

Procés d'atenció d'infermeria
Adopció del model conceptual de Virginia Henderson

Autors:

Rosa M. Adrover Barceló. Infermera, CS Arquitecte Bennàssar.
Joana Maria Taltavull Aparicio. Infermera, Gabinet Tècnic de la GAP.
Clara Vidal Thomàs. Infermera, Gabinet Tècnic de la GAP.
M. Lucía Moreno Sancho. Infermera, CS Son Pisà.
Marta Pisà Gaià. Infermera, CS Son Cladera.
Josep Lluís Ferrer Perelló. Infermer, director d'Infermeria de la GAP.
Pablo Hermoso Villar. Infermer, subdirector d'Infermeria de la GAP.
María José Vico Molina. Infermera, subdirectora d'Infermeria de la GAP.
Margalida Servera Mir. Infermera, CS Martí Serra.
Salvadora Sancho Viudes. Infermera, CS Son Ferriol.

Autors col·laboradors:

Membres del grup de líders del Projecte de gestió de cures:

M. Dolores Acosta Marí. Infermera, CS S'Escorxador.
Àgueda Alomar Palou. Infermera, CS Vilafranca.
M. Magdalena Amengual Ramos. Infermera, CS Santanyí.
Raúl Baquero Gracia. Infermer, CS Safrà.
Maria Barceló Morey. Infermera, CS Manacor.
Ana Bastias Sarmiento. Infermera, CS Escola Graduada.
Margarita Borràs Alemany. Infermera, CS Andratx.
Rosa Canyelles Pons. Infermera, CS Torrent de Sant Miquel.
Nuria Caravaca Sendra. Infermera, CS Es Pla.
Carmen Comas Cayuelas. Infermera, CS Capdepera.
M. Josefa Dameto Vivó. Infermera, CS Coll d'en Rabassa.
Maite Domènech Gil. Infermera, CS Coll d'en Rabassa.
Micaela Escalas Fiol. Infermera, CS Martí Serra.
Apol·lònia Esteva Arrom. Infermera, CS Es Raigner.
Maria Esteva Cantó. Infermera, CS Nuredduna.
Biel Ferrer Mas. Infermer, CS Migjorn.
Bàrbara Font Mascaró. Infermera, CS Vilafranca.
Asunción Forteza Serra. Infermera, CS Rafal Nou.
Carmen García de los Reyes de Pazos. Infermera, CS Santa Catalina.
Gabriela García García. Infermera, CS Rafal Nou.
Elena García Salom. Infermera, CS Marines.
Basilio García Sánchez. Infermer, CS Son Serra.
Helena Girauta Reus. Infermera, CS Es Trencadors.
Montse Gómez Alonso. Infermera, CS Escola Graduada.
Susana González Torrente. Infermera, CS Es Trencadors.
José Antonio Gutiérrez Barrera. Infermer, CS Santa Catalina.
Josefa Gutiérrez Carrasco. Infermera, CS Arquitecte Bennàssar.
Marisol Hernández Yeste. Infermera, CS S'Escorxador.
Francisca Lull Ordinas. Infermera, CS Casa del Mar.
M. Belén Lorenzo Barrón. Infermera, CS Capdepera.
Francisca Mateu Reus. Infermera, CS Torrent de Sant Miquel.
Dolors Maya Oliver. Infermera, CS Vilafranca.
Angélica Miguélez Chamorro. Infermera, CS Martí Serra.

Katia Molinas Mut. Infermera, CS Pollença.
Margalida Móra Vicens. Infermera, CS Manacor.
M. Antònia Moragues Benejam. Infermera, CS Marines.
Francisco Noriega Guillermo. Infermer, CS Pere Grau.
M. Pilar Obrador Adrover. Infermera, CS Santanyí.
Maria Obrador Vaquer. Infermera, CS Xaloc.
Pilar Oliver Ramon. Infermera, CS Casa del Mar.
Josefa Pades Jiménez. Infermera, CS Valldargent.
Francisca Pons Móra. Infermera, CS Emili Darder.
M. Lluïsa Pou Mateu. Infermera, CS Felanitx.
Neus Pueyo Gurrera. Infermera, CS Calvià.
Benet Ramírez Manent. Infermer, CS Son Caldera.
Rosa M. Rodríguez Gutiérrez. Infermera, CS Emili Darder.
Francisca Salas Ochogavia. Infermera, CS Arenal.
Catalina Salom Bauzà. Infermera, CS Santa Maria.
Margalida Salvà Clar. Infermera, CS Migjorn.
Francisca Serra Capó. Infermera, CS Es Raiguer.
Joana M. Serra Mairata. Infermera, CS Son Ferriol.
Francisca Serra Sansó. Infermera, CS Tramuntana.
Margalida Simó Bisbal. Infermera, CS Safrà.
Catalina Soler Rubí. Infermera, CS Santa Maria.
Vicente Tocho Barceló. Infermer, CS Andratx.
Victoria Useros Tercero. Infermera, CS Son Serra.
Joana Valens Servera. Infermera, CS Felanitx.
Paulino Vico Martínez. Infermer, CS Son Serra.
Mercedes Zafra López. Infermera, CS Pere Grau.
Agnès Pastor Picornell. Infermera, CS Pollença.

Revisores:

M. Teresa Luis Rodrigo. Professora d'Infermeria Medicoquirúrgica, Escola Universitària d'Infermeria de la Universitat de Barcelona.
Carmen Fernández Ferrín. Professora de Fonaments d'Infermeria, Escola Universitària d'Infermeria de la Universitat de Barcelona.
Carme Alorda Terrassa. Professora d'Infermeria Medicoquirúrgica, Escola Universitària d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears.
Margalida Miró Bonet. Professora de Fonaments d'Infermeria, Escola Universitària d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears.
Juana Muñoz Martínez. Infermera, CS Escola Graduada.

Infermeres del centre de salut pilot del Projecte de gestió de cures Llevant:

Maria Esterlich Mesquida
Manuela Meseguer Barrios
Maria Roselló Sureda
Catalina Servera Domenge
Montserrat Soler Markessinis
Margalida Terrasa Sole
Lluïsa Truyols Lull
Antònia Vicens Torres
M. Antònia Vives Tous

Infermers del centre de salut pilot del Projecte de gestió de cures Son Pisà:

Alberto Abenza Vidal
M. Antònia Barceló Arroyo
Sebastiana Crespí Busquets
Mar Gómez Pérez
Mercè Gomila Mas
Catalina Mas Busquets
Silvia Mota Magaña
Ana María Uréndez Ruiz
Catalina Vadell Mesquida

Infermeres del centre de salut pilot del Projecte de gestió de cures Son
Gotleu:

Lourdes Arias Coll
Rosa M. Company Bauzà
Antònia Gual Frau
Cristina Juárez Alcalde
Carmen Marquès Bardolet
Margarita Massanet Brunet
Damiana Pérez Mariano
Trinidad Planas Juan
Juana M. Rossinyol Crespí
Maria Vila Perelló
Adoración Viñals Cuenca

Dibuixos originals:

Marga Vinyes

Revisió lingüística:

Beatriu Defior i Barcons. Servei Lingüístic de l'Ib-salut.

Impressió:

Impremta Homar, S.L.

Depòsit legal: P.M. 2958-2006

Nota:

Els autors han estat autoritzats per reproduir conceptes de l'adaptació del model conceptual de Virginia Henderson duta a terme per M. T. Luis Rodrigo, C. Fernández i M. V. Navarro a De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI (3a edició: Barcelona, 2005) i per M. T. Luis Rodrigo a Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica (3a edició: Barcelona, 2004), ambdues obres publicades per l'editorial Masson.

Índex

1. Presentació	7
2. Introducció	9
3. Objectius	12
4. Conceptes bàsics del model de Virginia Henderson	13
5. Procés d'atenció d'infermeria	19
5.1 Guia de valoració d'infermeria per necessitats	27
5.2 Diagnòstics d'autonomia. Objectius i activitats	35
5.2.1 Suplència parcial o total per a l'alimentació	35
5.2.2 Suplència parcial o total per a la mobilització i el manteniment d'una postura adequada	43
5.2.3 Suplència parcial o total per al manteniment de la seguretat de l'entorn	51
5.2.4 Suplència parcial o total per a l'eliminació fecal i urinària	57
5.2.5 Suplència parcial o total per al vestiment i la cura personal	65
5.2.6 Suplència parcial o total per a la higiene i la protecció de la pell	67
5.3 Diagnòstics d'infermeria més freqüents dins l'àmbit d'atenció primària	79
5.3.1 Deteriorament de la mobilitat física	79
5.3.2 Cansament en el desenvolupament del rol de cuidador	85
5.3.3 Estrenyiment	87
5.3.4 Interrupció dels processos familiars	91
5.3.5 Dèficit d'activitats recreatives	93
5.3.6 Risc de lesió	97
5.3.7 Coneixements deficients	101

5.3.8	Maneig inefectiu del règim terapèutic personal	103
5.3.9	Maneig efectiu del règim terapèutic personal	107
5.3.10	Baixa autoestima situacional	109
5.3.11	Risc de soledat	111
6.	Programes i protocols	113
6.1	Guia d'educació diabetològica	113
6.1.1	Eines específiques de valoració de la persona amb diabetis mellitus	113
6.1.2	Pla de cures	113
6.2	Programa d'atenció a l'ancià	114
6.2.1	Escales de valoració	114
6.2.2	Pla de cures de l'ancià	114
7.	Bibliografia	117
8.	Annexos	
8.1	Com podem ajudar les persones a menjar millor?	121
8.2	Com podem ajudar les persones que necessiten suport en la mobilització?	125
8.3	Com podem mantenir la seguretat a casa?	133
8.4	Com podem ajudar les persones portadores de col·lector urinari?	137
8.5	Com podem ajudar les persones portadores de sondatge vesical?	139
8.6	Com podem ajudar les persones a rentar-se i arreglar-se?	141

1. Presentació

La concepció que un professional de la infermeria té de la seva pròpia disciplina exerceix una gran influència en les seves activitats professionals. Com més clara, precisa i completa sigui, més evidents seran les directrius per a la pràctica assistencial, gestora, docent i d'investigació. Amb l'objectiu d'analitzar les fites aconseguides pel personal d'infermeria a partir de la reforma de l'atenció primària de Mallorca, l'any 1999 es va elaborar un estudi qualitatiu un dels resultats més rellevants del qual va ser que els infermers i les infermeres manifestaven de forma explícita la necessitat d'adoptar un model conceptual en el qual emmarcar les seves actuacions i un mètode de feina com a instrument per afavorir la independència de la persona cuidada. D'aquí parteix la iniciativa d'aquesta Gerència d'iniciar el Projecte de gestió de cures d'infermeria.

Aquest Projecte, que des de l'any 2001 està en funcionament a la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca (GAP), té com a objectiu principal que tot el personal d'infermeria d'Atenció Primària de Mallorca tengui com a marc conceptual que orienti el seu camp d'actuació el model conceptual de Virginia Henderson, amb la finalitat que aquest ens ajudi a definir un mètode de feina amb què poder mesurar de manera objectiva la qualitat i l'efectivitat de les cures d'infermeria. També es pretén afavorir el desenvolupament de la investigació entre els professionals de la infermeria i enriquir així la nostra pràctica clínica a partir de l'evidència científica. Aquest Projecte és, per tant, un dels eixos fonamentals perquè els infermers ofereixin unes cures de qualitat i d'aquesta manera fomentar la protecció i la promoció de la salut de la població. Amb l'objectiu d'aconseguir tot això, s'ha elaborat un sistema de registre prou àgil, fàcil d'usar i mesurable. Aquest registre, que segueix el procés d'atenció d'infermeria definit, és un instrument que, guiat pel model conceptual, dóna la possibilitat d'avaluar la qualitat de la nostra pràctica clínica.

El professional de la infermeria no sols ha de desenvolupar intervencions enfocades a la curació de la malaltia delegades per altres professionals, sinó que, dins el seu camp de competències, té l'objectiu de detectar les necessitats de cures que té la persona i ajudar a aconseguir la màxima independència no tan sols d'aquesta, sinó també de la família i de la comunitat. La persona és, per tant, part activa del seu procés de salut-malaltia.

Així, la proposta que es fa passa per un canvi conceptual de la nostra feina diària, la qual cosa pot suposar noves organitzacions.

Aquest document és fruit de la feina feta pels mateixos infermers i infermeres de la nostra àrea, sense els quals no s'hauria dut a terme. És un dels primers resultats pràctics del Projecte de gestió de cures, que es complementa amb l'eina imprescindible del procés d'atenció d'infermeria informatitzat en el programa e-SIAP.

En aquest treball es plasmen les hores de dedicació i la il·lusió dipositades en el Projecte per més de 100 infermers (d'un total de 370), juntament amb els infermers referents assistencials i tècnics de la GAP. Serà feina de tots, després, potenciar de forma activa l'adopció del model conceptual de V. Henderson de la resta d'infermers d'Atenció Primària, tant els que treballen amb persones adultes, amb infants i amb adolescents com els que fan feina dins el camp de l'atenció a la dona i de la salut mental.

Amb l'objectiu de promoure una atenció d'infermeria de qualitat, presentam aquest document, que pretén ser una guia específica de suport adreçada a tots els infermers dels centres de salut. Té com a finalitat, per tant, proporcionar una eina d'intervenció i assessorament als professionals perquè aquests puguin cuidar les persones des d'una perspectiva teòrica i conceptual determinada i amb un mètode de feina útil per garantir la protecció de la seva salut.

2. Introducció

Durant l'any 1999 la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca va elaborar un estudi qualitatiu amb l'objectiu d'analitzar allò que s'havia aconseguit professionalment amb la reforma de l'atenció primària (AP), identificar els problemes viscuts i proposar línies de treball per al futur. Entre les propostes sorgides, es va destacar la necessitat de definir el model conceptual en el qual s'emmarcassin les actuacions del personal d'infermeria a l'AP, la necessitat de definir-ne les funcions, orientar el treball d'infermeria a ajudar la persona a fer-se responsable de les seves cures de salut i unificar els criteris d'actuació entre els professionals de la infermeria. A partir d'aquest estudi, la Direcció d'Infermeria de la GAP va dissenyar el Projecte de gestió de cures, el qual va ser consensuat amb l'equip directiu i presentat al Consell de Gestió de l'àrea.

Després d'analitzar els diferents models conceptuals d'infermeria més coneguts en el nostre entorn, es va optar pel desenvolupat per Virginia Henderson. Aquest model és el que han adoptat diversos hospitals de l'àrea de Mallorca i és l'escollit per l'Escola d'Infermeria de la Universitat de les Illes Balears com a marc conceptual de referència en els seus estudis. A més, resulta coherent amb els nostres valors socials, cosa que afavoreix que el personal d'infermeria identifiqui les assumpcions presentades dins el model. D'altra banda, com que es tracta d'un model obert, permet ser adaptat a la nostra realitat i, a més, inclou el tradicional paper de col·laboració que el professional de la infermeria sempre ha tingut amb altres professionals de la salut.

Adoptar el model conceptual de V. Henderson i utilitzar una metodologia de feina comuna ajuden a definir quin és el rol de l'infermer que s'ha de desenvolupar a l'atenció primària i comunitària. A més, afavoreix la utilització d'un mateix llenguatge i permet seguir un mètode sistemàtic en el pla d'atenció. Aquesta concepció fa que s'aclareixi quin és el servei que el professional de la infermeria ofereix a la societat i facilita l'avaluació de la qualitat d'aquest servei.

L'objectiu principal d'aquest Projecte de gestió de cures és millorar la qualitat de l'atenció que ofereix el personal d'infermeria d'AP en la nostra realitat, en què l'envelliment de la població, l'increment de malalties cròniques i els canvis en la morbiditat produeixen un augment de les

persones en situació de manca d'autonomia, cosa que comporta més necessitat dels serveis socio-sanitaris i, en conseqüència, més demanda de les cures d'infermeria dins l'àmbit de l'atenció primària i comunitària.

Els objectius específics que es plantejaren foren els següents: aprofundir en la reflexió i adquirir els coneixements necessaris per adoptar el model conceptual de V. Henderson en la pràctica assistencial, integrar en el procés d'infermeria l'aplicació dels criteris de qualitat establerts per avaluar el producte dels equips d'atenció primària (EAP).

El primer que es va programar per aconseguir els objectius descrits anteriorment va ser una formació bàsica per a dos professionals de la infermeria de cada centre de salut (CS) de Mallorca (la persona responsable d'infermeria i un altre membre de l'equip) perquè es poguessin transformar en el referent per adoptar el model conceptual de V. Henderson dins l'equip del centre. L'activitat va ser impartida durant l'any 2001 per professores del Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears. Les finalitats d'aquesta formació van ser incitar a la reflexió sobre la professió d'infermeria i establir les bases per adoptar el model en la pràctica clínica.

En una segona fase durant l'any 2002, es van planificar i dur a terme una sèrie d'activitats per assegurar la continuïtat en l'adopció del model. Es van dotar tots els CS de la bibliografia referent al model conceptual de V. Henderson. A partir dels projectes elaborats per cada un dels CS per planificar àrees de millora, se'n seleccionaren tres, anomenats CS pilot, per iniciar l'adopció del model. Durant el primer trimestre de l'any 2004 es va fer una avaluació d'aquest procés d'adopció.

D'altra banda, també durant l'any 2002 es formaren el que anomenam grups de líders de les cures. Aquests grups estan formats pels infermers de tots els CS que reberen la formació teòrica i que continuaven interessats en l'adopció del model en la pràctica assistencial. L'estratègia seguida pels quatre grups de líders de cures creats va ser fer una sessió mensual en què es treballaven diferents temes com els diagnòstics d'autonomia (anomenats fins ara problemes d'autonomia) i els diagnòstics d'independència (anomenats fins ara diagnòstics d'infermeria segons la nomenclatura de la NANDA)¹ i també casos clínics, a fi d'aprofundir en el mètode d'infermeria segons la visió del model i introduir-hi elements que permetin en el futur la implicació de la resta de l'equip.

