

EJE IV DE LA ODAT

- 4. Eje IV: Trastornos en el desarrollo.
 - 4.a) Trastornos en el desarrollo motor.
 - 4.a.a) Parálisis Cerebral Infantil/ Trastorno Motor Cerebral.
 - 4.a.b) Trastornos de Origen Espinal.
 - 4.a.c) Trastornos de Origen Periférico.
 - 4.a.d) Trastornos de Origen Muscular.
 - 4.a.e) Trastornos de Origen Óseo-articular.
 - 4.a.f) Trastornos del Tono no especificado.
 - 4.a.g) Hábitos y descargas motrices.

TRASTORNOS GENERALES Y FOCALES QUE AFECTAN AL DESARROLLO MOTOR

1. ENFERMEDADES GENERALES

- a) Malnutrición.
- b) Enfermedades metabólicas generales y cualquier enfermedad grave.
- c) Cardiopatías severas.
- d) Colagenosis.

2. ORIGEN CENTRAL: suelen cursar con hipotonía sin debilidad

Los trastornos de origen central pueden manifestarse con hipo o hipertonía acompañando a signos motores anormales.

Las principales causas de hipotonía de origen central son las cromosomopatías y síndromes genéticos, en particular el síndrome de Down y el de Prader-Willi y algunas enfermedades neurometabólicas.

La principal causa de hipertonía es la parálisis cerebral.

- a) Encefalopatías estáticas (Parálisis cerebral):
 - Accidentes cerebrovasculares del recién nacido a término.
 - Prematuridad.
 - (1) Hemorragia intraventricular.
 - (2) Leucomalacia periventricular.
 - Encefalopatía hipóxico-isquémica.
 - Encefalitis, meningitis, sepsis, kernicterus.
 - Malformaciones cerebrales.
- b) Enfermedades neurometabólicas:
 - Aminoacidurias.
 - Acidurias orgánicas.
 - Trastornos mitocondriales.
 - Enfermedades lisosomales.
 - Trastornos peroxisomales.
 - Mucopolisacaridosis y oligosacaridosis.
 - Otros errores congénitos del metabolismo.
- c) Cromosomopatías y síndromes genéticos:
 - Down.
 - Prader-Willi.
- d) Enfermedades neurodegenerativas:
 - Leucodistrofias y otras.
- e) Retraso mental inespecífico.

3. ORIGEN NEUROMUSCULAR:

- a) Asta anterior:
 - Atrofia muscular espinal.
 - Mielopatía traumática.
 - Mielopatía Hipóxico-isquémica.
 - Artrogriposis múltiple congénita.

- b) Raíces motoras o sensitivas:
 - Síndrome de Guillain Barré.

- c) Tronco nervioso:
 - Neuropatía hipomielinizante de Lyon.
 - Leucodistrofias.
 - Polineuropatías (Charcot-Marie-Tooth(CMT), Dejerine Sotas, otras).

- d) Placa motora:
 - Síndromes miasténicos.
 - Botulismo.

- e) Músculo:
 - e.1. Distrofias musculares:
 - e.1.1 Recesivas LX:
 - a. Formas de Duchenne (precoz) y Becker (tardía).

 - e.1.2 Autosómicas dominantes:
 - a. Distrofias miotónicas.
 - b. Distrofia facioescapulohumeral.
 - c. Distrofia muscular distal.
 - d. Distrofia ocular y oculofaríngea.

 - e.1.3 Autosómicas recesivas:
 - a. Distrofias musculares congénitas:
 - (i) DMC con déficit de merosina total o parcial (clásica u occidental).

 - (ii) DMC merosín positiva:
 - 1. Pura.
 - 2. Con espina rígida.
 - 3. E. de Ullrich o forma hipotónico-esclerótica.
 - 4. Con deficiencia de integrina.

 - (iii) Con trastornos de la migración neuronal (tipo lisencefalias tipo II).
 - 1. Tipo Fukuyama:
 - 2. S. músculo-óculo-cerebral de Santavuori.
 - 3. S. Walker-Warburg.

