
- Administrar líquidos según prescripción.
- Administrar insulina y aportar líquidos (isotónicos e hipotónicos) para la cetoacidosis diabética, causante de acidosis metabólica, según corresponda.
- Vigilar si hubiera complicaciones del SNC de acidosis metabólica (jaqueca, somnolencia, disminución de la capacidad mental, ataques y coma), si es el caso.
- Vigilar por si hubiera complicaciones cardiopulmonares de acidosis metabólica (hipotensión, hipoxia, arritmias y respiración de Kussmaul), según corresponda.
- Vigilar por si hubiera manifestaciones de acidosis metabólica (anorexia, náuseas y vómitos), según corresponda.
- Establecer una dieta baja en hidratos de carbono para disminuir la producción de CO_2 (administración de hiperalimentación y nutrición parenteral total), si está indicado.

(1913) MANEJO ÁCIDO-BASE: ACIDOSIS RESPIRATORIA

Definición:

Promoción del equilibrio de ácido-base y prevención de complicaciones derivadas de niveles de pCO_2 en suero superiores a los deseados.

Actividades:

- Obtener las muestras solicitadas para el análisis de laboratorio del equilibrio de ácido-base (niveles de ABG, orina y suero), según corresponda.
- Mantener una vía IV permeable.
- Controlar los niveles de ABG (gases en sangre arterial) por si hay disminución del pH, si procede.
- Observar si hay indicaciones de acidosis respiratoria crónica (tórax en forma de tonel, problemas de uñas, respiración con los labios fruncidos y utilización de músculos accesorios).
- Controlar los factores determinantes del aporte de oxígeno tisular (niveles de PaO₂, SaO₂ y hemoglobina y gasto cardíaco), según disponibilidad.
- Mantener despejadas las vías aéreas (succión, insertar o mantener vías aéreas artificiales, fisioterapia torácica y respiración de tos profunda), si procede.
- Controlar el patrón respiratorio.
- Controlar la presión pico de vías aéreas (para ver el despeje de vías aéreas, si hay signos de neumotórax, oclusión de vías aéreas, y mala posición de las vías aéreas), según disponibilidad.
- Facilitar una ventilación adecuada para evitar/tratar la acidosis respiratoria (colocar al paciente en posición vertical, mantener vías aéreas, y controlar los ajustes del ventilador mecánico), si procede.
- Suministrar oxigenoterapia si fuese necesaria.
- Proporcionar apoyo de ventilación mecánica, si fuera necesario.
- Suministrar una dieta baja en carbohidratos y alta en grasas (alimentación de cuidados pulmonares) para reducir la producción de CO₂, si está indicado.
- Facilitar una higiene bucal frecuente.

(1914) MANEJO ÁCIDO-BASE: ALCALOSIS RESPIRATORIA**Definición:**

Promoción del equilibrio de ácido-base y prevención de complicaciones derivadas de niveles de pCO₂ en suero inferiores a los deseados.

Actividades:

- Obtener las muestras solicitadas para el análisis de laboratorio del equilibrio de ácido-base (niveles de ABG, orina y suero), según corresponda.
- Vigilar los niveles de ABG (gases en sangre arterial) para determinar si hay aumento del pH.
- Mantener una vía IV permeable.
- Mantener las vías aéreas permeables.
- Observar si hay hiperventilación que ocasione alcalosis respiratoria (hipoxemia, lesión del SNC, estado hipermetabólicos, distensión gastrointestinal, dolor y estrés).
- Controlar el patrón respiratorio.
- Vigilar por si hubiera indicios de insuficiencia respiratoria inminente (bajo nivel de PaO₂, fatiga muscular respiratoria, bajo nivel de SaO₂/SvO₂).
- Vigilar por si hubiera hipofosfatemia asociada con alcalosis respiratoria, si procede.
- Vigilar por si hubiera manifestaciones cardiopulmonares de alcalosis respiratoria (arritmias, disminución del gasto cardíaco e hiperventilación).
- Proporcionar ventilación mecánica de apoyo, si fuera necesario.
- Reducir el consumo de oxígeno para minimizar la hiperventilación (proporcionar comodidad, controlar la fiebre y reducir la ansiedad), si procede.
- Estar alerta por si hubiera manifestaciones neurológicas y/o neuromusculares de alcalosis respiratoria (parestesia, tetanía y ataques), si fuera preciso.
- Vigilar los ajustes de ventilación mecánica, por si se produjera una ventilación muy pequeña (frecuencia, modo y volumen corriente), si procede.
- Proporcionar higiene bucal frecuente.