Durant l'any 2003 es va continuar amb les diferents activitats dels CS pilot i dels grups de líders de les cures i es va incorporar una infermera com a tutora del model, que ha vetlat per un desenvolupament adequat de tot el procés d'adopció del model.

Aquest document és el fruit de la feina feta pels infermers dels grups de líders de les cures amb aportacions de diferents infermeres coneixedores del model de V. Henderson.

El contingut que es desenvolupa a continuació descriu: la definició del model conceptual de V. Henderson en el qual emmarcarem el procés d'atenció d'infermeria amb la valoració i el pla de cures corresponent, els diagnòstics d'autonomia que poden viure aquelles persones de les quals tenim cura i els diagnòstics d'independència més freqüents dins l'àmbit de l'atenció primària, l'adaptació del pla de cures en els diferents programes vigents a la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca i alguns fullets útils en l'atenció a la població que necessita cures de suplència.

Aquest document permetrà comprendre millor quina és l'essència de les intervencions d'infermeria des de la visió conceptual de V. Henderson dins l'àmbit de l'atenció primària i també integrar els elements teòrics i els pràctics.

¹ Atesa la tendència a englobar en el concepte "diagnòstic d'infermeria" tot allò de què són responsables els infermers, Luis, Fernández i Navarro, en les seves darreres publicacions, plantegen un canvi de nomenclatura. El que denominaven problemes d'autonomia passa a definir-se com a diagnòstics d'autonomia. Igualment, el que utilitzaven com a diagnòstics d'infermeria seran els diagnòstics d'independència.

3. Objectius

L'objectiu general plantejat és definir un marc conceptual en què el personal d'infermeria d'Atenció Primària de Mallorca dugui a terme les activitats de la seva competència professional tant de forma autònoma com des d'un rol de col·laboració dins l'equip interdisciplinari.

Els objectius específics que es pretenen aconseguir amb aquest document són proporcionar una eina al personal d'infermeria d'Atenció Primària perquè desenvolupi la seva activitat professional d'una manera metòdica des d'una perspectiva determinada i facilitar la utilització d'un llenguatge comú.

4. Conceptes bàsics del model de Virginia Henderson

Al llarg de la història el personal d'infermeria ha adoptat diversos rols professionals. La contínua evolució de les cures d'infermeria i la voluntat de donar qualitat a l'atenció d'infermeria ens porten a sentir la necessitat de definir novament quin és el rol professional d'atenció familiar i comunitària que s'ha de desenvolupar dins l'àrea d'Atenció Primària de Mallorca. Actualment, els professionals de la infermeria desenvolupen un rol autònom en què fonamenten l'essència del fet de tenir cura de la persona, la família i la comunitat en el model conceptual adoptat, alhora que duen a terme activitats derivades de les prescripcions d'altres professionals.

Adoptar un marc conceptual d'infermeria de referència facilita el desenvolupament de tot un cos de coneixements propis de la disciplina i ajuda a definir la naturalesa de la intervenció d'infermeria. També descriu el "saber fer" i el "saber estar" del professional de la infermeria en els diferents àmbits d'actuació, és a dir, permet lligar la ciència i l'art de la nostra professió.

El model conceptual d'una disciplina és el que defineix els valors i els elements del seu centre d'interès, posa els límits a les seves responsabilitats i el contingut de les seves intervencions, és a dir, en defineix l'essència i en guia la pràctica. Per tant, els elements teòrics i conceptuals d'un model d'infermeria determinat ofereixen una orientació específica de les cures, no tan sols per al personal d'infermeria, sinó també per als altres membres de l'equip interdisciplinari i per a la societat.

El model en què es basa aquest document és la visió d'infermeria de V. Henderson. L'adopció d'aquest model conceptual permet aclarir quines són les aportacions del personal d'infermeria de manera autònoma i dins l'equip interdisciplinari. Segons aquesta visió, les intervencions d'infermeria van dirigides a satisfer les necessitats bàsiques de la persona i, així, aconseguir conservar-ne la salut o ajudar-la a morir amb dignitat.

El model conceptual en què s'ha basat aquest document és l'adaptació del model de V. Henderson realitzada per les infermeres M. Teresa Luis Rodrigo, Carmen Fernández i M. Victoria Navarro, professores de la Universitat de Barcelona.

L'anomenat model considera la persona com l'eix de l'atenció que ofereixen els professionals de la infermeria i considera que la seva funció és "atendre l'individu, malalt o sa, en la realització d'aquelles activitats que contribueixen a la seva salut o a la seva recuperació, o a una mort digna, activitats que ell mateix realitzaria si tingués la força, la voluntat i els coneixements necessaris, amb la finalitat que adquireixi la independència al més aviat possible. Ajudar la persona malalta a seguir el pla terapèutic, prescrit pel metge o per un altre professional, i col·laborar mitjançant el coneixement i tècniques específiques en el diagnòstic mèdic i en el seguiment de la malaltia".

La unitat d'atenció en el nostre àmbit va més enllà de la persona considerada de manera individual; sempre es té en compte l'entorn tant familiar com comunitari en què es desenvolupa la vida d'aquesta persona.

La persona

Ésser humà integral amb components biològics, psicològics, socioculturals i espirituals que interactuen entre si, i que tendeix a la independència.

Presenta 14 necessitats bàsiques (NB), que ha de satisfer per mantenir la integritat (física i psicològica) i la independència i per promoure el seu desenvolupament i creixement.

Les 14 NB són comunes a totes les persones, si bé la manera de satisfer-les i de manifestar-se seran diferents en cada persona.

Aquestes NB constitueixen la base de les cures d'infermeria.

Independència

El nivell òptim de desenvolupament del potencial de la persona per satisfer les NB.

Satisfacció de les 14 NB mitjançant les accions adequades que la persona duu a terme per ella mateixa en funció de l'edat, l'etapa de desenvolupament o la situació de salut.

Manifestació d'independència

Conductes o indicadors de conductes de la persona (dades subjectives i objectives) que resulten adequats i suficients per satisfer les NB, d'acord amb la seva situació de vida.

Dependència

El desenvolupament insuficient del potencial de la persona per satisfer les NB ara o en el futur per manca de força, coneixements o voluntat.

Insatisfacció d'una o diverses NB com a conseqüència d'accions inadequades o insuficients que fa la mateixa persona segons l'edat, l'etapa de desenvolupament o la situació de salut.

Manifestació de dependència

Conductes o indicadors de conductes de la persona que resulten erronis, inadequats i/o insuficients per satisfer les NB, actualment o en el futur, d'acord amb la seva situació de vida. Sempre que la causa sigui:

- falta de coneixements
- falta de força
- falta de voluntat

Conducta: acció o reacció sobre la qual la persona pot incidir de manera voluntària.

Indicador de conducta: evidència directa observable que es produeix una conducta determinada.

Fonts de dificultat

La font de dificultat, que segons el model rep també el nom d'àrea de dependència, indica l'origen probable dels problemes patits per la persona, dels quals el personal d'infermeria pot i ha d'ocupar-se.

Obstacles o limitacions personals que fan que la persona no pugui satisfer de manera independent les 14 NB.

1) Coneixements (què fer i com fer-ho)

Saber quines accions són les accions més indicades per gestionar una situació de salut i com dur-les a la pràctica.

Consideram que l'àrea de dependència és la manca de coneixements quan la persona, tenint la capacitat per percebre, processar i recordar la informació, no té prou coneixements per manejar les cures de salut o ignora com utilitzar-les.

2) **Força.** Es desglossa en dos components:

Força física: capacitat física i habilitats per desenvolupar una determinada acció (poder fer-ho).

Força psíquica: capacitat psicològica de la persona per interioritzar la informació rebuda, relacionar-la amb els seus coneixements i creences, prendre decisions adequades amb relació a la seva salut i dur-les a terme (per què fer-ho i per a què fer-ho).

Consideram que l'àrea de dependència és la manca de força física en aquells casos en què la persona no té prou capacitat psicomotriu o prou força i to muscular per dur a terme les activitats necessàries.

I manca de força psíquica quan ignora els beneficis de les accions que ha de dur a terme, no les relaciona amb la seva situació de salut, no és capaç de prendre una decisió o la que pren no és l'adequada.

3) **Voluntat** (voler fer-ho)

Implica mantenir la conducta adequada durant el temps necessari i amb la freqüència i la intensitat requerides.

Consideram que l'àrea de dependència és la manca de voluntat quan la persona, havent pres la decisió adequada i manifestant el desig de posar-la en pràctica, no persisteix en les conductes amb prou intensitat o durant el temps necessari.

La falta de voluntat no es refereix a aquelles situacions en què la persona, en l'exercici del seu dret a triar les seves pròpies cures de salut, pren una decisió informada de no seguir les prescripcions terapèutiques. En aquest cas, no podem considerar que li falti voluntat, sinó que la seva opció de salut no coincideix amb la que els professionals consideren la més adequada.

Entorn

Conjunt de factors intrínsecs i extrínsecs a la persona, incloent aquests darrers la família, que afecten i influeixen o podrien influir en la satisfacció de les NB.

Salut

Satisfacció de les 14 NB.

Rol professional

Suplir l'autonomia de la persona (fer per ella) o ajudar-la a aconseguir la independència (fer amb ella) desenvolupant la seva força, coneixements i voluntat perquè empri de manera òptima els recursos interns i externs.

L'infermer:

- Actua com a facilitador del desenvolupament de la persona.
- Exerceix un rol de suplència en el cas que la persona no pugui actuar per si mateixa. En el nostre àmbit, la suplència la fa fonamentalment la família i el cuidador de la persona.
- Ajuda a utilitzar de manera adequada els recursos propis i els de l'entorn, amb la finalitat d'aconseguir la independència tan ràpid com sigui possible.

Necessitats bàsiques de salut segons Virginia Henderson

Requisits fonamentals indispensables per mantenir la integritat de l'ésser humà.

1. Respirar.
2. Menjar i beure.
3. Eliminar per totes les vies corporals.
4. Moure's i mantenir una postura adequada.
5. Dormir i descansar.
6. Vestir-se i desvestir-se.
7. Mantenir la temperatura corporal dins els límits normals.
8. Mantenir la higiene corporal i la integritat de pell i teguments.
9. Evitar perills.
10. Comunicar-se amb els altres.
11. Viure segons els propis valors i creences.
12. Ocupar-se en alguna tasca per sentir-se realitzat.
13. Participar en activitats recreatives.
14. Aprendre.

5. Procés d'atenció d'infermeria

El procés d'atenció d'infermeria (PAI) s'ha definit com “un mètode sistemàtic i organitzat per proporcionar les cures d'infermeria individualitzades d'acord amb el concepte bàsic que cada persona respon de manera diferent davant una situació real o potencial de salut. És, per tant, un conjunt d'accions intencionades que la infermera realitza en un ordre específic amb la finalitat d'assegurar que la persona rebi atenció de qualitat” (Alfaro, 1999).

L'adopció d'un model conceptual ens ajuda a precisar la naturalesa de les cures d'infermeria i a aclarir l'àrea de competència professional. En canvi, el PAI és el mètode de feina emprat pel professional.

“El model diu com han de ser les cures d'infermeria; el procés d'infermeria descriu com s'han d'organitzar” (Walsh, 1991; citat per Luis, Fernández i Navarro, 2005).

“Mètode sistemàtic de brindar cures humanistes eficients centrades en l'assoliment de resultats esperats” (Alfaro-LeFevre, 1999).

La utilització del procés d'infermeria millora la capacitat per resoldre problemes, per prendre decisions i per optimitzar els recursos.

Les etapes del procés d'atenció d'infermeria són:

- A. Valoració
- B. Identificació dels problemes
- C. Planificació (pla de cures)
- D. Execució
- E. Avaluació

A) Valoració

La recollida de dades és un procés planificat, sistemàtic i complet que permet reunir informació específica d'una persona amb l'objectiu d'identificar-ne els problemes i les necessitats de cures.

L'objectiu fonamental de la valoració és aconseguir informació precisa, concreta i necessària que permeti determinar els problemes, les seves

causes, els factors que contribueixen a la seva aparició i les capacitats i els recursos de què disposa la persona per trobar-hi solucions.

a) Dades objectives: observables, mesurables (exploració física).

El que observa el professional de la infermeria.

b) Dades subjectives: idees, sentiments, percepcions de la persona, el cuidador o la família.

El que diu la persona o la família.

Es pot fer la valoració d'una persona de manera:

1) general, valorant les 14 necessitats.

2) focalitzada, quan volem valorar específicament una necessitat.

A l'apartat 5.1 es desenvolupa la Guia de valoració d'infermeria.

Dins les dades obtingudes durant el procés de valoració podrem identificar: manifestacions d'independència i manifestacions de dependència, ja definides anteriorment, i dades d'interès. Dins les dades d'interès, hi inclourem les conductes errònies, inadequades o insuficients que no estan relacionades amb una àrea de dependència, sinó amb un altre tipus d'impediments (econòmics, geogràfics, socials...) que no són competència únicament dels infermers. També hi inclourem totes aquelles dades que, tot i que no són conductes o indicadors de conducta, són rellevants i necessàries per planificar les cures, ja que poden incidir en la satisfacció de les necessitats; per exemple: preferències i gusts, recursos personals, familiars i comunitaris o limitacions i característiques personals.

B) Identificació dels problemes

Una vegada obtinguda la informació necessària (valoració) i seleccionades les dades rellevants, s'han de relacionar per poder determinar el problema de salut que la persona té o que està en risc de patir. S'ha de tenir en compte que l'infermer és el professional que ajuda la persona a identificar el problema que té, no qui decideix quin és el problema.

Sovint els problemes estan relacionats entre si, per la qual cosa és necessari determinar quin és el problema principal i a partir de la solució d'aquest se'n podran solucionar d'altres.

Segons la novena conferència de la NANDA, un diagnòstic d'infermeria és un judici clínic sobre la resposta de l'individu, la família o la comunitat a problemes de salut o processos vitals reals o potencials. El diagnòstic d'infermeria proporciona la base per seleccionar intervencions d'infermeria destinades a aconseguir els objectius de què l'infermer és responsable.

De la informació recollida i organitzada d'acord amb l'apartat anterior, els problemes es poden identificar com a:

Diagnòstics d'autonomia

Reflecteixen una falta parcial o total, temporal o permanent de capacitat física o psíquica de l'usuari per fer per si mateix les accions apropiades per satisfer les necessitats bàsiques (Luis, 2004).

L'actuació del professional de la infermeria ha d'anar encaminada a suplir la persona realitzant per ella les accions necessàries per satisfer les necessitats susceptibles de suplència.

En el cas d'atenció primària, el personal d'infermeria no pot dur a terme directament les activitats de suplència; per tant, la seva tasca és educar el cuidador perquè ho faci de la millor manera possible, incidint especialment a fomentar el grau màxim de participació de l'usuari.

Suplència parcial o total per a l'alimentació.

Suplència parcial o total per a la mobilització i el manteniment d'una postura adequada.

Suplència parcial o total per al manteniment de la seguretat de l'entorn.

Suplència parcial o total per a l'eliminació fecal i urinària.

Suplència parcial o total per al vestiment i la cura personal.

Suplència parcial o total per a la higiene i la protecció de la pell.

Suplència parcial o total per al manteniment de la temperatura corporal.

La suplència la fa el denominat "agent d'autonomia assistida", que habitualment coneixem per CUIDADOR; també pot fer-la l'infermer, l'auxiliar d'infermeria, el treballador familiar..., segons la situació.

Diagnòstics d'independència

Es formulen seguint la taxonomia de la NANDA.

Resposta real o potencial de la persona davant una situació de vida que resulta apropiada però millorable (apropiada ara però no en el futur) o inapropiada actualment (Luis, Fernández i Navarro, 2005).

Tipus de diagnòstics

1. Diagnòstic real: són respostes actuals de la persona relacionades amb la satisfacció de les seves necessitats bàsiques i que tenen l'origen en òn es manifesten a través de òn conductes errònies, inadequades o insuficients generades per una manca de força, de coneixements o de voluntat. Es formulen amb:

Etiqueta diagnòstica + causa + manifestacions de dependència + àrea de dependència (coneixements, voluntat, força)

Per exemple: deteriorament de la mobilitat física amb relació a disminució de la força de la cama dreta, manifestat per deambulació lenta i difícil. Àrea de dependència: força física.

2. Diagnòstic de risc: són respostes de la persona relacionades amb la satisfacció de les seves necessitats bàsiques que, si es mantenen, poden produir una alteració en aquestes. No hi ha indicadors de l'existència del diagnòstic d'independència, però poden aparèixer per conductes de risc (manifestacions de dependència) generades per una àrea de dependència o més. Es formulen amb:

Etiqueta diagnòstica + factors de risc + àrea de dependència (coneixements, voluntat, força)

Per exemple: risc de lesió amb relació a la infravaloració de les mesures de seguretat a la llar. Àrea de dependència: força física.

3. Diagnòstic de salut: són respostes de la persona relacionades amb la satisfacció de les seves necessitats bàsiques que resulten apropiades però millorables, sobre les quals la persona pot i vol incidir, augmentant els coneixements o la força física. Es formulen amb:

Etiqueta diagnòstica + àrea de dependència (coneixements o força física)

Per exemple: maneig efectiu del règim terapèutic personal. Àrea de dependència: coneixements.