- (iv) Distrofias musculares de cinturas (LGMD).
 - 1. Déficit de disferlina.
 - 2. Déficit de calpaína 3.
 - 3. Déficit de sarcoglicanos (sarcoglicanopatías).
- e.2. Miopatías congénitas:
 - e.2.1 Estructurales.
 - a. Principales:
 - (i) Nemalínica.
 - (ii) Central core o de los cuerpos centrales.
 - (iii) Miotubular (centronuclear).
 - b. Otras:
 - (i) Miopatía por múltiples cuerpos o minicore o multicore, Desproporción congénita del tamaño de cifras.
 - e.2.2 Metabólicas.
 - (b) Mitocondriales.
 - (c) Glucogenosis tipo II.
- e.3. Síndromes miotónicos:
 - e.3.1 Distróficos:
 - a. Distrofia miotónica.
 - b. S. Schwartz-Jampel o condrodistrofia miotónica.
 - c. S. Isaac.
 - e.3.2 No distróficos.
 - a. Miotonía Congénita AD (E. Thomsem).
 - b. Miotonía congénita AR (E. Becker).
 - c. Paramiotonía congénita (E. Eulemberg).
 - d. Parálisis periódica hiperpotasémica.
- e.4. Miopatías inflamatorias:
 - e.4.1 Dermatomiositis y polimiositis.
 - e.4.2 Otras conectivopatías: FR, ACJ, PAN.
 - e.4.3 Otras: Infecciones víricas, bacterianas o parasitarias. Sarcoidosis.
- e.5. Trastornos musculares bioquímicos:
 - e.5.1 Glucogenosis II, V y VII. Menos el III y IV.
 - e.5.2 Parálisis periódicas: hipo, hiper o normoK.
 - e.5.3 Miopatías por acumulo de lípidos:
 - a. Déficit sistémico de carnitina.
 - b. Déficit muscular de carnitina.
 - c. Deficiencias de carnitina palmitiltransferasa.
 - d. Miopatía lipídica con niveles normales de carnitina.
 - e. Déficit de piruvato decarboxilasa.
 - f. Deposito de lípidos neutros.

SIGNOS DE ALERTA EN ÁREA MOTORA

CONCEPTO

- “Situación encontrada en un niño que hace prever pueda tener en aquel momento o en el futuro un desarrollo anómalo o con retraso”.
- Sería la expresión clínica de una función alterada, aunque no presupone necesariamente afectación consolidada.
- No implican necesariamente un desarrollo anormal, sobre todo un signo aislado, pues puede ser:
 - Variante de la normalidad.
 - Signo transitorio.
 - Aspecto reactivo a un entorno inadecuado.
- Dos o más signos y su persistencia en dos controles madurativos apoyarían la posibilidad de patología.
- El diagnóstico de trastorno motor requiere la presencia de signos motores anormales. El retraso en la adquisición de hitos del desarrollo psicomotor sin signos motores anormales no indica por sí mismo trastorno motor sino retraso psicomotor.

SIGNOS DE ALERTA

1. Signos generales:

- Ausencia de uno de los logros psicomotores edad-relacionados.
- Persistencia de un signo que debía de haber desaparecido.
- Ruptura de un ritmo evolutivo normal.
- Trastorno del tono, motilidad y postura.
- Trastornos de las funciones sensoriales y cognitivas.

2. Exploración neurológica:

- Macro o microcefalia.
- Anomalías posturales o patrones posturales propios de edades inferiores.
- Movimientos anómalos, escasos, poco variados o mal coordinados.
- Anomalías en los reflejos primarios.
- Anomalías en los reflejos osteotendinosos, hipo o hiperreflexia.
- Preferencia por el empleo de una mano antes de los 12 meses de edad.
- Asimetrías persistentes, a partir del primer trimestre.
- Trastornos del tono muscular (Hipo o hipertonia).
- Epilepsia.
- Otra clínica sugestiva de lesión neurológica o sensorial.

3. Signos Conductuales – Emocionales:

- Dificultades para aceptar las maniobras de consuelo.
- Pasividad excesiva o hiperquinesia.
- Conductas repetitivas, como estereotipias motoras.
- Trastornos en la atención hacia el entorno.
- Incapacidad para hacer un juego adecuado a su edad.

- Trastornos persistentes en el sueño.
- Problemas persistentes en la alimentación.
- Niño de “comer y dormir”, poco reclamador o expresivo.
- Niño excesivamente sociable.
- Trastornos del lenguaje: mutismo, expresiones inadecuadas al contexto, ecolalias...