(2120) MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA**Definición:**

Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.

Actividades:

- Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaqueca.
- Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en la orina.
- Comprobar los niveles de gases en sangre arterial, electrolitos y betahidroxibutirato, según disponibilidad.
- Administrar insulina según prescripción.
- Potenciar la ingesta oral de líquidos.
- Realizar balance hídrico (incluyendo ingesta y eliminación), si procede.
- Mantener una vía IV, si lo requiere el caso.
- Administrar líquidos IV, si es preciso.
- Administrar potasio, según prescripción.
- Consultar con el médico persisten o empeoran los signos y síntomas de la hiperglucemia.
- Identificar las causas posibles de la hiperglucemia.

(2130) MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA**Definición:**

Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre inferiores a lo normal.

Actividades:

- Identificar al paciente con riesgo de hipoglucemia.
- Determinar signos y síntomas de la hipoglucemia.
- Vigilar los niveles de glucosa en sangre, si está indicado.
- Monitorizar si hay signos y síntomas de hipoglucemia (palidez, diaforesis, taquicardia, palpitaciones, hambre, parestesia, temblores, incapacidad de concentración, confusión, habla con mala articulación, conducta irracional o incontrolable, visión borrosa, somnolencia, incapacidad para despertarse del sueño, ataques, convulsivos, debilidad, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, impaciencia, escalofríos, frío, mareos, náuseas, cefaleas, cansancio, calor, pesadillas, gritos durante el sueño, mala coordinación, cambios de conducta, coma).
- Administrar carbohidratos simples si está indicado.
- Proporcionar carbohidratos complejos y proteína si está indicado.
- Mantener una vía IV, si procede.
- Administrar glucosa IV, si procede.
- Mantener vías aéreas abiertas si es el caso.

(3740) TRATAMIENTO DE LA FIEBRE**Definición:**

Actuación ante un paciente con hipertermia causada por factores no ambientales.

Actividades:

- Tomar la temperatura lo más frecuentemente que sea oportuno.
- Establecer un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si procede.
- Observar el color de la piel y la temperatura.
- Comprobar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede.
- Comprobar los valores de recuento de leucocitos, Hgb y Hto.
- Administrar medicación antipirética, si procede.
- Administrar medicamentos, para tratar la causa de la fiebre, si procede.
- Cubrir al paciente solo con una sábana, solo si procede.
- Administrar un baño tibio, si procede.
- Colocar al paciente con una manta hipotérmica, si procede.

BIBLIOGRAFÍA:

- NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2005-2006. Madrid: Elsevier España; 2005.
- McCloskey Dochterman, J. Bulechek, G, editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4^a Ed. Madrid: Elsevier España; 2005.
- Moorhead, S. Jonson, M. Maas, M, editors. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3^a Ed. Madrid: Elsevier España; 2005.
- Luís Rodrigo, M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 3^a Ed. Barcelona: Masson; 2005.
- Alfaro-LeFevre, R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5^a Ed. Barcelona: Masson; 2005.
- Morales Asencio JM: La valoración del enfermo crítico según el nivel de dependencia de enfermería. Enfermería Clínica, 1997;7(1):9-15.
- García Fernández, FP., Carrascosa García, MI., Bellido Vallejo, JC., Rodríguez Torres, MC., Casa Maldonado, F., Laguna Parras, JM., et. al. Guía para el manejo de: Riesgo de deterioro de la Integridad cutánea, Deterioro de la integridad cutánea, Deterioro de la integridad tisular, relacionado con las úlceras por presión. Marco conceptual enfermero. Evidentia 2005 sept; 2(supl). [ISSN: 1697-638X] http://www.index-f.com/evidentia/2005supl/guia_upp.pdf