Problemes de col·laboració

Problemes de salut reals o potencials en els quals la persona requereix que l'infermer faci per ella les activitats de tractament i control prescrites per un altre professional, generalment el metge. El centre d'atenció no és la situació fisiopatològica, ni el professional amb el qual col·laboram, sinó la persona.

Són problemes relacionats amb la patologia, el tractament i/o les tècniques diagnòstiques.

Ens podem trobar que el problema ja existeix (per exemple, infecció de ferida quirúrgica) o, més sovint, problemes que s'han de vigilar perquè poden sorgir i que s'enuncien com a "complicacions potencials"; se n'han de monitorar els signes i símptomes per detectar-ne precoçment l'aparició.

Priorització dels problemes detectats

Molt sovint, trobam usuaris en els quals identifiquem més d'un problema de salut; per tant, és important prioritzar en quin o quins actuarem.

A continuació s'assenyala una proposta per ajudar a prioritzar el problema a l'hora d'actuar:

- Problemes que amenacen la vida de la persona, que necessiten atenció immediata.
- Problemes que per a la persona o la família són prioritaris.
- Problemes que contribueixen o coadjuven a l'aparició o la permanència d'altres problemes; la resolució d'aquests eliminarà o reduirà els altres.
- Problemes que, pel fet de tenir la mateixa causa, poden abordar-se conjuntament, i així optimitzar la utilització dels recursos i augmentar l'eficiència del treball d'infermeria.
- Problemes que tenen una solució senzilla, perquè resoldre'ls serveper abordar-ne d'altres de més complexos o de llarga resolució.

C) Planificació (pla de cures)

La planificació implica que, una vegada tinguem prioritzats els problemes que cal abordar, establirem els objectius i les intervencions o activitats que s'han de dur a terme.

La formulació d'objectius variarà segons el tipus de problema que s'hagi de treballar:

- Diagnòstic d'autonomia: descriuria les fites que ha d'aconseguir l'agent d'autonomia assistida (cuidador).

Per exemple: si ens trobam davant una persona que necessita suplència total en la mobilitat, l'objectiu serà mantenir en tot moment la postura corporal adequada i facilitar la mobilització del cos.

- Diagnòstic d'independència: descriuria les fites que ha d'aconseguir la persona, però no reflectiria les conductes del professional de la infermeria.

Per exemple: si ens trobam davant una persona que necessita recuperar la força d'una extremitat després d'haver patit un accident cerebrovascular, l'objectiu final (reflecteix el resultat final esperat) serà que la persona adquireixi o recobri la màxima capacitat de mobilitat de l'extremitat afectada; els objectius intermedis seran que la persona conegui els exercicis adequats per recuperar la mobilitat de l'extremitat afectada (àrea de dependència: coneixements), que faci els exercicis pactats segons el pla establert (àrea de dependència: força física) i que mantengui els exercicis el temps necessari per aconseguir la millora de la mobilitat (àrea de dependència: voluntat).

Cal recordar que l'objectiu final de les intervencions és el resultat esperat en termes de nivell òptim de desenvolupament del potencial de la persona. Els objectius intermedis posen de manifest la resolució parcial de les àrees de dependència i permeten avaluar l'eficàcia de les nostres intervencions en tot moment a fi d'aconseguir l'objectiu final. Per tant, tant els objectius finals com els intermedis han de ser realistes i assolibles. Sempre s'han de pactar amb la persona i/o la família.

Ens hem de demanar quines intervencions s'han de fer per aconseguir els objectius que ens hem fixat amb la persona, la família o el cuidador.

Intervenció: forma d'actuar davant els diagnòstics identificats.

Activitats: conjunt d'operacions o tasques necessàries per dur a terme qualsevol intervenció.

Les activitats, igual que els objectius, han de ser pactades amb la persona, la família i/o el cuidador.

D) Execució

Posada en pràctica del pla i observació de les respostes que es produeixen.

E) Avaluació

Valoració dels resultats aconseguits, decisió d'introduir canvis en el procés.

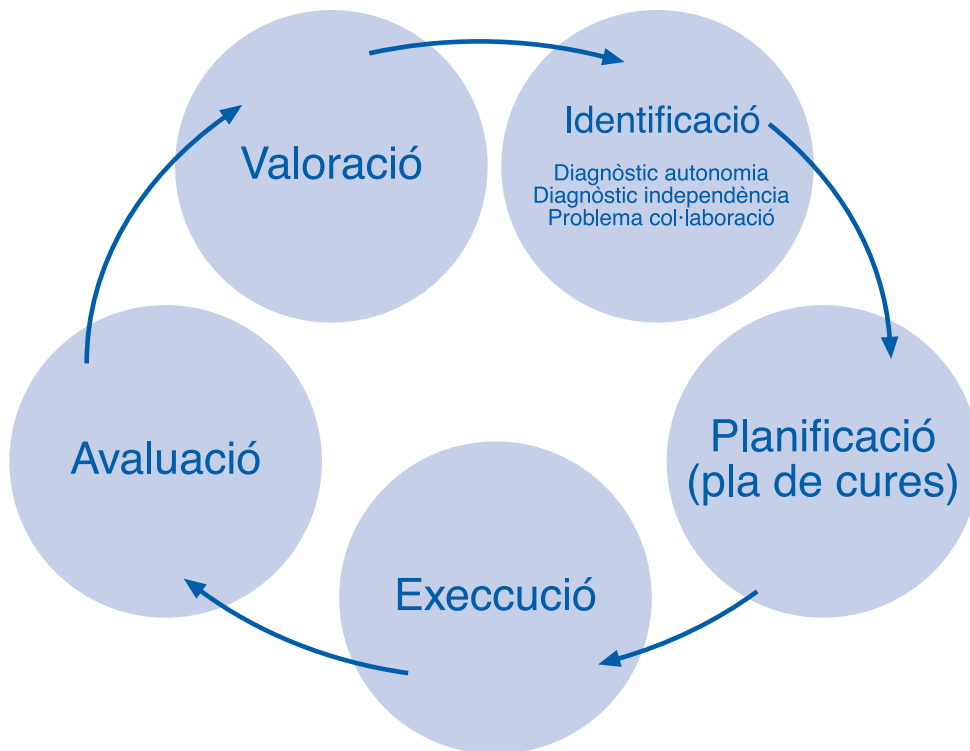
L'avaluació és una part fonamental del procés que ens permet valorar si hem aconseguit els objectius marcats en les intervencions realitzades. És impossible arribar a aquesta fase sense haver definit clarament els criteris de resultats a la fase de planificació. L'avaluació és la part final del procés, però també ha d'estar present durant tot el procés com a valoració continuada, com a part integral de la relació entre el professional de la infermeria i la persona.

El registre del procés d'infermeria s'ha de fer durant tot el seu desenvolupament. És una part fonamental que s'ha de dur a terme durant el procés. És important perquè:

- Facilita la comunicació entre els professionals.
- Permet el seguiment del pla d'actuació definit.
- Permet l'avaluació de les cures fetes.
- Legalment, és l'eina on queda reflectida la intervenció d'infermeria.

És important tenir en compte les normes tècniques i els programes i protocols vigents a l'àrea, alguns dels quals donen normes específiques de registre de dades.

Procés d'atenció d'infermeria



5.1 Guia de valoració d'infermeria per necessitats bàsiques

1. Necessitat de respirar

Exploració física:

FR Tipus de respiració Tos: **NO** **SÍ**: des de quan/...../.....

Expectoració: **NO** **SÍ**: tipus Dispnea: **NO** **SÍ**: quan

Traqueotomia: **SÍ** **NO** Oxigenoteràpia: **NO** **SÍ**: hores/dia BIPAP: **SÍ** **NO**

Aerosolteràpia: **NO** **SÍ**: ús correcte: **SÍ** **NO**:

Hàbits

Fumador: **NO** **Exfumador** **SÍ**: des de quan fuma:/...../..... nombre cigarrets/dia:

Intents anteriors de deixar de fumar: **SÍ** **NO** Etapa del procés de canvi:

Test de Fagerström i test de Richmond

Altres manifestacions i dades d'interès:

2. Necessitat de menjar i beure

Exploració física:

Pes: Talla: Canvis de pes recents: **SÍ** **NO**

Manca de peces dentàries: **SÍ** **NO** Pròtesis: **SÍ** **NO** Lesions mucosa oral: **NO** **SÍ**: tipus

Dificultat masticació: **NO** **SÍ**: causa Disfàgia: **NO** **SÍ**: amb què Reflux: **SÍ** **NO**

Acidesa: **SÍ** **NO** Sondes d'alimentació: **NO** **SÍ**: SNG gastrostomia jejunostomia
tipus: núm.: data del darrer canvi:/...../.....

Hàbits

Tipus dieta: Pautes prescrites: Qualitat dieta mediterrània:

On i amb qui menja habitualment: Qui cuina: Com menja:

Té gana: **SÍ** **NO** Aliments que no li agraden: Al·lèrgies:

Dificultats per:

	SÍ	NO		SÍ	NO
Seguir la dieta prescrita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preparar el menjar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantenir el pes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trossejar el menjar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anar a comprar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Posar-se el menjar a la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altres manifestacions i dades d'interès:

3. Necessitat d'eliminar per totes les vies corporals

Exploració física:

Urinari: Molèsties: NO Sí: tipus Incontinència: NO Sí: tipus portador de
Sonda: tipus núm. data del darrer canvi .../.../...
Fecal: Molèsties: Sí NO Estrenyiment crònic: Sí NO Incontinència: NO Sí: portador de
Menopausa: NO Sí: desde quan .../.../... símptomes: sagnat: Sí NO

Hàbits

Micció: nombre vegades /dia nombre vegades /nit Ajudes
Deposició: nombre vegades /dia nombre vegades /setmana Ajudes

Índex de Katz

Altres manifestacions i dades d'interès:
.....

4. Necessitat de moure's i mantenir una postura adequada

Exploració física:

Pèrdua de força muscular: **NO Sí:** EID ESD EIE ESE Equilibri estable: **Sí NO**
Rigidesa musculoesquelètica: **NO Sí:** on Contractures musculars: **NO Sí:** on
Conserva amplitud articular: **Sí NO:** on Amputacions: **NO Sí:** quines pròtesis: **Sí NO**
Dolor: **NO Sí:** escala de dolor localització
Índex de Katz i escala de Lawton i Brody

Hàbits

Exercici físic: **NO Sí:** tipus freqüència percepció d'exercici físic
Activitat laboral: Recursos per disminuir el dolor:
Rehabilitació: NO Sí: nombre dies /setmana Ús material auxiliar: Ús correcte: **Sí NO**

Dificultats per:

	SÍ	NO		SÍ	NO
Moure's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aixecar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fer la transferència cadira-llit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moure's al llit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asseure's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altres manifestacions i dades d'interès:
.....
.....

5. Necessitat de dormir i descansar

Hàbits

Hores de son de nit: Hores de son de dia: Canvis en el patró de son habitual: SÍ NO
S'aixeca descansat: SÍ NO Ajudes per dormir:

Dificultats per:

	SÍ	NO	Observacions
Dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Altres manifestacions i dades d'interès:

6. Necessitat de vestir-se i desvestir-se

Hàbits

Roba i sabates adequades: SÍ NO Canvis en l'aspecte/cura personal habitual: SÍ NO
Utilitza ajudes mecàniques:

Dificultats per: índex de Katz

Altres manifestacions i dades d'interès:

7. Necessitat de mantenir la temperatura corporal dins els límits normals

Exploració física:

Temperatura axil·lar:

Hàbits

Fredolec / calorós

Quins recursos utilitza per a la febre:

Altres manifestacions i dades d'interès:

8. Necessitat de mantenir la higiene corporal i la integritat de pell i teguments

Exploració física:

Higiene adequada: **SÍ NO**: quina zona Estat de la pell:

Picor: **SÍ NO** Exploració del peu diabètic: **NO SÍ**:

Edemes: **SÍ NO** Fòvea: **SÍ NO** Escala PRIMA 4:

Cremades: **SÍ NO** Úlceres vasculares: **SÍ NO** Ferides i lesions: **NO SÍ**:

Úlceres per pressió: **NO SÍ**:

Hàbits

Podòleg: **NO SÍ**: periodicitat Dentista: **NO SÍ**: periodicitat

Ús de productes protectors de la pell:

Ús de dispositius per prevenir úlceres per pressió:

Dificultats per:

	SÍ	NO
Entrar i sortir de la banyera o dutxa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentar-se zones de difícil accés (esquena i peus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentar-se els cabells	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tallar-se les ungles dels peus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afaitar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene de tot el cos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene dins el llit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altres manifestacions i dades d'interès:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. Necessitat de comunicar-se amb els altres

Exploració física:

Afàsia: **SÍ** **NO**

Disàrtria: **SÍ** **NO**

Hàbits

Idioma habitual: Recursos per comunicar-se: **NO** **SÍ**:

Sensació de soledat: **NO** **SÍ**:

Hàbits relacions personals/cuidador principal:

Persones significatives: **NO** **SÍ**: quines

Manifesta problemes en les seves interrelacions: **NO** **SÍ**:

Manifesta problemes afectius o sexuals: **NO** **SÍ**:

Cuidador principal:

Nom:

Parentiu:

Dificultats per:

SÍ **NO**

Fomenta la independència de la persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afavoreix que participi en activitats recreatives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sol·licita ajuda quan en necessita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Canvis en les relacions socials i/o familiars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Genograma

Altres cuidadors:

Repartiment d'activitats entre els cuidadors:

Dificultats per: Situacions que dificulten comunicació: **NO** **SÍ**:

Altres manifestacions i dades d'interès:

11. Necessitat de viure segons els propis valors i creences

Hàbits

Voluntats anticipades: **NO** **SÍ**:

Manifesta creences religioses/espirituals: **NO** **SÍ**:

Conflicte entre les cures de salut i els seus valors: **NO** **SÍ**:

Dificultats per:

SÍ **NO**

Mantenir les pràctiques religioses habituals:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Prendre decisions:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Altres manifestacions i dades d'interès:

.....

.....

12. Necessitat d'ocupar-se en alguna tasca per sentir-se realitzat

Hàbits

Està satisfet amb el seu rol dins:

la família? **SÍ** **NO**: la feina? **SÍ** **NO**:

la comunitat? **NO** **SÍ**: activitats

Repercussió de la situació actual en la família:

Altres manifestacions i dades d'interès:

.....

.....

13. Necessitat de participar en activitats recreatives

Hàbits

Activitats recreatives: **NO** **SÍ**: quines freqüència Manifestacions d'avorrimet: **NO** **SÍ**

Coneix els recursos de la comunitat: **NO** **SÍ**: Quines activitats li agradaria fer

Altres manifestacions i dades d'interès:

.....

.....

14. Necessitat d'aprendre

Hàbits

Nivell d'estudis:

Llegeix i escriu:

Problemes de salut identificats:

Problemes de salut no identificats:

Persona	SÍ	NO	Observacions
Coneix les cures necessàries per a cada problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coneix les possibles complicacions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Identifica les situacions d'alarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sap com actuar davant situacions d'alarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sap coordinar diverses cures a la vegada: exercici, dieta...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Família	SÍ	NO	Observacions
Coneix les cures necessàries per a cada problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coneix les possibles complicacions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Identifica les situacions d'alarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sap com actuar davant situacions d'alarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sap coordinar diverses cures a la vegada: exercici, dieta...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Dificultats per:

Altres manifestacions i dades d'interès:

5.2 Diagnòstics d'autonomia. Objectius i activitats

5.2.1 Suplència parcial o total per a l'alimentació

Objectiu: facilitar la ingestió de líquids i sòlids.

Activitats:

1. Elaborar amb l'usuari o la família menús adequats i variats, que tenguin la quantitat apropiada de principis immediats, adaptats als problemes de salut de la persona atesa. S'haurien de considerar les pautes següents:
 - Aconsellar que faci 5-6 menjades al dia: desdijuni, berenar a mitjan matí, dinar, berenar a l'horabaixa, sopar i un tassó de llet o un iogurt abans d'anar a dormir.
 - Afavorir la ingestió de verdures pel seu contingut en fibra i vitamines.
 - Tenir en compte que hi hagi la quantitat adient de proteïnes i líquids.
 - Aconsellar la utilització de tassons amb ansa i de vaixela que no es pugui trencar si la persona està desorientada.
 - Tenir cura de la presentació dels aliments. Respectar les preferències de la persona i, si és possible, que sigui ella qui triï el menú. Presentar un plat cada vegada.
2. Procurar un ambient tranquil i no administrar el menjar quan la persona està fatigada o després d'una activitat física. És molt important donar prou temps per menjar.
3. Col·locar l'usuari en posició correcta. Si està allit, alçar-lo i deixar-lo assegut damunt el llit si no es pot aixecar; protegir el pit amb un tovalló amb el cap lleugerament dirigit cap endavant. Si la persona presenta parts del cos amb atonia (paràlisi), col·locar-les sempre en alineació amb el cos, recolzades i, si és possible, dins el camp visual de la persona.
4. Comprovar la temperatura dels aliments abans d'oferir-los.
5. Oferir els aliments mostrant els coberts a la línia de visió de la persona, en petites quantitats, emprant coberts petits.

6. Si l'usuari té dificultats per a la deglució:

- Primer triturar tot el menjar i a poc a poc anar canviant la textura així com vagi millorant.
- Oferir menjars freds, ja que solen estimular el reflex de deglució.
- Preparar els aliments recomanats: cremes espesses de verdures, purés de fruites, iogurts, natilles, flams, ous remenats, sopes espesses de sèmola, carn triturada, peixos suaus sense espines. Es recomana emprar farina de blat de les Índies com a espessidor.
- Evitar: fruites crues senceres, pa dur, carn no triturada, sopes clares, pastissos.
- Donar una quantitat adequada de líquids al dia; es poden preparar utilitzant espessidors comercials o gelatines.