4. Signos de alerta de PCI:

- **Recién nacido:**
 - Perímetro craneal menor o mayor de 3 DS.
 - Hipotonía axial.
 - Actitud postural en opistótonos.
- **Tres meses:**
 - Ausencia de coordinación óculo-motriz.
 - Persistencia de hipertonía marcada.
 - Incapacidad para controlar cabeza.
 - Cierre permanente de las manos o pulgar incluido.
- **Seis meses:**
 - Persistencia de reflejos primarios en particular sinergia de Moro.
 - Persistencia del reflejo tónico cervical asimétrico.
 - Alteración en la motilidad.
 - Espasticidad en miembros inferiores manifestada por tendencia a mantener posturas en hiperextensión, equinismo y entrecruzamiento (tijera) de extremidades inferiores, espontáneas o al colocar al niño en bipedestación.
- **Nueve meses:**
 - Hipotonía de tronco.
 - Ausencia o trastorno de la prensión-manipulación.
 - Ausencia de reacciones posturales de paracaídas.
 - Ausencia de sedestación.
- **Doce meses:**
 - Ausencia de bipedestación.
 - Presencia de reflejos anormales.
 - Presencia de movimientos involuntarios.
- **A cualquier edad:**
 - Motilidad, tono, postura anormales o asimétricas.
 - Presencia de reflejos anormales.
 - Retraso del desarrollo psicomotor.
 - Movimientos involuntarios.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA

El Plan de Cuidados estandarizado que a continuación se desarrolla está dirigido a niños y niñas de 0 a 6 años, con Trastorno del Desarrollo con Discapacidad Motora. En general presentan una especial fragilidad clínica, en su mayoría presentan patologías asociadas, con síntomas continuos y re-agudizaciones frecuentes. Se caracterizan por la disminución gradual de su autonomía y su capacidad funcional, y el consecuente aumento de sus necesidades de cuidados; con importantes repercusiones personales, familiares, sociales y económicas. Un pilar importante en este plan es trabajar conjuntamente con las personas cuidadoras, mediante la identificación precoz de sus necesidades y la prestación de ayuda en el desempeño de su papel. Nos referimos a las personas cuidadoras ya sea en el ámbito familiar, escolar, de servicios sociales y comunitarios. Esto ha llevado a la elaboración de otro Plan de Cuidados dirigido también a la familia y a otras personas cuidadoras.

Ante esta situación desde la fragilidad hacia la dependencia, es importante el abordaje multidisciplinar e integral así como asegurar la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos niveles asistenciales.

Este Plan de Cuidados estandarizado habrá que personalizarlo a cada menor y a su persona cuidadora para su correcta aplicación.

Es una herramienta que intenta disminuir la variabilidad de las actuaciones de los y las profesionales para lograr un grado de homogeneidad razonable, mejorar la práctica asistencial y su calidad.

Este Plan incluye:

- Valoración mínima específica según el modelo de necesidades de Virginia Henderson. Valoración sistemática e integral, orientada a recoger la información más relevante para poder formular unos problemas reales y/o potenciales y garantizar unos cuidados personalizados y empáticos. Abarca aspectos físicos, psíquicos, sociales, espirituales y del entorno y se complementa con la inclusión de cuestionarios, tests e índices de uso multidisciplinar.
- Exposición de los principales problemas de enfermería que suelen aparecer, recogidos en etiquetas diagnósticas según la taxonomía de la NANDA, selección de los resultados esperados según la taxonomía NOC y de las intervenciones enfermeras necesarias para dar solución a estos problemas utilizando la clasificación NIC.
- Desarrollo de los resultados en indicadores y de las intervenciones en actividades enfermeras más concretas para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados.

Es importante la valoración continua asegurando la continuidad y coherencia de los cuidados proporcionados en los distintos niveles asistenciales y en las distintas áreas del mismo nivel. El registro que toma vital importancia en este aspecto es el Informe de Continuidad de Cuidados, en el que quedarán reflejadas la evolución y evaluación del Plan de Cuidados que deberá quedar perfectamente plasmado en los formatos de registros enfermeros que cada institución sanitaria posea. En el caso de los problemas de colaboración cada institución elaborará los protocolos de actuación necesarios para abordarlos.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DIRIGIDO AL NIÑO O A LA NIÑA CON DISCAPACIDAD MOTORA

Valoración mínima específica de enfermería de la niña o del niño, estructurada por Necesidades Básicas Virginia Henderson

01 RESPIRACIÓN

Tensión arterial.
Frecuencia cardíaca.
Frecuencia respiratoria
Ritmo respiratorio.
Amplitud respiratoria.
Profunda / superficial / costal / diafragmática.
Dificultad para respirar.
Cianosis / aleteo nasal/ quejido.
Exposición a ambiente contaminado (tabaco).

Tests e índices: test de Apgar y test de Silverman

02 ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN

Peso / talla / IMC / PC.
Tipo de lactancia / materna / mixta / artificial.
Problemas en la lactancia materna.
Reflejo de succión y deglución normal.
Nº comidas / día / distribución.
Masticación normal.
Dentadura natural está en buen estado.
Total consumo líquido diario.
Dificultad para beber.

Tests e índices: Diez pasos para una lactancia feliz OMS-UNICEF y Mini Nutritional Assessment "MNA".

03 ELIMINACIÓN

Hábitos de eliminación intestinal:

- . Nº / frecuencia / características de deposiciones.
- . Incontinencia fecal.
- . Diarrea / estreñimiento/ dolor al defecar.
- . Incapacidad uso W.C. por sí mismo/a.
- . Uso de laxantes.

Hábitos de eliminación urinaria: frecuencia / cantidad aproximada / características. Pañales. Sonda vesical.

Otras pérdidas de líquidos: transpiración.

Tests e índices: test de incontinencia urinaria, escala de Norton (valoración úlceras por decúbito).

04 MOVILIZACIÓN

Tono muscular: hipotonía /hipertonía.
Convulsiones.

Movimientos excesivos de extremidades o cara.

Equilibrio: estable / inestable.

Precisa inmovilización.

Falta o reducción de la energía para tolerar la actividad.

Transferencia cama / sillón.

Necesita ayuda para moverse.

Inestabilidad en la marcha,

Deambulación, necesita ayuda.

Andador / silla de ruedas / otros.

Dolor.: tipo de dolor / localización / intensidad.

Actuaciones para aliviar los problemas:

- . Ejercicios / calor / masajes / medicación.

- . Persona que realiza las actuaciones: familiar, un cuidador o una cuidadora, una enfermera, terapeutas.

- . Resultados.

Actividad física habitual: tipo de ejercicio / frecuencia / nivel de actividad. Cambios recientes.

Tests e índices: tipo convulsiones y temblores, tabla de Haizea-LLevant test de Denver, escala de Lawton y Brody (valoración AIVD) e índice de Barthel (autonomía AVD).

05 REPOSO / SUEÑO

Horas de sueño: día / noche / siesta / otras.

- . Dificultad para conciliar el sueño.

- . Para mantenerlo.

- . Somnoliento.

- . Cambios en el patrón del sueño.

- . Dolor.

- . Estímulos ambientales nocivos.

Cómo lo resuelve.

- . Medicamentos: Nombre / Dosis / Desde cuándo.

- . Recetado por el medico.

- . Conoce efectos.

- . Ha intentado dormir sin medicamentos.

- . Quiere probar otro método.

06. VESTIRSE / DESVESTIRSE

Requiere ayuda para ponerse / quitarse la ropa.

Ropa y calzado habitual cómodo y adecuado...

Es alérgico/a a ciertos tejidos.

Tests e índices: tabla de Haizea-LLevant, test de Denver, escala de Lawton y Brody (valoración AIVD) e índice de Barthel (autonomía AVD.)

07. TEMPERATURA

Temperatura corporal.

Fluctuaciones de temperatura.

Sensibilidad al frío y calor: aumentada / disminuida.

Exposición habitual ambientes fríos / calientes.

Toma medicamentos que provocan vaso dilatación.

08. HIGIENE / PIEL

Estado de la piel: normal / alterada / deshidratada.

Mucosa: normal / alterada.

Lengua: rosada / enrojecida / edema / saburral.

Encías: normales / alteradas.

Dientes: blancos / alineados / completos / faltan piezas.

Hábitos higiénicos habituales: baño / ducha.