Respectant la seqüència següent, oferir els aliments que afavoreixin la deglució:

- Donar el menjar sòlid o líquid amb una cullera petita i buidar la llengua, a la part no afectada, en cas d'ictus.
- Demanar-li que:
 - tanqui la boca i desplaci el menjar cap al costat sa emprant la llengua, en cas d'ictus;
 - mastegui bé el menjar;
 - estrenyi la barbata contra el tòrax i no respiri en 1 o 2 segons;
 - s'ho empassi en dues vegades.
- Observar l'estat de la boca per comprovar que s'hagi empassat tot l'aliment abans de la següent cullerada.

7. Mantenir la persona incorporada 30 minuts abans i després de les menjades.

Nota: emprarem aquesta suplència quan la persona no pugui menjar tota sola i necessiti l'ajuda total o parcial d'una altra persona. Si la persona usa dispositius o ho pot arribar a fer tota sola ensenyant-li mesures alternatives, seria més apropiat enunciar el diagnòstic de dèficit d'autocura en l'alimentació.

Procediment per a les cures en persones portadores de sondatge nasogàstric

Objectiu: mantenir la pell i les mucoses en bon estat, i també mantenir la correcta col·locació de la sonda nasogàstrica (SNG).

Material necessari:

- Guants no estèrils.
- Material per a la higiene: palangana amb aigua tèbia, sabó, tovallola i gases estèrils.
- Material per a la hidratació de la pell.
- Material de fixació de la sonda: esparadrap o apòsit.
- Material per a l'administració d'aliments o medicació: xeringa de bol de 50 a 60 ml, recipient graduat per mesurar els continguts residuals, aigua per administrar, pinça Kocher i/o taps de sonda.

Activitats:

1. Cures generals

1. Rentar-se les mans abans i després de la manipulació de la sonda i del sistema.
2. Netejar bé al voltant de l'orifici nasal i de la zona de fixació de la SNG amb aigua i sabó cada dia (ensenyar la família).
3. Observar si hi ha exsudació, irritació o lesions a l'orifici nasal. La sonda no ha de fer pressió sobre el nas.
4. Aplicar hidratació a l'orifici nasal si aquest està sec, irritat o amb crosta.
5. Girar la sonda 360° diàriament per evitar adherències i necrosis vigilant si fa resistència.
6. Canviar l'esparadrap de la fixació de la sonda diàriament i quan sigui necessari, i modificar el lloc exacte de fixació.

7. En cas d'obstrucció de la sonda, aspirar i netejar amb aigua. Si no és possible desobstruir-la així, canviar-la.
8. En cas de diarrees o vòmits, aturar l'alimentació, fer una valoració de possibles causes i procedir en conseqüència.
9. Ajudar la persona a adquirir els coneixements i habilitats per a l'autocura i per a l'autoadministració de medicaments o alimentació en cas que sigui possible.
10. Parar una atenció especial a aquelles sondes que siguin nasojejunal per les cures específiques que requereixen.
11. Canviar la sonda quan correspongui segons el tipus i l'estat en què es trobi.

2. Administració de medicació i alimentació

1. Informar la persona del moment en què s'administra l'alimentació o els medicaments.
2. Col·locar la persona en posició de Fowler al llit o asseguda en una cadira o butaca. Si la posició d'assegut està contraindicada, es pot deixar la persona en decúbit lateral dret i amb el capçal del llit un poc aixecat.
3. Comprovar la col·locació correcta de la sonda.
4. Valorar els continguts residuals i la permeabilitat de la sonda.
5. Administrar l'alimentació amb xeringa en bol, amb bossa d'alimentació o amb bomba de nutrició enteral.
6. Netejar la sonda amb l'administració d'aigua (20-60 ml) per prevenir-ne l'obstrucció a l'inici i al final de l'administració de l'aliment o dels medicaments i cada 3 o 4 hores durant l'alimentació contínua. Tapar la sonda (si no es fa alimentació contínua) i fixar-la.
7. Assegurar la comoditat de la persona mantenint la mateixa posició d'incorporat després d'acabar l'alimentació un mínim de 30-60 minuts aproximadament.
8. Vigilar les possibles interaccions entre l'alimentació i els medicaments i respectar alhora l'interval d'administració prescrit.

3. Vigilància de les complicacions que poden aparèixer amb SNG

1. Obstrucció de la sonda.
2. Sortida de la sonda.
3. Aspiració pulmonar.
4. Lesions esofàgiques.
5. Complicacions metabòliques (hiperglucèmia...).
6. Distensió abdominal.
7. Diarrea o estrenyiment.
8. Nàusees o vòmits.

Procediment per a les cures en persones portadores de sondatge en gastrostomia o jejunostomia

Objectiu: mantenir la pell i les mucoses en bon estat i la col·locació de la sonda en gastrostomia o jejunostomia.

Material necessari:

- Guants no estèrils.
- Material per a la higiene: palangana amb aigua tèbia, sabó, tovallola i gases estèrils.
- Material per a la hidratació de la pell.
- Material de fixació de la sonda: esparadrap o apòsit.
- Material per a l'administració d'aliments o medicació: xeringa de bol de 50 a 60 ml, recipient graduat per mesurar els continguts residuals, aigua per administrar, pinça Kocher i/o taps de sonda.

Activitats:

1. Cures generals

1. Rentar-se les mans abans i després de la manipulació de la sonda i del sistema.
2. Netejar bé la zona de l'estoma i de fixació de la sonda amb aigua i sabó cada dia (ensenyar la família).
3. Observar si hi ha exsudació o irritació al voltant de l'estoma.
4. Aplicar hidratació i protectors a la pell que envolta l'estoma si està seca, irritada o lesionada.
5. Canviar l'esparadrap de la fixació de la sonda quan sigui necessari.
6. En cas d'obstrucció de la sonda, aspirar i netejar amb aigua. Si no és possible desobstruir-la, derivar la persona a l'hospital per valorar el canvi de sonda.

7. En cas de diarrees o vòmits, aturar l'alimentació, fer una valoració de possibles causes i procedir en conseqüència.
8. Ajudar la persona a adquirir els coneixements i habilitats per a l'autocura i per a l'autoadministració de medicaments o alimentació en cas que sigui possible.
9. Girar la sonda 360° diàriament per evitar adherències i necrosis vigilant si fa resistència.

2. Administració de medicació i alimentació

1. Informar la persona del moment en què s'administra l'alimentació o els medicaments.
2. Col·locar la persona en posició de Fowler al llit o asseguda en una cadira o butaca. Si la posició d'assegut està contraindicada, es pot deixar la persona en decúbit lateral dret i amb el capçal del llit un poc aixecat.
3. Comprovar la col·locació correcta de la sonda.
4. Valorar els continguts residuals i la permeabilitat de la sonda.
5. Administrar l'alimentació amb xeringa en bol, amb bossa d'alimentació o amb bomba de nutrició enteral.
6. Netejar la sonda amb l'administració d'aigua (20-60 ml) per prevenir-ne l'obstrucció a l'inici i al final de l'administració de l'aliment o dels medicaments i cada 3 o 4 hores durant l'alimentació contínua. Tapar la sonda (si no es fa alimentació contínua) i fixar-la.
7. Assegurar la comoditat de la persona mantenint la mateixa posició d'incorporat després d'acabar l'alimentació un mínim de 30-60 minuts aproximadament.
8. Vigilar les possibles interaccions entre l'alimentació i els medicaments i respectar alhora l'interval d'administració prescrit.

3. Vigilància de les complicacions que poden aparèixer amb sondes gàstriques o jejunals

1. Obstrucció de la sonda.
2. Sortida de la sonda.
3. Aspiració pulmonar.

4. Complicacions metabòliques (hiperglucèmia...).
5. Distensió abdominal.
6. Diarrea o estrenyiment.
7. Nàusees o vòmits.

Punts que cal recordar

Tenir cura de la boca amb una neteja diària (2 vegades) i valorar l'aparició de lesions bucals.

5.2.2 Suplència parcial o total per a la mobilització i el manteniment d'una postura adequada

Ojectiu: facilitar la mobilització corporal i mantenir una postura corporal adequada.

Activitats:

1. Realitzar canvis de postura cada 2 o 3 hores si la persona està allitada, mantenint-la en tot moment en una posició funcional.
2. Explicar quines són les postures més adequades a cada una de les posicions.
3. Recomanar mesures per reduir la pressió en cas de persones allitades: matalassos antiescares, superfícies adequades, coixins de silicona, etc. El fet de tenir un matalàs antiescares no significa que els canvis de postura no s'hagin de fer.

Procediment per als canvis de postura i el manteniment de postures adequades

Objectius:

1. Prevenir la compressió entre dos plans durs (llit/cadira i os), l'anquilosi i l'atròfia muscular.
2. Prevenir complicacions com ara problemes respiratoris i d'estasi venosa.
3. Assegurar la comoditat de la persona.

Material necessari:

Tovalloles, coixins, llençols, cadira de rodes i altres aparells auxiliars (grua per aixecar l'usuari, etc.).

Activitats:

1. Mobilitzacions al llit

Abans d'iniciar les mobilitzacions, s'ha de posar el llit en posició horitzontal.

Moure la persona cap amunt dins el llit.

A1. Si la persona es pot ajudar:

- Demanar-li que doblegui els genolls i recolzi els peus, així els podrà emprar per fer força.
- Demanar-li que amb les mans s'agafi de la capçalera del llit o bé que elevi la part superior del cos, recolzant-la sobre els colzes, i que s'empenyi amb les mans i els avantbraços.
- Nosaltres ens col·locarem de cara a la capçalera, amb les cames lleugerament separades i el peu més proper al llit col·locat per darrere de l'altre i recolzant el pes del cos damunt el peu més avançat; posarem el braç més proper a la persona per davall de les cuixes i, fent un balanceig previ, desplaçarem el seu pes cap amunt.

A2. Si la persona no es pot ajudar:

Fan falta dues persones; és important coordinar-se i iniciar alhora els moviments:

- Col·locar una mà a l'esquena i l'altra sota la cuixa; els braços de les dues persones també poden estar entrelaçats per tal d'assegurar la subjecció de l'usuari.
- Ajuntar els fronts dels dos cuidadors mantenint l'esquena tan recta com sigui possible.
- Sol·licitar a la persona allitada que alci el cap i es miri el ventre.
- Fer un balanceig, amb les cames lleugerament flexionades, i moure la persona cap a la capçalera del llit.
- Demanar-li que abaixi el cap.
- Enretirar les mans.

Variació: es pot emprar un llençol sota les espatles i fins a les cuixes, agafant-lo tan a prop de l'usuari com sigui possible, fent un balanceig previ i movent la persona cap amunt.

Girar la persona cap a un costat o cap a l'altre dins el llit.

- Col·locar en posició lateral el cap de la persona cuidada.
- Posar-nos a la banda cap a on volem girar la persona; aquesta postura redueix la por de caure.
- Flexionar-li la cama més allunyada del cuidador; si no és possible, col·locar aquesta cama creuada sobre l'altra.
- Creuar-li el braç més llunyà sobre el pit i l'altre doblegat en angle recte damunt el matalàs.
- Posar una mà sota el maluc més enfora de nosaltres i l'altra darrere l'esquena i girar la persona de manera que el cos quedi de cara a nosaltres.

Variació: per fer aquesta mobilització també es pot emprar un llençol col·locat com en el cas anterior i agafant-lo pels extrems per tal de fer el gir de la persona.

Aquesta és la posició adequada a l'hora de posar l'orinal.

Asseure la persona a la vorera del llit.

Observació: és la preparació prèvia per aixecar la persona i que llavors pugui passejar o passar a estar asseguda en una cadira de rodes o normal.

- Ajudar la persona a posar-se de costat dins el llit.
- Alçar el capçal del llit fins a la posició més alta possible.
- Col·locar els peus i les cames de la persona fora del llit.
- Posar un braç al voltant de les espatles de la persona i l'altre davall les cuixes, devora els genolls.
- Girar sobre els nostres peus en la direcció desitjada i alhora impulsar suaument els peus i les cames de la persona fora del llit.
- Subjectar la persona fins que hagi aconseguit un equilibri adequat i es trobi còmoda.

2. Transferència de la persona del llit a la cadira de rodes

- Col·locar la cadira de rodes tan a prop com sigui possible i en paral·lel al llit, frenada i amb els reposapeus aixecats.
- Ajudar la persona a seure a la vorera del llit i a tocar amb els peus a terra.
- Posar-li la bata i unes sabatilles de sola antilliscant.
- Posar les mans de la persona sobre el llit o sobre les nostres espatles per tal que pugui fer força per aixecar-se.
- Subjectar la persona passant els braços davall les aixelles i arribant a les espatles.
- Col·locar una de les nostres cames entre les seves.
- Comptar fins a tres i fer força tots dos (cuidador i persona atesa) en el sentit del moviment.
- Sostenir l'usuari uns instants dret sempre que sigui possible.
- Girar tots dos junts, o fer unes passetes, cap a la cadira de rodes.
- Moure's la persona cap enrere de manera que les cames toquin el seient de la cadira de rodes.

- Comptar fins a tres i baixar la persona flexionant lleugerament les nostres cames, de manera que quedi asseguda a la cadira.
- Davallar els reposapeus per tal que la persona hi pugui instal·lar els peus.

Variació: quan no sigui possible fer la transferència seguint aquestes passes per manca de força del cuidador o perquè l'usuari té un deteriorament important de la força i el to muscular, podem emprar dispositius especials com les grues (es lloguen), que ens ajudaran a desplaçar la persona del llit a la cadira i a la inversa.

3. Adreçament de la persona asseguda a la cadira

- Si l'usuari està assegut en una cadira de rodes, frenar-la i alçar els reposapeus per tal que els peus quedin sobre el terra.
- Col·locar-li els peus tan enrere com sigui possible mantenint les cames flexionades.
- Posar-se darrere la cadira i agafar l'usuari pels canells passant-li els nostres braços per davall les aixelles.
- Avançar un poc el nostre tronc cap endavant i estirar la persona cap a nosaltres de manera que quedi amb les natges i l'esquena alineades amb l'angle recte que forma la cadira.

4. Transferència de la persona de la cadira al llit

- Alçar els reposapeus de la cadira de rodes i fer tocar la persona amb els peus a terra mantenint les cames flexionades.
- Demanar a la persona que s'agafi de la nostra cintura o que col·loqui els braços sobre les nostres espatles.
- Amb les cames lleugerament flexionades, comptar fins a tres i alçar la persona de manera que quedi dreta.
- Intentar mantenir l'equilibri durant uns instants.
- Girar conjuntament o fer petites passes de manera que les cames de l'usuari toquin el llit.
- Baixar-lo suaument per tal que quedi assegut a la vorera del llit; després ja pot amollar els braços.

- Agafar-li amb el braç, i per darrere, l'espatla més allunyada de nosaltres i posar l'altre braç davall les cuixes.
- Aixecar-li les cames i girar-les fins que quedin sobre el llit i alhora baixar-li l'esquena fins que quedi ben ajaguda i alineada sobre el llit.

5. Postures més freqüents de la persona al llit

Explicació sobre les postures més freqüents de la persona dins el llit, que hem de recomanar al cuidador:

- Posició de decúbit supí: persona ajaguda sobre l'esquena, amb els braços i cames estesos al llarg del tronc. Els genolls, lleugerament flexionats; els peus, formant un angle recte amb el cos, i els talons, sense tocar la superfície del llençol.
- Posició de decúbit lateral: persona ajaguda de costat, dret o esquerre. El cap, recolzat sobre el coixí. El braç inferior, flexionat a l'alçada del colze i paral·lel al cap. El braç superior, flexionat i recolzat sobre el cos o sobre un coixí. La part inferior del cos, amb el genoll lleugerament flexionat i la cama superior sobre un coixí per tal que el genoll quedi a l'alçada del maluc. Els peus, en angle recte per evitar la flexió plantar.
- Posició de Fowler: persona semiasseguda al llit. El capçal, elevat fins a formar un angle de 45°; els genolls, flexionats, i els peus, en angle recte.
- Posició de Sims: variació del decúbit lateral. El braç inferior, estès cap enrere i l'altre braç, flexionat i proper al cap. Una cama avançada respecte de l'altra: la primera doblegada i la segona estirada.

Per aconseguir una alineació correcta del cos en cada una d'aquestes posicions, es poden emprar coixins de diverses formes i volums i altres elements que no puguin provocar lesions a l'usuari i serveixin de suport.

6. Mobilitat i prevenció de les úlceres per pressió

- Cal recordar que la higiene i la cura de la pell, la nutrició i una hidratació correcta són imprescindibles per evitar l'aparició de les nafres. També ho és mantenir els llençols ben estirats sense cap doblec.
- S'han d'alternar les diferents postures i també la col·locació dels coixins per evitar la pressió excessiva i prolongada sobre determinades zones del cos.

Els llocs on s'han de col·locar els coixins són:

- Si la persona està en decúbit supí: un sota el cap i les espatles, un altre des de davall els genolls fins als talons fent que aquests no quedin recolzats sobre el llençol. Una tovallola enrodillada a cada costat de les cuixes per evitar que el maluc i la cama rotin cap a fora. Un coixí davall la zona lumbar per respectar-ne la curvatura.
- Si la persona està en decúbit lateral: un sota el cap, un altre sota el braç superior per tal que la mà quedi a la mateixa alçada que el colze i no s'inflí. També un entre les cames per tal que no es toquin i un altre a la part de l'esquena per ajudar la persona a mantenir la postura.
- Si la persona està asseguda: un a la regió cervical, un altre a la regió lumbar de l'esquena i un a la zona dels glutis (molt aconsellable que sigui de silicona); els peus, en angle recte i evitant que hi hagi pressió durant molt de temps als talons (podem col·locar-los sobre un tamboret a estones per alleugerar la pressió)

Recomanacions generals per al cuidador

- En iniciar la mobilització, vigilar que les cames estiguin lleugerament flexionades, els peus separats i en línia amb els malucs, per ajudar a mantenir la columna sense flexions o torsions.
- Acostar, tant com sigui possible, el pes al nostre cos.
- Col·locar una cama avançada.
- Dirigir la força directament a les cames, mai a l'esquena, amb els peus ben col·locats a terra.
- Evitar que el llit sigui massa baix (es poden posar falques de fusta davall les potes). En cas que la persona empri cadira de rodes, l'alçada òptima és la mateixa que la del seient de la cadira. En cas contrari, l'alçada recomanada és d'aproximadament uns 50 cm.
- Pot ser útil col·locar un llençol travesser al llit per ajudar en la mobilització.