Higiene dental: cepillado dientes.

Problemas o limitaciones para realizar su higiene.

Realización de cuidados relacionados con higiene y piel correcta.

Tests e índices: tabla de Haizea-LLevant, test de Denver, escala de Lawton y Brody (valoración AIVD), índice de Barthel (autonomía AVD) y escala de Norton (valoración úlceras por decúbito).

09. SEGURIDAD

Nivel conciencia: despierto / somnoliento.

Nivel de orientación.

Dificultad auditiva.

Dificultad visual.

Vacunación correcta.

Alergias.

Revisiones periódicas.

Caídas (últimos 3 meses).

Quemaduras (últimos 3 meses).

Seguridad: prevención UPP, cambios posturales.

Seguridad entorno.

Domicilio / escuela / barrio.

Cumplimiento plan terapéutico: farmacológico / no farmacológico / otras terapias.

Dolor.

Tipo de dolor: crónico / agudo / localización.

Intensidad: débil / fuerte / muy fuerte.

Tests e índices: test de Pfeiffer, test de MEC, test del informador, escala de Norton (valoración de úlceras por decúbito).

10. COMUNICACIÓN

Dificultades la comunicación.

Dificultad de hablar y entender el lenguaje.

Déficit sensorial.

Describe con quien comparte el hogar.

Nº de personas que forman la unidad familiar.

Relaciones con las personas de su entorno.

Identificara su cuidador/a principal.

Su persona cuidadora proporciona apoyo, ayuda y estímulo suficiente y efectivo.

Tests e índices: tabla de Haizea-LLevant, test de Denver, test de Goldberg, test de Yesevage, test de Apgar familiar.

11. CREENCIAS Y VALORES

Capacidad para tomar decisiones libremente.
Contradicciones y dificultades en la toma de decisiones.
Auto apreciación negativa.

12. TRABAJAR / REALIZARSE

Niño/a deseado/a.
Tiene hermanos.
Relación entre ellos/as.

Tests e índices: test de Zarit, Duke Hung y de sobrecarga de la persona ciudadora.

13. ACTIVIDADES LÚDICAS / RECREATIVAS

Conciencia del padre y de la madre de la necesidad del juego para el aprendizaje y desarrollo del niño o de la niña.
Actividades recreativas habituales.
Problemas en relación con las actividades recreativas.
Especificar tipo de problema: tiempo, recursos económicos, espacios, situación de salud.
Su situación de salud ha cambiado sus actividades recreativas.
El tiempo de ocio lo pasa: solo / con la familia / con amigos.
Se aburre cuando no trabaja en su ocupación habitual.

14. APRENDER / SATISFACER LA CURIOSIDAD

Retraso o dificultad para llevar a cabo habilidades motoras / sociales / expresivas.
Presenta dificultad para el aprendizaje.
Especificar problemas actuales para el aprendizaje.
Actitudes relacionadas con el aprendizaje.
Nivel de escolarización.
Acude a centro o institución especializado.
Recibe educación/apoyo en domicilio.

Tests e índices: test de Denver, tabla de Haizea-LLevant y test de Pfeiffer.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS SELECCIONADOS SIGUIENDO LA TAXONOMÍA II DE LA NANDA

Patrón de alimentación ineficaz del lactante. M/p incapacidad para iniciar o mantener una succión efectiva o incapacidad para coordinar succión, deglución y respiración. R/c anomalías anatómicas o deterioro o retraso neurológico.

Incontinencia urinaria total. M/p flujo continuo de orina que se produce a intervalos imprevisibles, falta de conciencia del llenado vesical o falta de conciencia de la incontinencia. R/c disfunción neurológica que desencadena la micción en momentos imprevisibles.

Deterioro de la movilidad física. M/p limitación de la habilidad para la realización de las habilidades motoras gruesas y finas, inestabilidad postural durante la ejecución de las AVD habituales y movimientos descoordinados o espasmódicos. R/c intolerancia a la actividad, retraso en el desarrollo, deterioro cognitivo, sedentarismo, desuso o mala forma física y falta de apoyo físico o social.

Riesgo de infección. Factores de riesgo: falta de protección vacunal, hábitos inadecuados, procedimientos invasivos, insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a agentes patógenos, traumatismos, rotura membrana amniótica, desnutrición o enfermedades crónicas.

Riesgo de aspiración. Factores de riesgo: alimentación por sonda, situaciones que impiden la elevación de la parte superior del cuerpo, reducción del nivel de conciencia y deterioro de la deglución.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Factores de riesgo externos: humedad, factores mecánicos (cizallamiento, presión, etc.), hipertermia, hipotermia e inmovilización física. Factores de riesgo internos: prominencias óseas, alteración del estado nutricional, alteración del turgor (elasticidad), alteración del estado metabólico, déficit inmunológico y factores de desarrollo.

DESARROLLO

00107.- PATRÓN DE ALIMENTACIÓN INEFICAZ DEL LACTANTE

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1000.- Establecimiento de la lactancia materna.

- 02. Sujeción y compresión areolar adecuada.
- 05. Deglución audible.
- 10. Aumento adecuado de peso.
- 11. Satisfecho tras la lactación.

1002.- Mantenimiento de la lactancia materna.

- 02. Desarrollo del lactante ERE.
- 04. Conocimiento familiar de los beneficios.
- 08. Reconocimiento de signos de disminución de la leche.
- 14. Expresión familiar de satisfacción con el proceso de lactancia materna y el apoyo disponible.

1010.- Estado de deglución.

- 16. Acepta la comida.
- 01. Mantiene la comida en la boca.
- 02. Controla las secreciones orales.
- 05. Concordancia entre reflejo de succión / reflejo de deglución.
- 09. Duración de la comida.

1004.- Estado nutricional.

- 01. Ingestión alimentaria y de líquidos.
- 04. Masa corporal.
- 05. Peso.
- 06. Determinaciones bioquímicas.

NIC (Intervenciones de enfermería):

5244.- Asesoramiento en la lactancia

- . Determinar los conocimientos de la madre.
- . Proporcionar información y corregirle conceptos equivocados, informar sobre ventajas y desventajas, determinar deseo y motivación.
- . Evaluar la forma de succión /deglución.
- . Mostrar la forma de amamantar, si procede.
- . Enseñarle a diferenciar entre suministro de leche insuficiente percibido y real.
- . Enseñar a la madre desarrollo esperado del bebé para identificar los patrones normales con lactancia materna.
- . Animar a la madre a que evite fumar.

1052.- Alimentación con biberón

- . Instruir a la madre /padre o persona cuidadora acerca de la esterilización del equipo, dilución correcta y almacenamiento de la fórmula y fuente de agua.
- . Colocar al bebé en posición semi-Fowler.
- . Hacer eructar en la mitad de la toma y al final.
- . Vigilar el peso.

6900.- Succión no nutritiva

- . Utilizar el chupete más grande y suave que pueda tolerar su lengua, limpio y estéril.
- . Colocar al bebé de tal forma que la lengua caiga la base de la boca.
- . Mover la lengua rítmicamente con el chupete, pezón o dedo.
- . Informar de las ventajas de la técnica con relación a la importancia de satisfacer necesidades de succión.
- . Animar a criar con lactancia materna.

00021.- INCONTINENCIA URINARIA TOTAL

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1101.- Integridad tisular: piel, membranas y mucosas.

- 11. Ausencia de lesión tisular.
- 13. Piel intacta.

0503.- Eliminación urinaria.

- 01. Patrón de eliminación ERE.
- 08. Entradas y salidas equilibradas durante 24 h.
- 13. Vacía la vejiga completamente.

NIC (Intervenciones de enfermería):

0610.- Cuidados de la incontinencia urinaria.

- . Identificar las causas que producen la incontinencia.
- . Ayudar a seleccionar las prendas adecuadas.
- . Higiene adecuada de la zona dérmica genital.
- . Limitar la ingesta de líquidos irritantes para la vejiga (café, colas, té, chocolate).

1804.- Ayuda autocuidados: aseo.

- . Comprobar la capacidad para ejercer cuidados /autocuidados.
- . Establecer una rutina de actividades y cuidados.
- . Si tiene dependencia, ayudar a aceptar las necesidades.
- . Enseñar a la familia /persona cuidadora a fomentar la independencia, hacerle solo lo que no pueda.

1750.- Cuidados perineales.