5.2.3 Suplència parcial o total per al manteniment de la seguretat de l'entorn

Objectiu: protegir la persona d'accidents i d'altres traumatismes.

Activitats:

1. Valorar, juntament amb la família, la presència de factors de risc en la llar i l'entorn, per adoptar mesures de seguretat. Aconsellar retirar objectes que destorbin: mobles, objectes de decoració, etc.
2. Aconsellar que s'hi introdueixin les adaptacions següents:

A l'habitació

- Col·locar baranes al llit.
- Mantenir el llit a l'alçada adequada, que permeti fer les cures de manera còmoda i les mobilitzacions de l'usuari de manera segura. En cas que la persona utilitzi cadira de rodes, l'alçada òptima és la mateixa que la del seient de la cadira. En cas contrari, l'alçada recomanada és d'aproximadament uns 50 cm.
- Mantenir un llum a prop del llit i fixat per evitar caigudes, amb un interruptor d'ús fàcil. O deixar encès un llum tènue a la nit.
- Fixar les estores.

Al bany

- Col·locar superfícies antilliscants tant dins la banyera com a la dutxa i al terra de fora.
- Col·locar uns elevadors al WC si aquest és massa baix.
- Col·locar un seient dins la banyera o dutxa en cas que l'usuari no pugui estar dret el temps necessari.
- Col·locar agafadors a la dutxa o banyera i a prop del WC.

A la sala d'estar

- Aconsellar l'ús de ràdio i televisió amb comandament a distància.

- No emprar brasers per evitar cremades i intoxicacions amb CO₂.
- Valorar la col·locació de baranes i agafadors.
- Fixar les estores.
- Mantenir la il·luminació adequada; pot ser necessari mantenir una il·luminació nocturna suau.
- Recomanar l'ús de cadires amb respatler; en cas de cadires amb rodetes, aquestes han de tenir fre. Evitar els tamborets.

Mesures generals

- No emprar productes de neteja que puguin fer més lliscant el terra, per exemple ceres.
- Quant a la medicació:
 - Deixar per escrit el tractament de l'usuari: la dosificació, l'horari i el motiu del fàrmac (full de tractament).
 - Recomanar l'ús de pastillers o dosificadors i, si la comprensió del cuidador és limitada, preparar-los conjuntament.
 - Assignar un espai específic (lloc fresc i sec) per a la medicació i evitar mesclar els medicaments dels diferents membres de la família.
 - Controlar que l'administració de la medicació es faci de manera adequada i monitorar la presència d'efectes secundaris.
 - Explicar al cuidador la importància d'evitar l'automedicació i mantenir el tractament pautat.
 - No emmagatzemar medicaments innecessaris.
- En persones amb afectació de la sensibilitat:
 - Si s'empren mantes elèctriques o botelles d'aigua calenta, comprovar-ne la temperatura (a més, les botelles es poden embolicar amb una tovallola per evitar cremades a la pell).
 - Comprovar la temperatura de l'aigua quan s'hagi de rentar.
 - Evitar l'exposició directa a fonts de calor com estufes, etc.

- En persones amb dificultat en la deambulació:
 - Explicar les passes que cal seguir de manera seqüencial en la deambulació.
 - Fomentar l'ús dels diferents tipus de suport existents (caminador, crosses...).
- En persones confuses, desorientades, i en nins:
 - Tenir els productes tòxics i els medicaments en armaris tancats.
 - No emmagatzemar medicaments innecessaris.
 - Protegir amb baranes o panys de seguretat finestres, escales i zones de perill (piscines, sortides al carrer, etc.).
 - Evitar l'accés a la cuina si hi ha foc encès.
 - Protegir els endolls i aparells elèctrics.
 - Orientar la persona en el seu entorn (calendari i rellotge).
 - Considerar la possibilitat que dugui un sistema d'identificació personal: polsera, placa.
 - Mantenir l'entorn ordenat i net; introduir-hi just els canvis necessaris per augmentar-ne la seguretat.
 - Assenyalar les distintes estances de la casa amb cartells identificats mitjançant dibuixos.
 - Recomana la telealarma si passa estones tot sol.
- En persones amb deteriorament cognitiu important o en persones agitadaes, s'han de tenir en compte altres mesures com:
 - Mantenir l'espai tan poc alterat com sigui possible, excepte per les mesures de seguretat.
 - Procurar mantenir sempre la mateixa rutina a l'hora de realitzar les activitats de la vida diària.
 - Identificar-se abans de parlar-hi.
 - Identificar-la pel seu nom.
 - Mantenir-hi contacte visual.

- Emprar un to de veu suau, no cridar.
- Mantenir la calma.
- Mantenir tant com sigui possible els mateixos cuidadors, no deixar-la tota sola amb desconeguts.



**Govern
de les Illes Balears**

Atenció Primària de Mallorca





Nom Infermer/a

Nom Metge/ssa:

Telèfon CS:

Nom persona/família:

Data visita:

Fàrmac	Motiu	Berenar 	Dinar 	Sopar 	Ressopó 

5.2.4 Suplència parcial o total per a l'eliminació fecal i urinària

Objectiu: afavorir l'eliminació urinària i fecal.

Activitats:

Si la persona no està allitada:

1. Procurar intimitat i establir un sistema d'avís adequat que faciliti la rapidesa en l'atenció.
2. Facilitar un ritme d'eliminació intestinal 10-15 minuts després d'una de les menjades principals.
3. Acompanyar la persona al bany i col·locar-la en la postura correcta per facilitar l'eliminació:
 - Apropar la persona al vàter i, deixant que les cames estiguin en contacte amb el vàter, ajudar-la a seure.
 - Si no és possible arribar al bany, es poden fer servir inodors portàtils.

Si la persona està allitada o empra dispositius per a la incontinença:

1. Col·locar dispositius adequats que facilitin l'eliminació i una neteja correcta: orinal i botella.
2. Canviar el bolquer o col·lector si ho necessita.
3. Fer la cura del sondatge vesical si ho necessita.
4. Fer massatges abdominals si té estrenyiment.
5. Evitar l'automedicació amb laxants o ènemes.
6. Fer la neteja postdeposició.

Procediment per a la col·locació de l'orinal i la botella

Objectiu: proporcionar un receptacle per a l'eliminació als malalts allitats o amb problemes de mobilitat.

Material necessari:

Orinal o botella, paper higiènic, material per a la higiene (palangana amb aigua tèbia, sabó, esponja i tovallola) i guants no estèrils.

Activitats:

Utilitzar un ritme determinat i oferir la botella o l'orinal a la persona cada 2-3 hores, encara que no manifesti desig d'orinar.

Si la persona no es pot comunicar, estar pendent dels senyals de necessitat d'orinar (gests, moviments...) i oferir la botella o l'orinal.

1. Col·locació de l'orinal

1. Preservar la intimitat de la persona.
2. Col·locar-se els guants.
3. Retirar la roba del llit per poder-hi introduir l'orinal.
4. Col·locar l'orinal:

Si la persona col·labora:

- Demanar-li que, recolzant els talons i les espatles, elevi els malucs i, al mateix temps, introduir l'orinal per la dreta o per entre les cames. Procurar que quedi ben col·locat (l'ansa de l'orinal cap als peus i la superfície plana davall el còccix). Si la persona no té prou força, posar el braç esquerre a la zona sacra i alçar l'usuari fent palanca amb el colze recolzat al matalàs.

Si la persona no pot col·laborar:

- Posar-la cap al costat en què ens trobam. Situar l'orinal a la zona sacra i posar l'usuari ajagut sobre l'orinal.

5. Comprovar que està col·locat correctament.
6. Tapar la persona i esperar que acabi d'orinar o defecar.
7. Retirar l'orinal i posar còmoda la persona.
8. Ajudar-la en la neteja postevacuació, tant de la zona genital com de les mans.
9. Observar les eliminacions i tirar-les per l'inodor, llevat que hi hagi alguna anomalia (canvi en el color o consistència); en aquest cas, mostrar-les a l'infermer o comunicar-ho.
10. Netejar l'orinal i rentar-se les mans.

2. Col·locació de la botella

1. Preservar la intimitat de la persona.
2. Col·locar-se els guants.
3. Situar la persona en la postura adequada: ajaguda, asseguda o dreta al costat del llit o de la cadira.
4. Oferir la botella de manera que l'usuari se la pugui col·locar de forma independent i, si això no és possible, ajudar-lo a introduir el penis dins l'orifici de la botella.
5. Deixar un sistema d'avís: timbre, campaneta, xiulet...
6. Una vegada que la persona ha acabat d'orinar, retirar la botella, netejar-ne l'orifici i rentar-la.
7. Si l'usuari pot col·laborar, oferir-li el material necessari perquè es pugui rentar les mans.
8. Si es controla la diüresi, anotar la quantitat d'orina en el gràfic.

Observacions: és preferible que cada persona tingui la seva pròpia botella o orinal. És important que, encara que sigui d'ús exclusiu, es netegi i desinfecti de forma meticulosa, amb lleixiu, per evitar malalties transmissibles (bacterianes i micòtiques).

Procediment per al canvi de bolquer

Objectiu: recollir l'orina i la femta de les persones amb incontinència per evitar un excés d'humitat i mantenir neta la zona genital.

Material necessari:

Bolquer que s'adapti millor a l'estil de vida de la persona i a les seves preferències: rectangular, rectangular plegat, anatòmic, elàstic...

Tovallola de bany.

Guants no estèrils.

Material per a la higiene: paper higiènic, palangana amb aigua tèbia, sabó i tovallola.

Activitats:

1. Preparar l'equip.
2. Retirar el bolquer en estar humit o molt arrugat o a les 8 hores.
 - Si la persona es pot mantenir dreta, posar-la en aquesta posició amb les cames obertes i retirar-lo.
 - Si la persona està allitada, col·locar-la en decúbit lateral i enrodillar el bolquer sobre si mateix per retirar-lo finalment per l'altre costat en girar la persona.
3. Rentar els genitals i eixugar-los; observar la presència d'irritacions o altres lesions.
4. Valorar l'estat de la pell.
5. Col·locar el nou bolquer segons el grau de mobilitat de la persona.

Procediment per a la col·locació de col·lector urinari

Objectiu: recollir l'orina dels homes amb incontinència que conservin un buidatge vesical complet i espontani i mantenir-los eixuts i còmodes.

Material necessari:

Col·lector i bossa de recollida d'orina.

Tovallola de bany.

Guants no estèrils.

Material per a la higiene: palangana amb aigua tèbia, sabó i tovallola.

Activitats:

1. Preparar l'equip.
2. Col·locar la persona ajaguda o asseguda.
3. Tapar per deixar just el penis al descobert.
4. Rentar els genitals i eixugar-los; observar la presència d'irritacions o altres lesions.
5. Desenrotllar el col·lector amb suavitat damunt el penis de manera que quedin uns 2,5 cm entre l'extrem del penis i el tub de drenatge. Si el col·lector és autoadhesiu, fer pressió suau a tota la superfície del penis.
6. Fixar el col·lector al voltant de la base del penis mitjançant el dispositiu autoadhesiu, amb seguretat però evitant una pressió excessiva.
7. Connectar la bossa de drenatge al col·lector i fixar-la a la cama emprant dispositius específics si deambula o bé al llit si està allitat.
8. Ensenyar a la persona a mantenir la bossa per davall del col·lector i evitar la formació de nusos o voltes al tub de drenatge.
9. Canviar el dispositiu cada 24 hores i comprovar l'estat de la pell i la permeabilitat del sistema.

Procediment per a les cures en les persones portaderes de sondatge vesical

Objectiu: recollir l'orina de les persones amb incontinència que conservin un buidatge vesical complet i espontani i mantenir-les eixutes i còmodes.

Material necessari:

Bossa de recollida d'orina.

Tovallola de bany.

Guants no estèrils.

Material per a la higiene: palangana amb aigua tèbia, sabó i tovallola.

Activitats:

1. Rentar-se les mans abans i després de manipular la sonda i el sistema.
2. Fer una correcta neteja genital, perianal i de la zona externa de la sonda vesical amb aigua i sabó cada dia (ensenyar la família).
 - a. En els homes, quan es renten els genitals, s'ha de baixar el prepuci.
 - b. En les dones, la neteja de la zona anal s'ha de fer sempre cap enrere per evitar la contaminació.
3. Evitar la manipulació de la connexió catèter-bossa i mantenir el sistema de drenatge tancat i estèril.
4. No desconnectar la sonda del sistema si no és estrictament necessari.
5. No reintroduir mai la sonda.
6. Buidar la bossa d'orina mitjançant la vàlvula de buidatge quan estigui per la meitat de la seva capacitat per evitar traccions.
7. Col·locar la bossa de diüresi per davall del nivell de la bufeta sempre, fins i tot quan es mobilitza la persona, i comprovar-ne diàriament el correcte funcionament, per si hi ha obstrucció de la sonda vesical (rentatge vesical si ho necessita). Evitar que la bossa arrossegui per terra o estigui sobre el trespòl.

8. Fixar la sonda si és necessari, en els homes a la cuixa i en les dones a la cara interna de la cuixa.
9. Recomanar la ingestió d'1,5 a 2 litres d'aigua al dia.
10. Recomanar la ingestió de suc de fruites del bosc o de taronja per mantenir l'acidesa de l'orina.

Punts que cal recordar

- Fomentar l'autocura sempre que la persona pugui col·laborar.
- Proporcionar intimitat i comoditat.
- Inspeccionar diàriament l'estat de la pell.
- Vigilar l'aparició de signes d'infecció: disúria, mala olor, febre.
- S'ha de canviar la sonda vesical (sempre que sigui permeable) en condicions normals:
 - a. Si és de làtex, aproximadament cada 20 dies.
 - b. Si és de silicona, aproximadament cada 3 mesos.

5.2.5 Suplència parcial o total per al vestiment i la cura personal

Objectiu: facilitar l'ús adequat de les peces de vestir i els objectes de cura personal.

Activitats:

1. Seleccionar i col·locar la roba segons l'ordre d'ús.
2. Vestir la persona amb roba adequada a la temperatura ambiental i còmoda, que faciliti vestir-se i desvestir-se, els canvis de postura i la higiene (sabates sense cordons, jerseis amb coll en V, jerseis oberts tipus xandall, faldilles creuades; amb Velcro, botons grossos, cintures ajustables, etc.).
3. Tenir en compte els objectes de cura personal que desitgi.
4. Evitar que empri joies o accessoris que puguin produir lesions.
5. Començar a vestir-la per l'extremitat més immòbil.
6. Desvestir-la al revés: primer retirar la roba del braç i la cama amb més mobilitat.
7. Millor començar a vestir-la i desvestir-la en posició d'assegut.
8. Emprar roba diferent de dia i de nit.

5.2.6 Suplència parcial o total per a la higiene i la protecció de la pell

Ojectiu: mantenir la pell, les mucoses i les fàneres netes i curades.

Activitats:

1. Recomanar:

- Disposar d'un llit amb un matalàs adequat.
 - Protegir les superfícies dures del llit i col·locar-hi baranes si és necessari.
 - Vigilar si es detecten zones envermellides i protegir els punts de pressió —omòplats, talons (taloneres comercials o protectors de turmells i talons), colzes, sacre, occipital i trocànters— i la pell en contacte amb sondes vesicals o nasogàstriques.
 - Emprar, si és possible, dispositius per alleugerir la pressió: coixins, matalassos de pressió variable, coixins de silicona, etc.
 - Mantenir la roba del llit neta, eixuta i sense arrugues.
 - Utilitzar productes suaus per a la higiene.
2. Mantenir una higiene corporal adequada.
 3. Mantenir una higiene bucal adequada.
 4. Mantenir una higiene dels cabells adequada.
 5. Mantenir una higiene dels peus i ungles adequada.

Procediment per al bany de la persona allitada

Objectius:

- Prevenir infeccions i lesions de la pell.
- Proporcionar confort i benestar a l'usuari i a la gent que l'envolta.
- Preservar la imatge corporal de la persona.

Material necessari:

Dues palanganes, aigua tèbia o al gust de l'usuari, sabó neutre, protector plàstic per al llit (hule), tovalloles, esponja, guants, estris d'afaitar, crema hidratant, roba neta, colònia fresca i desodorant, segons les preferències de l'usuari.

Activitats:

Fer aquest procediment almenys 2-3 vegades per setmana.

1. Procurar un ambient amb la temperatura adequada i sense corrents, tranquil, ordenat i íntim.
2. Informar l'usuari del que farem.
3. Preparar tot el material a l'abast.
4. Rentar-se les mans i col·locar-se els guants.
5. Fomentar l'autocura de la persona en la mesura de les seves possibilitats.
6. No deixar l'usuari completament despullat.
7. Començar a fer el bany:
 - Rentar la cara, començant pels ulls, que s'han de netejar amb una tovallola des de dins cap a fora.
 - Netejar les orelles i el coll.
 - Ensabonar l'esponja i rentar la resta del cos.