- . Limpiar el periné a intervalos regulares.
- . Mantener el periné seco.
- . Mantener en posición cómoda.

0580.- Sondaje vesical.

- . Explicar el procedimiento y fundamento de la intervención.
- . Mantener una técnica aséptica estricta.
- . Controlar la ingesta y la eliminación.

00085.- DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0208.- Nivel de movilidad.

01. Mantenimiento del equilibrio.
02. Mantenimiento de la posición corporal.

0900.- Capacidad cognitiva.

01. Se comunica.
03. Atiende.
09. Procesa la información.

0909.- Estado neurológico.

01. Función neurológica: conciencia.
05. Función neurológica: autónoma.

0206.- Movimiento articular: activo (desde sin movimiento hasta movimiento completo).

NIC (Intervenciones de enfermería):

5612.- Enseñanza: actividad /ejercicio prescrito.

- . Valorar el nivel de actividad que realiza actualmente.
- . Informar a paciente y/o persona cuidadora del propósito y de los beneficios de la actividad.
- . Informar acerca de las actividades apropiadas en función de su estado de salud.
- . Elaborar un plan de ejercicios adecuado a su capacidad.
- . Evaluar cumplimiento del plan de ejercicios.

0200.- Fomento del ejercicio.

- . Valorar las ideas sobre el ejercicio físico en la salud.
- . Informar sobre los beneficios para la salud física psicológica.
- . Potenciar la motivación.
- . Revisar las técnicas para evitar lesiones.

0224.- Terapia del ejercicio: movilidad articular.

- . Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función.
- . Realizar medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio articular.
- . Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor en la resistencia y en la movilidad articular.
- . Dar apoyo positivo a paciente y persona cuidadora al realizar los ejercicios de las articulaciones.

4690.- Prevención de caídas.

- . Identificar déficit cognoscitivo o físico que puedan aumentar el riesgo de caídas.
- . Identificar características del ambiente que puedan aumentar el riesgo de caídas.
- . Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y modificarlos.

3590.- Vigilancia de la piel.

- . Observar si hay fuentes de presión y fricción.
- . Observar excesiva sequedad o humedad de la piel.
- . Observar si la ropa queda ajustada.
- . Instruir a la persona cuidadora/ familia acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.
- . Instaurar medidas para evitar mayor deterioro.

00004.- RIESGO DE INFECCIÓN

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1902.- Control del riesgo.

01. Reconoce el riesgo.
02. Supervisa factores de riesgo la conducta personal y medioambiental.
11. Participa en la identificación sistemática de los riesgos identificados.
16. Reconoce y supervisa los cambios en el estado de salud.

1900.- Conducta de vacunación.

- 01. Reconoce el riesgo de la enfermedad sin vacunación.
- 03. Describe contraindicaciones de la vacunación.
- 04. Aporta la cartilla de vacunación actualizada.

1807 Conocimiento: control de la infección.

- 01. Descripción del modo de transmisión de la infección.
- 03. Descripción prácticas que reducen la transmisión.
- 04. Descripción signos y síntomas de la infección
- 07. Descripción de actividades para aumentar la resistencia.
- 08. Descripción del tratamiento de la infección.

NIC (Intervenciones de enfermería):

6550.- Protección contra las infecciones.

- . Observar el grado de vulnerabilidad del niño o de la niña a las infecciones.
- . Enseñar a menores y familia a evitar infecciones.
- . Instruir a menores y familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informar de ellos a su pediatra y persona cuidadora.

6530.- Manejo de la inmunización/vacunación.

- . Explicar al padre o a la madre el programa de vacunaciones recomendado y necesario.
- . Determinar el estado de inmunización en cada visita realizada y programar las inmunizaciones si se precisa.
- . Seguir los consejos del servicio de salud de cada Comunidad Autónoma para la administración de las vacunas.

6540.- Control de Infecciones.

- . Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados.
- . Garantizar una manipulación aséptica.
- . Administrar terapia de antibióticos, si procede.
- . Ordenar al niño o a la niña que tome antibióticos, según prescripción.
- . Instruir a menores y familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando deben informar a su pediatra o enfermera.
- . Enseñar a menores y persona cuidadora a evitar infecciones.

00039.- RIESGO DE ASPIRACIÓN

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1902.- Control del riesgo.