- Seguidament, rentar les extremitats superiors: ensabonar, passar i eixugar de baix a dalt (mans, braços i aixelles), amb especial atenció a les zones interdigitals i les aixelles; passar-les i eixugar-les correctament i vigilat que no hi hagi ferides, ni vermells, ni blaus.
 - Rentar tòrax, mames i abdomen, amb especial atenció a eixugar rigorosament la zona sota les mames a les dones.
 - Continuar per les cames i els peus. Col·locar una tovallola davall cada cama i ensabonar el peu i la cama fins a la zona inguinal, de la part distal a la proximal. Tenir especial cura d'eixugar les zones interdigitals i les unghes.
 - Col·locar l'usuari de costat i ensabonar, passar i eixugar l'esquena des de les espatles fins a les anques.
 - Tornar a col·locar la persona d'esquena i, en darrer lloc, rentar la zona genital, col·locant una tovallola davall els malucs i mantenint la resta del cos tapat. Si és una dona, separar i flexionar les cames, ensabonar llavis majors i menors, que s'han de separar per netejar l'entrada de la vagina i l'anus; sempre rentar de davant cap enrere, de la vulva cap a l'anus. Si és un home, després de netejar els plecs inguinals i l'escrot, retreure el prepuci per netejar el gland i el canal balanoprepucial i després recol·locar el prepuci i acabar per l'anus.
8. Rentar per parts, evitant tenir la persona tota banyada i agafant fred.
 9. Aprofitar el bany per observar i vigilar signes d'alarma a la pell.
 10. Passar-la; assegurar-se de retirar tot el sabó.
 11. Ajudar o afaitar cada vegada que sigui necessari (si no es té experiència, recomanar emprar una maquineta elèctrica).
 12. Després de la higiene, fer massatges suaus en sentit circular, amb crema hidratant o loció, a les zones de pressió si la pell està intacta i no presenta canvis de color.
 13. Ajudar a vestir-la amb roba neta.
 14. Aplicar, si la persona ho vol, desodorant i/o colònia.
 15. Deixar-la en una col·locació correcta i còmoda.

Procediment per al bany de la persona no allitada

Objectius:

- Prevenir infeccions i lesions de la pell.
- Proporcionar confort i benestar a l'usuari i a la gent que l'envolta.
- Preservar la imatge corporal de la persona.

Material necessari:

Sabó neutre. Tovalloles, esponja, guants, estris d'afaitar, crema hidratant, roba neta, colònia fresca i desodorant, segons les preferències de l'usuari.

Activitats:

- Revisar les mesures de seguretat incloses a la suplència de seguretat.
- Recomanar emprar la dutxa sempre que sigui possible.
- Assegurar-se que té a mà tots els elements per al bany (poden ser útils esponges de mànec llarg o bandes per rentar l'esquena).
- Comprovar la temperatura de l'aigua.
- Ajudar o afaitar cada vegada que sigui necessari (si no es té experiència, recomanar emprar una maquineta elèctrica).
- Després de la higiene, fer massatges suaus en sentit circular, amb crema hidratant o loció, a les zones de pressió si la pell està intacta i no presenta canvis de color.
- Ajudar a vestir-la amb roba neta.
- Aplicar, si la persona ho vol, desodorant i/o colònia.

Procediment per a les cures de la boca

Objectius:

- Eliminar les restes alimentàries de les dents i la placa dental.
- Evitar la presència d'infeccions.
- Augmentar el benestar de l'usuari.

Material necessari:

Tovallola, guants, raspall de dents, pasta de dents, un tassó d'aigua tèbia, palangana, vaselina, col·lutori i seda dental.

Activitats:

Netejar la boca després de cada menjada.

1. Explicar a l'usuari el que es farà i ajudar-lo a seure al llit si és possible; si no fos així, col·locar-lo de costat amb el cap damunt el coixí.
2. Col·locar una tovallola davall la barbata i posar-se els guants, banyar el raspall, posar-hi la pasta de dents i iniciar el raspallat.
3. Mantenir el raspall en un angle d'aproximadament 45º, netejant 2 o 3 peces a la vegada; introduir el raspall suaument i fer moviments vibratoris de davant cap enrere, fins a aconseguir netejar totes les peces tant per la cara interna com per l'externa.
4. Raspallar la llengua suaument per evitar les nàusees.
5. Donar a l'usuari un tassó amb aigua tèbia per glopejar i retirar les restes de pasta de dents.
6. Passar la seda dental entre cada una de les peces dentàries. Glopejar col·lutori.
7. Una vegada neta la mucosa oral, aplicar vaselina o crema protectora als llavis.

Observacions:

- Si la boca està seca, pot ser d'ajuda:

Prendre pastilles de vitamina C o trossos de pinya natural (a més, és molt útil per eliminar restes adherides a la llengua).

Glopejar una infusió de camamil·la i unes gotes de llimona.

Incrementar la ingestió de líquids.

- Si l'usuari té alterats els reflexos de deglució, cal tenir molta cura, ja que hi ha risc d'aspiració. Com a alternativa, es pot netejar la boca amb una gasa banyada amb aigua (més bicarbonat en cas d'halitosi) o amb camamil·la a temperatura ambient.

Procediment per a la neteja de la pròtesi dental

Objectiu: eliminar partícules d'aliments i microorganismes de la pròtesi per evitar-ne la infecció.

Material necessari:

Tovallola, guants, raspall de dents, pasta de dents, un tassó d'aigua tèbia, palangana.

Activitats:

Netejar la pròtesi diàriament.

1. Posar-se els guants i informar l'usuari. Agafar la part superior de la dentadura amb el dit gros i l'índex i moure-la de dalt cap a baix. Aixecar la part inferior de manera que la part esquerra quedi més baixa que la dreta.
2. No emprar aigua calenta, ja que podria modificar-ne les formes.
3. Netejar la pròtesi amb un raspall dur i aigua i sabó.
4. Passar-la amb aigua clara.
5. Si la pròtesi és parcial, netejar les peces que quedin, tenint una cura especial en les peces que en suporten els ancoratges.
6. Col·locar novament la dentadura, després de valorar l'estat de la mucosa oral.
7. Si no l'empra, guardar-la en una solució amb un producte adequat; si la pròtesi és total, es poden emprar unes gotes de lleixiu i, si és parcial, aigua oxigenada.

Observacions:

- No s'ha de manipular la pròtesi ni exposar-la a temperatures extremes.
- És necessari que personal adequat revisi l'estat de la pròtesi periòdicament.

Procediment per a la neteja del cabells

Objectiu: mantenir nets els cabells, afavorir un bon aspecte i proporcionar sensació de benestar.

Material necessari:

Xampú, palangana amb aigua calenta, dues tovalloles, hule o plàstic, raspall o pinta, eixugador de cabells, guants i pinces de subjecció.

Activitats:

Rentar els cabells dues vegades per setmana.

1. Explicar el procediment a l'usuari.
2. Col·locar-lo amb el cap a un costat del llit, sense coixí, recolzat damunt el plàstic.
3. Recollir el plàstic al voltant del coll i fixar-lo amb una tovallola enrodillada. Subjectant el plàstic amb una pinça i introduir-ne la part distal dins un recipient, amb la qual cosa quedarà un canal o un embut, que facilitarà la caiguda de l'aigua (hi ha recipients de plàstic inflables que es venen a ortopèdies que serveixen expressament per rentar els cabells al llit i se'n pot recomanar la compra).
4. Banyar els cabells i després aplicar-hi una petita quantitat de xampú, aprofitar per fer un massatge als cabells, passar i repetir l'operació.
5. Eixugar els cabells, pentinar-los i raspallar-los des del cuir fins a les puntes.

Procediment per a la neteja del peus

Objectius: mantenir la integritat de la pell i prevenir-hi infeccions i males olors.

Material necessari:

Palangana amb aigua tèbia, tovallola, hule, sabó neutre i crema hidratant.

Activitats:

És recomanable rentar els peus diàriament.

1. Avaluar si l'usuari pateix trastorns circulatoris a les extremitats.
2. Observar la presència de qualsevol lesió.
3. Tenint l'usuari tombat o assegut, introduir els peus a la palangana; si no es pot incorporar, posar un coixí davall els genolls a fi d'evitar les molèsties produïdes pel contacte de la palangana amb la pell.
4. Deixar-los en remull en aigua tèbia aproximadament 10 minuts i llavors rentar-los.
5. Tenir atenció especial a la zona interdigital, eliminant-ne de manera exhaustiva el sabó i eixugant-la amb molta cura.
6. Si hi ha callositats, emprar pedra tosca per suavitzar-les.
7. Hidratar la pell dels peus amb crema, excepte en els espais interdigitals.

Procediment per a la neteja i la cura de les ungles

Objectius: prevenir infeccions, millorar l'aparença de l'usuari i proporcionar sensació de benestar.

Material necessari:

Palangana amb aigua tèbia, tovallola, hule, llima o tisores de punta roma, productes per eliminar l'esmalt de les ungles, crema de mans i vaselina.

Activitats:

És recomanable fer la cura de les ungles una vegada a la setmana.

1. Eliminar l'esmalt de les ungles si la persona ho desitja.
2. Rentar-li els peus; és aconsellable col·locar un plàstic per no banyar els llençols.
3. Eixugar-los amb una tovallola i tallar la part de les ungles que sobresurt dels dits de manera recta (si és una persona major, les ungles de les quals solen ser molt gruixades, es recomana abans de tallar mantenir els peus amb aigua tèbia uns minuts per facilitar la tasca).
4. Després de tallar les ungles, acabar el procediment llimant-les i així evitar que s'enganxin amb la roba de llit o els calcetins.
5. Si l'usuari pateix diabetis o altres problemes circulatoris, és més convenient llimar les ungles amb una llima de cartó que no tallar-les.

Punts que cal recordar

- Proporcionar intimitat: només destapar les zones que hem de rentar.
- Afavorir la independència de l'usuari, només suplir-lo en allò que no pugui fer.
- Mantenir la temperatura adequada.
- Rentar amb cura evitant produir lesions.
- No emprar alcohol per fer els massatges, ni tampoc talc.
- No fer massatges damunt prominències òssies.
- Emprar sabons no irritants, passar molt bé la pell i aplicar-hi crema hidratant.
- Garantir la seguretat de l'usuari.

5.3 Diagnòstics d'infermeria més freqüents dins l'àmbit d'atenció primària

5.3.1 Deteriorament de la mobilitat física

Definició: situació en què la persona veu limitada la capacitat de moure's de manera independent i intencionada, ja sigui tot el cos o una o més extremitats.

Emprar: quan sigui possible ajudar la persona a augmentar la capacitat de moviment.

No emprar: quan no es pugui actuar sobre la limitació existent i la persona necessiti suplència.

Factors relacionats:

- Malestar o dolor crònic amb tractament pautat (evitar emprar quan la causa de la immobilitat sigui un dolor agut i intens sense tractament; en aquest cas, s'ha de tractar el dolor com a problema de col·laboració i s'ha de consultar amb el metge).
- Manca de coneixements sobre els beneficis de l'activitat física.
- No concessió d'importància a la realització d'exercici físic o exercicis pautats.
- Manca de forma física.
- Descens de la força física secundari a un problema de salut.
- Rigidesa i contractures musculars (emprar just quan mitjançant la nostra actuació puguem actuar per reduir la contractura i augmentar la mobilitat).
- Manca de suport social.
- Idees culturals sobre l'activitat física adequada a l'edat.

Criteris de resultats:

La persona:

- Ha adquirit o recobrat la màxima capacitat de mobilitat.
- Pot explicar les complicacions de la immobilitat que poden donar-se en el seu cas.
- Pot explicar com prevenir l'aparició de complicacions.
- Demostra les capacitats adequades per fer les tècniques de mobilització i els exercicis establerts.
- Coneix les mesures de seguretat i les duu a terme.
- Participa en les activitats d'autocura.

Activitats:

1. Adaptar en la mesura de les possibilitats l'entorn físic (rampes, baranes, agafadors) i l'ambient (temperatura agradable i sense renous).

2. Dur a terme una mobilització progressiva:

Si la persona ha patit un problema de salut que li hagi produït una afectació de la mobilitat, és summament important que iniciï els exercicis de manera progressiva, al principi al llit i després en la posició d'assegut, ja que això li permet augmentar la seguretat, l'equilibri i la propiorecepció.

Quan la persona estigui allitada, es pot suggerir que intenti fer exercicis isomètrics (si ha patit un AVC, els ha de fer amb la part no afectada):

- Contraccions dels glutis.
- Pitjar/fer força amb els genolls i les cames damunt el llit.
- Fer força damunt les mans i els peus.

Abans que la persona es pugui asseure, ha de ser capaç de controlar el canvi de postura d'un costat a l'altre al llit i és convenient que abans d'aixecar-se faci els exercicis al llit.

Ajudar l'usuari a passar lentament de la posició de tombat a la d'assegut.

Deixar-lo que balancegi els peus en un dels costats del llit durant uns quants minuts abans de posar-se dret.

Augmentar el temps fora del llit en períodes de 15 minuts segons ho toleri.

Fomentar les passejades curtes i freqüents tres vegades al dia com a mínim. Augmentar la distància de les passejades progressivament.

Ajudar la persona a passar gradualment d'exercicis actius d'amplitud de moviments a activitats funcionals, si està indicat.

Observacions:

Les pilotes de goma a la mà no són recomanables, ja que afavoreixen la musculatura flexora i poden afavorir l'espasticitat.

Per evitar l'espasticitat són necessaris els moviments suaus, evitar el dolor i no fer els exercicis d'amplitud articular de manera forçada i exagerada.

Explicar a la persona i a la seva família i el seu cuidador les raons per les quals s'instaura el programa d'exercicis i quin és l'efecte que s'espera aconseguir.

Elaborar conjuntament amb l'usuari i el cuidador un horari per fer els exercicis.

Si la persona ha patit un ictus, seria convenient començar a fer tan aviat com sigui possible els exercicis següents:

- Moviments simètrics amb els braços: ha d'entrecruar els dits de les dues mans, sempre amb el polze de la mà del costat paràlitzat sobre el costat bo. Ha d'estendre ambdós braços cap endavant i mantenir-los en aquesta postura entre 15 i 30 segons. Aquest exercici s'ha de completar fent moviments d'extensió i de rotació als dos costats.
- Elevació del tronc: amb els genolls flexionats, ha d'aixecar l'esquena del llit, mantenint els genolls junts i els braços estesos sobre el llit, amb els palmells de les mans cap a baix.
- Balanceig dels genolls: amb els genolls flexionats i els peus i les mans col·locats sobre el llit, ha de balancejar els genolls als dos costats sense separar-los.
- Gir de banda a banda: amb els braços estesos i els genolls flexionats, s'ha de girar als dos costats del llit.
- Una vegada comença a seure a la butaca, ha de fer exercicis de flexió, extensió i rotació del tronc.

3. Fomentar activitats de la vida diària:

Integrar els exercicis dins l'activitat quotidiana (bany, higiene personal, menjades, per vestir-se i desvestir-se) i augmentar-los progressivament segons els toleri.

Ensenyar-li a vestir-se i desvestir-se adaptant-se a les seves limitacions.

Ensenyar-li a rentar-se; si presenta apràxia, repetir seqüències.

Col·locar-li a devora els objectes necessaris per a l'autocura i el sistema d'avís.

Proporcionar els aparells d'adaptació necessaris, que poden ajudar a fer les activitats de la vida diària:

- Alimentació: coberts amb mànecs gruixats i/o colzats, plats i tassons amb ventosa, superfícies antilliscants, tasses i tassons amb anses adaptades, plats i tassons amb pendent.
- Higiene: esponges de mànec llarg o bandes per rentar l'esquena, cadires per a banyeres i dutxes.
- Vestiment: botonador, calçador de mànec llarg i altres ajudes per vestir-se.
- WC: alces del WC, barres de subjecció.
- Altres: telèfons adaptats, tissores adaptades.

4. Comprovar que es fa un ús adequat dels dispositius d'ajuda per deambular i el seu estat:

- Crosses:

Comprovar l'estat de la part que està en contacte amb el terra i regular-ne l'alçada: la part de la crossa on es recolza el braç ha de quedar a 5 cm per davall del colze per evitar la pressió damunt el nervi radial.

En agafar els suports de la crossa, els braços han d'estar lleugerament flexionats en un angle de 30°, mai totalment estirats. Les mans han de quedar a l'alçada del trocànter de la persona.

Mirar al front.

Mantenir-se estirat.

Col·locar les crosses al costat de cada peu i un poc cap endavant.

Si la persona pot utilitzar els dos peus:

- Estant aturat, ha de tenir tres punts de suport dels quatre possibles.
- Per caminar, ha d'avançar amb les dues croses a la mateixa alçada, avançant un peu i després l'altre.

Si just pot emprar un peu:

- Estant aturat, ha de tenir els tres punts de suport possibles i deixar caure el pes del cos sobre l'extremitat sana.
- Per caminar, s'han d'avançar primer les croses i l'extremitat afectada. Seguidament, deixant caure el pes del cos sobre les croses, ha d'avançar amb l'extremitat sana.

· Caminador:

Regular l'alçada de manera que permeti a la persona flexionar el colze formant un angle de 30°.

· Bastó:

Emprar amb la part no afectada, agafar-lo amb la mà contrària a l'afectada; l'alçada ha de ser tal que, posat en posició vertical damunt el terra i un poc per davant de l'usuari, el braç estigui quasi recte; quan se situï al costat de la persona afectada, l'empunyadura del bastó ha d'arribar a l'alçada del maluc (ha d'anar coberta per un embolcall protector antilliscant, preferiblement adhesiu).

· Cadira de rodes:

Comprovar l'estat de la cadira i la qualitat dels frens, valorar la possibilitat de col·locar-hi suports per a l'esquena i el cap per evitar moviments lesius. És important fomentar que la persona impulsi la cadira.

5.3.2 Cansament en el desenvolupament del rol de cuidador

Definició: situació en què el cuidador habitual de la família té dificultat per seguir desenvolupant aquest paper.

Emprar: quan el cuidador desitgi seguir desenvolupant aquest paper però li resulti difícil fer-ho en aquest moment, perquè li manquen habilitats o està aclaparat per la situació.

No emprar: quan el cuidador no vulgui seguir desenvolupant el seu paper i cerqui activament la manera que sigui una altra persona o una institució la que assumeixi les cures. Aquesta situació pot ser una conducta totalment adaptada que no necessiti la formulació de cap diagnòstic.

Factors relacionats:

- Manca d'informació adequada per proporcionar les cures.
- Manca d'informació de la importància que el cuidador tingui recursos recreatius que li permetin descansar de les cures.
- Inexperiència en les cures.
- Complexitat, durada o quantitat de les cures.
- Desconeixement del curs de la malaltia.
- Manca de suport de persones significatives.
- Allunyament de la família, amics i companys de feina.
- Expectatives irrealistes sobre ell mateix o incapacitat per estar a l'alçada de les expectatives pròpies i dels altres.
- Codependència del receptor de les cures.

criteris de resultats:

La família i el cuidador:

- Identifiquen els recursos humans i materials de què disposen.
- Manifesten el desig de continuar fent el paper de cuidador, expressant un augment de la sensació de capacitat per afrontar la situació.

La persona atesa:

Rep les cures necessàries de manera adequada i satisfactòria.

Activitats:

1. Ajudar el cuidador a identificar els factors que produeixen tensió — modificables i no modificables— i els recursos humans i materials de què disposa.
2. Donar informació sobre la malaltia de la persona cuidada i la seva probable evolució.
3. Estimular l'expressió de sentiments, idees i emocions; mantenir una actitud empàtica i evitar fer judicis de valor. Reconèixer les dificultats que moltes vegades s'associen al paper de cuidador i reforçar positivament aquest paper.
4. Recordar la necessitat que el cuidador protegeixi la seva salut amb un equilibri entre feina, son, activitats i bona alimentació.
5. Planificar conjuntament les cures tenint en compte les activitats per a les quals l'usuari necessita suplència o ajuda.
6. Planificar conjuntament períodes de descans i distracció.
7. Ajudar la família a reorganitzar els rols a casa i establir prioritats per mantenir la integritat familiar i reduir l'estrès.
8. Revisar la possibilitat d'utilitzar els recursos socials: ingrés temporal en una residència, centres de dia, treballador familiar, menjar a domicili, telealarma, voluntaris, contractar persones per ajudar a cuidar o per alleugerir les tasques domèstiques, etc.
9. Explicar el benefici d'intercanviar opinions amb altres cuidadors.
10. Facilitar sempre que sigui possible un telèfon (del centre de salut) per contactar amb el professional de la infermeria.

5.3.3 Estrenyiment

Definició: situació en què la persona (que prèviament tenia un patró d'evacuació regular, sense gaire esforç ni dolor, de femta de consistència blana i color i aspecte normals) pateix una reducció de la freqüència d'evacuació intestinal, acompanyada d'eliminació dificultosa o incompleta de femta massa dura i seca.

Aquest diagnòstic es pot formular també com de risc.

Emprar: quan es pugui millorar l'evacuació intestinal modificant els hàbits higiènics i dietètics.

No emprar: quan es tracti d'un estrenyiment crònic o que estigui provocat exclusivament per un problema fisiopatològic (estenosi intestinal, trastorns del peristaltisme, etc.), circumstàncies que necessiten un abordatge en col·laboració.

Factors relacionats:

La persona:

- Desconeix la importància de:
 - Fer cas a la necessitat de defecar.
 - Mantenir hàbits d'eliminació intestinal regulars.
 - Mantenir hàbits alimentaris adequats: aportament apropiat de fibra i líquids.
 - Mantenir la intimitat i el temps.
 - Mantenir les conductes pactades el temps necessari, per aconseguir un patró d'eliminació intestinal satisfactori.
- Té dificultats d'adaptació als canvis recents de l'entorn.
- Té debilitat en la musculatura abdominal.
- Té una activitat física escassa.

Críteris de resultats:

La persona:

- Ha recuperat el patró de defecació habitual.
- Reconeix els factors causals de l'estrenyiment.
- Elabora una dieta equilibrada rica en fibres i residus.
- Argumenta la conveniència de fer canvis en el seu estil de vida.
- Fa exercicis actius de contracció de la musculatura abdominal.
- Manté els canvis proposats.

Activitats:

1. Pactar una dieta rica en fibra i residus (fruites, verdures, hortalisses, cereals) d'acord amb les preferències individuals.
2. Limitar la ingestió d'aliments astringents (arròs, pomes, magranes, productes elaborats amb farines refinades, te...).
3. Si no està contraindicat, assegurar la ingestió de 2.000 ml/dia de líquids (millor aigua).
4. Consensuar un pla d'exercici diari moderat i regular, adaptat a les característiques de la persona.
5. Si tolera el segó, iniciar-ne la presa amb moderació i augmentar-ne progressivament la quantitat.
6. Aconsellar prendre 1-2 tassons d'aigua tèbia en dejuni o incloure en el berenar prunes, kiwis, pinya natural.
7. Evitar emprar laxants, explicar-ne els efectes indesitjables a llarg termini.
8. Incloure dins els hàbits diaris l'hora de la defecació: aconsellar programar-la a la mateixa hora (30 minuts després del berenar) i dedicar-hi de 15 a 20 minuts.
9. Recomanar l'ús de material d'entreteniment mentre s'està al WC.

10. Aconsellar emprar la tassa del WC amb els malucs i genolls lleugerament flexionats (recolzant els peus en un tamboret baix) a fi d'adoptar una posició més còmoda i fisiològica.
11. Si la persona està allitada, fer exercicis de contracció de la musculatura abdominal, fer-hi massatges suaus i afavorir la deambulació tot d'una que sigui possible.
12. Si hi ha dolor en defecar, aconsellar emprar lubricants, compreses fredes i banys de seient.
13. Discutir amb la persona el problema i explicar-li que per tenir resultats fa falta temps i constància.

5.3.4 Interrupció dels processos familiars

Definició: situació en què la persona manifesta un canvi en les seves relacions o en el funcionament familiar.

Emprar: quan el canvi repercuteixi negativament en tots o en algun membre de la família.

No emprar: quan es tracti d'una situació en què la família es troba en una fase d'adaptació als canvis. En aquest cas, podria utilitzar-se com a diagnòstic de risc.

Factors relacionats:

La persona, com a membre de la família

- Desconeix:
 - Els mecanismes d'adaptació que pot desenvolupar per equilibrar el sistema familiar.
 - Com normalitzar recursos personals i de l'entorn existents.
- Creença que no hi ha necessitat de fer canvis per equilibrar el sistema familiar.
- Dificultat per adaptar-se als canvis recents.
- Modificacions en el rol familiar.
- Dificultat per mantenir els mecanismes d'adaptació desenvolupats per afrontar els canvis de la nova situació.

Criteris de resultats:

La família (inclosa la persona atesa):

- Ha recuperat o manté l'equilibri de la dinàmica familiar.
- Identifica els factors desencadenants de la interrupció del procés familiar.
- Elabora un pla de canvi realista per utilitzar els recursos de què disposa.
- Avalua els beneficis del canvi proposat.

Activitats:

1. Fomentar la comunicació oberta entre els membres de la família:
 - Plantejar preguntes que facin sortir aquella informació que ajudi a identificar les creences de cada membre de la família i, així, identificar les prioritats i els possibles conflictes de cadascun.
2. Establir una relació terapèutica:
 - Mantenir una actitud d'escolta activa amb els membres de la família.
 - Transmetre la comprensió de la situació i del seu impacte sobre la dinàmica familiar.
 - Mantenir una actitud neutra davant la vivència dels membres de la família.
 - Establir una relació de confiança amb els membres de la família en què la comunicació oberta entre els professionals i aquests estigui present.
 - Permetre i estimular l'expressió de creences i sentiments.
 - Reforçar positivament els canvis fets pels membres de la família que afavoreixen l'equilibri familiar.
 - Fomentar l'autonomia de cada persona.
3. Ajudar a identificar les estratègies per reajustar l'equilibri familiar:
 - Ajudar a identificar les necessitats i dificultats de cada membre de la família per adaptar-se a la nova situació.
 - Ajudar a identificar els rols que desenvolupa cada membre de la família.
 - Ajudar a identificar les conductes afavoridores del reajustament familiar.
 - Ajudar a identificar els canvis, tant en el pla cognitiu com en el comportament, per aconseguir l'estabilitat en la dinàmica familiar.
 - Identificar conjuntament amb la família els recursos interns (per exemple, identificar com a eina d'ajuda, en el cas que existeixi, una comunicació oberta i fluida entre els membres de la família) i els recursos externs (per exemple, identificar el suport emocional dels veïnats i amics).

5.3.5 Dèficit d'activitats recreatives

Definició: situació en què la persona manifesta la necessitat d'estimulació, interès o participació en activitats recreatives i, a més, s'observa la possibilitat de canviar i afavorir el seu benestar.

Emprar: quan es puguin incrementar les activitats recreatives i així millorar el seu benestar.

No emprar: quan es tracti d'una situació no modificable per la realització de més activitats recreatives.

Factors relacionats:

La persona:

- Desconeix:
 - Els recursos personals i de l'entorn existents.
 - Activitats de lleure que pugui fer adequades al seu estat físic (dificultat en la mobilitat física, per desplaçar-se, utilització d'aparells o pròtesis i/o capacitat sensorial alterada).
- Presenta baix estat d'ànim.
- Presenta dolor o altres símptomes.
- Té dificultat per accedir a equipaments públics i a activitats culturals i socials en el barri o poble.
- Creu que no necessita fer activitats de lleure.
- Té dificultat per adaptar-se als canvis recents en l'estil de vida, modificacions en el rol social (jubilació, atur...) i/o canvis en l'organització del temps (patró de treball i oci).
- Té dificultat per mantenir el pla d'oci recomanat el temps necessari.

criteris de resultats:

La persona manifesta satisfacció en la realització d'activitats recreatives adequades a la seva edat i situació de salut.

La persona i la família:

- Identifiquen els recursos personals i de l'entorn de què disposen per fer activitats de lleure.
- Organitzen les activitats recreatives que desitgin en funció de les limitacions que puguin existir, tant personals com de l'entorn.
- Identifiquen la conveniència de dedicar un temps a activitats de lleure que els satisfacin.
- Mantenen les activitats triades el temps pactat.

Activitats:

1. Planificar activitats recreatives:

- Ajudar a identificar els recursos personals i de l'entorn per fer activitats de lleure.
- Ajudar a identificar les activitats recreatives que pot fer la persona en la situació en què es troba, tenint sempre en compte les seves preferències.
- Ajudar a planificar activitats de lleure diàries, intercalant períodes de descans segons les preferències i la capacitat de la persona.
- Ajudar a aconseguir tot aquell material que necessiti la persona per fer les activitats planificades: llibres, revistes, televisió, ordinador, etc.

2. Reforçar la realització d'activitats recreatives:

- Explicar els beneficis de dedicar un temps personal a les activitats recreatives.
- Avaluar conjuntament la realització d'activitats recreatives: reforçar-ho positivament quan la persona expressi satisfacció de fer-les i intentar modificar-les o cercar-ne de noves en el cas contrari.

- Valorar les activitats recreatives com a coadjuvants en el control del dolor i d'altres símptomes.
 - Fomentar activitats socials i comunitàries i informar de les que es fan en el seu àmbit.
3. Dur a terme una escolta activa i facilitar l'expressió de sentiments.

5.3.6 Risc de lesió

Definició: situació en què la persona pot patir una lesió inespecífica com a conseqüència de la interacció entre les condicions ambientals i els seus propis recursos.

Emprar: quan aquest risc de lesió sigui a causa de conductes inadequades o de risc de la persona.

No emprar: quan la persona faci tot el que estigui al seu abast per reduir el risc encara que aquest persisteixi.

Factors relacionats:

- Dèficit de coneixements sobre les mesures de seguretat.
- Manca de consciència de risc.
- Manca de voluntat per mantenir les mesures de seguretat de manera permanent.

Criteris de resultats:

La persona i la família:

- Identifiquen els factors de risc de lesió en els seus hàbits de vida i en el seu entorn.
- Poden explicar les mesures preventives adequades a cada situació.
- Argumenten la conveniència de modificar les conductes de risc i els riscos modificables del seu entorn.
- Empren adequadament els aparells i les tècniques d'ajuda i protecció.
- Integren les mesures de seguretat al seu estil de vida diari.

Activitats:

1. Establir conjuntament els canvis que s'han de fer en l'entorn (baranes, agafadors, eliminació o fixació d'estores, ús de sabates amb sola antilliscant, etc.). Per ampliar la informació, es poden recomanar les adaptacions de seguretat a la llar desenvolupades en la suplència de seguretat.
2. Valorar amb la persona i la família les activitats que faci i que siguin potencialment perilloses.
3. Explicar maneres de prevenir accidents i argumentar les raons de les mesures de seguretat.

Mesures per prevenir cremades:

- No fumar dins el llit.
- Evitar l'ús de brasers.
- En usuaris amb sensibilitat tèrmica disminuïda, no utilitzar estoretes amb sensibilitat elèctrica, bosses d'aigua calenta o gel.
- Dins la cuina, emprar recipients de base ampla i estable i col·locar-los de manera que les nanses i/o mànecs no sobresurtin.
- No deixar enceses ni estufes ni cuines en sortir del domicili.

Mesures per prevenir intoxicacions de gas:

- Revisar periòdicament el gas i posar un dispositiu avisador d'escapament.
- Evitar quedar adormit deixant estufes de gas o brasers encesos.
- Evitar estufes de butà i emprar preferentment fonts de calor elèctriques.

Mesures per prevenir toxiinfeccions alimentàries:

- No comprar aliments que no duguin control de sanitat.
- Extremer la higiene en la manipulació dels aliments.
- Guardar els aliments a la temperatura idònia.

Mesures generals:

- Procurar una il·luminació adequada, explicar a l'usuari la importància de mantenir-la sempre i evitar aixecar-se a les fosques, etc.
- Mantenir un entorn net i ordenat i retirar objectes potencialment perillosos.
- Tenir els productes tòxics i els medicaments en recipients ben etiquetats i tapats, en armaris tancats i fora de l'abast dels nins o de persones confuses.
- No guardar productes tòxics en recipients diferents als seus i mai en recipients que hagin contingut aliments.
- Valorar l'agudesesa visual o auditiva, aconsellar l'ús d'ulleres i audiòfons si són necessaris.
- Si és una persona major que visqui tota sola, recomanar la col·locació d'una telealarma.
- Controlar els efectes secundaris de la medicació.

Mesures fora del domicili:

- Revisar les normes de seguretat vial i recomanar-ne l'estricta compliment.
- Caminar sempre per la vorera.
- Utilitzar els passos de vianants per creuar els carrers.
- Recordar l'obligació de l'ús del casc quan vagin en moto o en bicicleta.
- Usar sistemes indicats per als nins: cadires de seguretat adequades a l'edat del nin.
- Emprar roba reflectora si es camina de nit per una via pública poc il·luminada.

5.3.7 Coneixements deficients

Definició: situació en què la persona no té prou informació cognitiva sobre un tema específic relacionat amb la seva salut.

Emprar com a diagnòstic de salut¹ quan, per canvis en la salut (a causa d'una malaltia, etapa vital, etc.), la persona necessiti adquirir coneixements per manejar la nova situació. Aquest seria el diagnòstic que utilitzaríem quan iniciàssim un procés educatiu (per exemple, davant el debut d'una diabetis); a continuació, plantejaríem seguir el procés educatiu pertinent (en aquest exemple, els objectius educatius que queden àmpliament detallats en la Guia d'educació diabetològica), de manera que el diagnòstic es mantindria obert fins a la finalització del procés educatiu.

No emprar: quan la falta de coneixements no sigui el problema, sinó la causa que el produeix.

Criteris de resultats:

La persona i el cuidador:

- Demostren la comprensió de la informació i les ensenyances rebudes (s'han de personalitzar els criteris de resultats, segons els coneixements que hagin d'assumir).

Activitats:

1. Analitzar amb la persona els coneixements que ha d'adquirir i determinar els objectius d'aprenentatge de manera conjunta.
 - Ajudar la persona a identificar les seves habilitats d'aprenentatge.
 - Ajudar la persona a identificar els factors que poden facilitar i dificultar el procés d'aprenentatge.

¹ Un diagnòstic de salut es formula just amb un únic component: l'etiqueta diagnòstica. En aquest cas, s'ha d'especificar l'àrea de coneixements que s'ha de desenvolupar.

- Facilitar la implicació de persones de referència si la persona ho desitja.
- Ajudar la persona a identificar els èxits.

2. Facilitar l'aprenentatge.

- Ajustar la instrucció al nivell de coneixements i comprensió de la persona.
- Establir la informació en una seqüència lògica.
- Ajudar a integrar la informació adquirida a l'estil de vida.
- Relacionar la informació amb els desigs/necessitats personals de la persona.
- Proporcionar materials educatius per il·lustrar la informació important i/o completa.
- Utilitzar un llenguatge adaptat i definir la terminologia que no sigui familiar.
- Relacionar el contingut nou amb els coneixement anteriors.
- Presentar a l'usuari persones que hagin passat per experiències similars.
- Fomentar la participació activa.
- Donar prou temps, mantenir sessions curtes.
- Repetir la informació important.
- Proporcionar ajudes a la memòria.
- Utilitzar demostracions i demanar a la persona que les faci ella.
- Proporcionar retroacció freqüent sobre el procés d'aprenentatge.
- Corregir males interpretacions.
- Reforçar conductes.
- Crear espais perquè la persona faci preguntes i discuteixi les seves inquietuds.
- Respondre les preguntes de manera clara i concisa.

Els continguts s'han d'adequar a la parcel·la de coneixement que s'ha de tractar segons el que hem especificat en l'etiqueta diagnòstica.

5.3.8 Maneig inefectiu del règim terapèutic personal

Definició: situació en què la manera en la qual la persona integra a la vida quotidiana el programa de tractament de la malaltia i les seves seqüeles resulta inadequada per arribar als objectius de salut fixats.

Emprar: quan, havent passat un temps des del diagnòstic i la prescripció terapèutica, la persona no duu a terme tot el tractament o les seves accions no són efectives.

No emprar: quan la persona, coneixedora de la seva situació de salut i del tractament proposat, i també de les alternatives existents i de les conseqüències previsible del fet de no actuar, decideix lliurement i responsablement no seguir les recomanacions prescrites.

Factors relacionats:

- Manca de coneixements o suport social necessari.
- Dificultat per seguir un tractament massa complex o prolongat.
- Dificultat per seguir un tractament per un sentiment d'incapacitat o impotència, de desconfiança o d'estar en un conflicte de decisions personals o familiars.
- Dificultat per relacionar els beneficis del tractament i les cures que cal seguir.
- Conflictes familiars o contradicció del tractament amb les pautes familiars de cura de la salut.
- Manifestació de desconfiança en el tractament o en l'equip de cures de salut.
- Manca de motivació per comprometre's a integrar els canvis a la vida diària.

criteris de resultats:

La persona:

- Demuestra una integració adequada a la vida quotidiana del pla terapèutic.
- Reconeix els factors que influeixen en el comportament.
- Planifica la manera d'eliminar o reduir els factors que interfereixen desfavorablement en el seguiment del pla terapèutic.
- Descriu de manera realista els efectes de no seguir el tractament i les conseqüències de seguir-lo.
- Ha adquirit o augmentat les habilitats necessàries per a l'autocura.
- Integra el pla terapèutic fins a la propera visita.

Activitats:

1. Discutir amb la persona:

- Les conductes no favorables.
- La seva repercussió en la salut.
- Les conseqüències previsibles a curt, mitjà i llarg termini.
- Els beneficis o recompenses que es deriven de seguir el pla terapèutic.
- Les persones que poden ajudar-la a incorporar els canvis necessaris.
- Les implicacions personals, familiars, econòmiques, socials i laborals del tractament.
- Els elements, si n'hi ha, que entren en conflicte amb el tractament i el tipus de conflicte que generen.
- La seva responsabilitat en el manteniment o recuperació de la salut.
- Les dificultats inherents a tot canvi dels hàbits de vida.

Cal valorar la conveniència d'explicar: malaltia que pateix, signes i símptomes d'alarma, grups d'autoajuda. S'ha de mantenir en tot moment una actitud neutra i evitar fer judicis de valor. També s'ha de permetre la lliure expressió de sentiments i dificultats.

2. Treballar per modificar conductes:

- Pactar les modificacions que s'han d'introduir en l'estil de vida.
- Dissenyar un pla realista per incloure el pla terapèutic en les activitats de la vida diària, procurant que les modificacions siguin progressives i les mínimes possibles.
- Fomentar al màxim la participació de la persona i la família, donar temps per assumir la situació i fer el dol de les pèrdues si n'hi ha.
- Revisar les ajudes institucionals que poden ser aplicables, si n'hi ha.
- Intentar trobar solucions alternatives: emprar altres condiments en lloc de sal, augmentar l'exercici incorporant-hi pujar escales, caminar, etc.

3. Treballar per mantenir el canvi de conducta:

- Reconèixer els avanços obtinguts.
- Reforçar totes aquelles actituds i comportaments que ajuden la persona a gestionar la situació i en concret a seguir el règim terapèutic.

4. Explicar i informar de tot allò que la persona manifesta que no coneix amb relació al règim terapèutic:

- Explicar el tractament que s'ha de prendre i els seus possibles efectes.
- Explicar signes i símptomes d'alarma amb relació al tractament.
- Fer un seguiment del tractament.

5.3.9 Maneig efectiu del règim terapèutic personal

Definició: situació en què la manera en la qual la persona integra a la vida quotidiana el programa de tractament de la malaltia i les seves seqüeles resulta adequada per arribar als objectius de salut fixats.

Emprar: quan, havent passat un temps des del diagnòstic i la prescripció terapèutica, la persona duu a terme tot el tractament i les seves accions són efectives. S'ha d'utilitzar quan es desitgi el suport del professional per potenciar i mantenir aquest compliment del pla terapèutic.

Aquest és un diagnòstic de salut i es formula amb un sol component en l'etiqueta diagnòstica.

5.3.10 Baixa autoestima situacional

Definició: situació en què la persona respon amb una autoavaluació negativa.

Emprar: quan la persona manifestava prèviament tenir una autoestima positiva.

No emprar: quan la pèrdua de l'autoestima sigui repetitiva o de llarga evolució, o bé quan aquesta sigui secundària a processos patològics de salut mental, en què s'abordaria com a problema de col·laboració.

Factors relacionats:

- Dificultat d'adaptació a la situació de vida actual.
- Canvis en el desenvolupament personal o en el rol social.
- Canvis de la imatge corporal o deteriorament funcional.
- Conflicte en el sistema de creences i valors.
- Sentiments d'haver fallat, de ser rebutjat o de no ser prou reconegut o recompensat.

Criteris de resultats:

La persona:

- Ha recuperat una avaluació positiva d'ella mateixa i de les seves capacitats.
- Identifica els factors que provocaren o afavoriren la disminució de l'autoestima.
- Pot explicar com emprar els recursos interns i externs per afrontar la situació conflictiva actual i els posa en pràctica.
- Relaciona el tractament proposat amb l'eliminació o la reducció de les causes modificables de la situació actual.
- Duu a terme el pla de cures pactat.

Activitats:

1. Establir una relació terapèutica: mantenir una actitud d'escolta, afavorir un ambient en què es motivi a expressar sentiments i creences, aconseguir una empatia amb la persona i la família...
2. Ajudar la persona a identificar els desencadenants o els factors influents en l'estat de baixa autoestima, tant exteriors, determinats per situacions de l'entorn o vivències anteriors, com creences o actituds que alteren l'equilibri personal.
3. Ajudar que la persona identifiqui les influències externes en l'autoestima personal, com les creences i els comportaments dels altres, la cultura i el gènere.
4. Reexaminar conjuntament les autopercepcions negatives i contrastar-les amb dades objectives.
5. Discutir les repercussions de la seva conducta en la vida social, familiar i laboral.
6. Reforçar positivament aquelles creences i actituds que afavoreixen un augment de confiança i autoestima de la persona, i també èxits anteriors i les seves capacitats personals.
7. Identificar les situacions, condicions i sentiments que en altres ocasions li van facilitar assolir els objectius.
8. Reforçar positivament les qualitats percebudes per la persona i les seves capacitats de fer front a la situació de vida actual.
9. Ajudar la persona a identificar les conseqüències de comportar-se amb sentiments de culpa o vergonya.
10. Avaluar i potenciar la capacitat de la persona en la presa de decisions.
11. Estimular l'inici d'activitats i projectes que puguin resultar satisfactoris.
12. Animar la persona a desenvolupar relacions socials i comunitàries.
13. Fomentar la participació activa de persones significatives i de la família en el pla terapèutic.
14. Fomentar la comunicació oberta entre els membres de la família, en què es creï un espai d'expressió de sentiments i creences.
15. Suggestir la participació en grups d'autoajuda.
16. Reflexionar sobre els sentiments que genera dependre d'altres persones per a les activitats de la vida diària o per a les cures de la salut.

5.3.11 Risc de soledat

Definició: situació en què la persona està en risc d'experimentar una sensació d'inquietud o malestar relacionada amb el fet de sentir-se tota sola.

Emprar: quan sigui possible controlar, reduir o eliminar els factors de risc modificant conductes de la persona o del cuidador.

Factors relacionats:

- Manca d'habilitats per establir noves relacions secundàries, mancances afectives o pèrdues o separació de persones o coses significatives.
- Aïllament físic i/o social (dificultat per desplaçar-se, dèficit sensorial, dificultat idiomàtica).

Criteris de resultats:

La persona:

- Manté la interacció social segons les seves necessitats.
- Reconeix els factors individuals que generen el risc de soledat o hi contribueixen.
- Formula un pla per emprar els recursos personals, familiars i socials per crear oportunitats de relacionar-se amb altres.
- Demostra habilitat en l'ús d'ajudes o de les pròtesis necessàries per mantenir les relacions socials (audiòfons, ulleres...).

Activitats:

1. Pactar els objectius que s'han d'aconseguir amb la persona amb una gran participació d'aquesta i establir objectius realistes i assolibles.
2. Estimular la lliure expressió de sentiments i temors respecte de la situació i les seves repercussions, amb la qual cosa s'ajuda a identificar-los.
3. Permetre que sigui la persona qui controli el ritme d'obertura social i animar-la perquè no abandoni l'intent.
4. Dissenyar estratègies per establir o reprendre progressivament el contacte amb familiars, amics o grups de la comunitat. Si la persona no pot sortir del domicili, valorar la possibilitat d'accedir a grups de suport comunitari com, per exemple, el voluntariat.
5. Modificar tant com sigui possible les condicions de l'entorn que dificulten o impedeixen la mobilització o el desplaçament.
6. Si hi ha dèficits sensorials, establir el tipus d'ajuda necessària i remarcar la importància que s'utilitzi correctament.
7. Comentar la possibilitat d'iniciar o reprendre la participació en activitats recreatives organitzades per la comunitat, etc., i facilitar-ne la informació corresponent.
8. Si pertany a un grup cultural o ètnic minoritari, intentar localitzar-ne altres membres i fomentar encontres.

6. Programes i protocols

6.1 Guia d'educació diabetològica

6.1.1 Eines específiques de valoració de la persona amb diabetis mellitus

Guia d'educació diabetològica. 2a ed. Palma: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Ib-salut, 2004.

Guía clínica 1. Diabetes. Palma: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Ib-salut, 2004.

6.1.2 Pla de cures

El diagnòstic d'independència que podem emprar a l'hora de començar un procés educatiu és el de Coneixements deficients.

Tot seguit, el que ens plantejarem serà assolir els objectis educatius que queden detallats a la guia. El diagnòstic s'ha de mantenir obert fins a acabar el procés educatiu. El que hem d'anar tancant són els objectius educatius a mesura que els anem aconseguint; pot ser interessant que, a l'hora de tancar l'objectiu, es pugui passar el qüestionari de coneixements que s'adjunta a la guia.

Una vegada que s'ha completat l'educació inicial, es poden presentar diverses possibilitats:

1. Que la persona faci un seguiment adequat dels objectius marcats. En aquest cas, tindrem un Maneig efectiu del règim terapèutic personal.
2. Que en faci un seguiment parcial: Maneig inefectiu del règim terapèutic personal, en què s'ha d'especificar el factor relacionat.
3. Que, de manera informada, decideixi no seguir el pla establert. En aquest cas, hem d'enunciar Incompliment del tractament, tancar el procés i deixar la porta oberta perquè, si canvia d'opinió, pugui tornar a acudir a la consulta.

6.2 Programa d'atenció a l'ancià

6.2.1 Escales de valoració

La guia de valoració de les necessitats bàsiques de l'ancià recollides al Full de valoració del Programa de l'ancià queda ampliada i millorada amb la valoració bàsica d'infermeria que s'adjunta a aquest document.

Les dades recollides en aquesta valoració bàsica d'infermeria ens han de servir per completar les escales de valoració funcional (Katz, Lawton i Brody).

6.2.2 Pla de cures de l'ancià

El pla de cures estandarditzat de l'ancià que figura en el Programa de l'ancià queda substituït pel que segueix a continuació:

Diagnòstics d'autonomia:

1. Suplència parcial o total per a l'alimentació.
2. Suplència parcial o total per a l'eliminació fecal i urinària.
3. Suplència parcial o total per a la mobilització i el manteniment de la postura adequada.
4. Suplència parcial o total per al vestiment i la cura personal.
5. Suplència parcial o total per al manteniment de la temperatura corporal.
6. Suplència parcial o total per a la higiene i la protecció de la pell.
7. Suplència parcial o total per al manteniment de la seguretat de l'entorn.

Diagnòstics d'independència:

1. Deteriorament de la mobilitat física amb relació a: pèrdua de força, desconeixement de les mesures de manteniment adequades, manca d'interès per mantenir les activitats.
2. Maneig ineficaç del règim terapèutic personal amb relació a: infravaloració de la importància del seguiment del tractament, cansament de mantenir conductes adequades, demandes excessives.
3. Cansament o risc de cansament del rol de cuidador amb relació a: responsabilitat superior a les seves possibilitats, manca de sistemes de suport.

4. Estrenyiment o risc d'estrenyiment amb relació a: dieta pobra en fibra i líquids, descens de l'activitat física.
5. Estrenyiment subjectiu amb relació a: desconeixement del ritme normal de les deposicions en adults majors, idees errònies sobre el ritme adequat de deposicions.
6. Risc de soledat amb relació a: pèrdua de persones significatives, aïllament social o físic, mancances afectives.
7. Baixa autoestima situacional amb relació a: canvis en el desenvolupament del seu rol, deteriorament funcional, canvis en la imatge.
8. Interrupció o risc d'interrupció dels processos familiars amb relació a: canvis de rol dels membres de la família, malalt que necessiti un grau alt de dedicació, presència d'un nou membre dins el nucli de convivència.
9. Risc de lesió amb relació a: desconeixement o infravaloració de les mesures de seguretat, conductes de risc.

7. Bibliografia

1. Adam E. Être infirmière. Un modèle conceptuel. 3ième ed. Montréal: Éditions Études Vivantes; 1991.
2. Adam E. Modèles conceptuels. Can J Nurs Res. 1999;30(4):103-14.
3. Alberdi R, Artigas B, Cuxart N, Agüera A. Guías para implantar la metodología enfermera. Rev Rol Enferm.2003;26(9):73-4.
4. Alberdi R, Artigas B, Cuxart N, Agüera A. Guía para la identificación de actitudes y aptitudes. Rev Rol Enferm. 2003;26(10):71-2.
5. Alberdi R, Artigas B, Cuxart N, Agüera A. Guía para la planificación de áreas de mejora. Rev Rol Enferm. 2003;26(11):61-2.
6. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1998.
7. Barceló MA, Miró M, Martín A. Higiene corporal de la persona encamada. Metas Enferm. 2003;6(53):18-22.
8. Campo MA, García C, Oriach MR, Llatas A, Viladot A, Hidalgo T. Descriptores de cuidados enfermeros en atención primaria. Metas Enferm. 2003;6(54): 24-9.
9. Campo MA, Oriach MR, Viladot A, Espinalt A, Fernández C. Servicio de cuidados enfermeros según modelo conceptual de Virginia Henderson. Metas Enferm.1999;2(13):8-14.
10. Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermería. 4a ed. Madrid: McGraw-Hill;1993.
11. Cladera A, Sancho S, Vidal C. Guia d'educació diabetològica. 2a ed. Palma de Mallorca: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca, Ib-salut; 2004.
12. Contel JC, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria. Organización y práctica. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica;1999.
13. Escola Universitària d'Infermeria Santa Matrona. Projecte de formació per a la implantació del procés de cures en el marc del model conceptual de Virginia Henderson als centres d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut. Barcelona: Fundació La Caixa; 2002.

14. Fernández de Molina A. ICTUS Què ens cal saber? Barcelona: Generalitat de Catalunya, departament de Benestar Social; 1990.
15. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Programa de atención al anciano. Palma de Mallorca: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca, Insalud; 2000.
16. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Guía clínica 1. Diabetes. Palma de Mallorca: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca, Ib-salut; 2004.
17. Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3a ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros; 1996.
18. Henderson V, Nite G. Enfermería teórica y práctica. 3a ed. México: Copilco El Alto; 1987.
19. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
20. Kindersley D. Manual de cuidados. Itàlia: OGA Mondadori; 1998.
21. Kozier B, Erb G, Blais K, Johnson JY, Temple JS. Técnicas de enfermería clínica. 4a ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 2000.
22. Lauzon S, Adam E. La personne âgée et ses besoins. Interventions infirmières. Québec: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.; 1996.
23. Luis MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 3a ed. Barcelona: Masson; 2004.
24. Luis MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3a ed. Barcelona: Masson; 2005.
25. Martínez MP. Principios básicos de la mecánica corporal. Metas Enferm. 1999;2(18):23-24.
26. Pérez A. Guía de cuidados de personas mayores. Madrid: Síntesis; 1999.
27. Sancho S, Vidal C, Cañellas R, Caldés MJ, Corcoll J, Ramos M. Análisis de situación y propuestas de mejora en enfermería de atención primaria de Mallorca: un estudio con grupos focales. Rev Esp Salud Pública. 2002; 76: 531-43.

- 28.Sauret C, Humanes A, Trallero R. Nutrición enteral. Vías de acceso y fórmulas. Rev Rol Enferm. 1999; 22(3): 176-182.
- 29.Virgili N, Vilarasau M. Nutrición enteral domiciliaria. Rev Rol Enferm. 1999; 22(4): 261-266.
- 30.Cañellas R, Alorda C, Adrover RM, Vidal MC, Bastias A. Pla de cures d'infermeria del pacient amb ictus; 2002. [documento de trabajo del FIS PI 021585]