- 11. Participa en la identificación sistemática de los riesgos identificados.
- 16. Reconoce y supervisa los cambios en el estado de salud.

1908.- Detección del riesgo.

01. Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo.
09. Utiliza los recursos para mantenerse informado sobre posibles riesgos.
10. Utiliza servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades.

0900.- Capacidad cognitiva.

01. Se comunica.
03. Atiende.
09. Procesa la información.

0909.- Estado neurológico.

01. Función neurológica: conciencia.
05. Función neurológica: autónoma.

NIC (Intervenciones de enfermería):

3160.- Aspiración de vías aéreas.

- . Informar a la familia o persona cuidadora sobre la aspiración.
- . Enseñar a la familia o persona cuidadora a succionar las vías aéreas, si procede.
- . Seleccionar un catéter de aspiración que sea la mitad del diámetro interior de sus vías aéreas.
- . Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.
- . Anotar el tipo y la cantidad de las secreciones obtenidas.

3200.- Precauciones para evitar la aspiración.

- . Vigilar el nivel de conciencia, reflejo de tos, reflejo de gases, y capacidad deglutiva.
- . Controlar el estado pulmonar.
- . Colocar en vertical a 90° o lo mas incorporado posible.
- . Mantener el equipo de aspiración disponible.

1570.- Manejo del vomito.

- . Determinar la frecuencia y duración del vomito.
- . Identificar factores que puedan causar o contribuir al vómito.
- . Reducir o eliminar factores personales que desencadenen o aumenten el vómito.
- . Utilizar antieméticos en caso necesario.

1080.- Sondaje gastrointestinal.

- . Colocar la sonda, solicitar comprobación de su colocación con RX según protocolo.
- . Observar si la colocación es correcta.

1056.- Alimentación enteral por sonda.

- . Observar si hay presencia de sonidos intestinales.
- . Cambiar la sonda regularmente según protocolo.
- . Si es un bebé se proporcionará chupete durante la alimentación, se le sostendrá y se le hablará.
- . Lavar la sonda después de cada alimentación.

00047.- RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

0204.- Consecuencias inmovilidad: fisiológica.

- 01. Ulceras de presión.
- 04. Disminución del estado nutricional.
- 11. Disminución de la fuerza o tono muscular.
- 14. Alteración del movimiento articular.

1902.- Control del riesgo.

- 01. Reconoce el riesgo.
- 03. Supervisa los factores de riesgo.
- 05. Adapta los hábitos a control de riesgo.
- 08. Modifica el estilo vida para reducir riesgo.
- 16. Reconoce cambios estado salud.

1004.- Estado nutricional.

- 02. Ingestión alimentaria y de líquidos.
- 03. Energía.
- 04. IMC.

1101.- Integridad tisular: piel, membranas y mucosas.

- 10. Ausencia de lesión tisular.
- 13. Piel intacta.

NIC (Intervenciones de enfermería):

3590.- Vigilancia de la piel.

- . Observar en la piel: color, calor, textura, inflamación.
- . Edema y pérdida de integridad.
- . Tomar nota de los cambios en la piel y membranas.
- . Instruir a paciente y persona cuidadora acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.

0840.- Cambio de posición.

- . Colchón y cama adecuada.
- . Girar al niño o a la niña al menos cada 2 horas.
- . Minimizar el roce al cambiar de posición.

3500.- Manejo de presiones.

- . Vestirle con prendas no ajustadas.
- . Facilitar pequeños cambios del peso corporal.
- . Comprobar la actividad y movilidad del niño o de la niña.

3540.- Prevención úlceras por presión.

- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por transpiración, drenaje de heridas e incontinencia urinaria o fecal.
- Mantener la ropa de la cama seca limpia y sin arrugas.

0410.- Cuidados incontinencia intestinal.

- Lavar la zona perianal con jabón neutro y agua y secarla bien después de cada deposición.
- Colocar pañales de incontinencia si es necesario.

0610.- Cuidados de la incontinencia urinaria.

- Ayudar a seleccionar las prendas adecuadas.
- Higiene adecuada de la zona dérmica genital.
- Limitar la ingesta de líquidos irritantes para la vejiga (café, colas, té, chocolate).

1120.- Terapia nutricional.

- Determinar las calorías y el tipo de nutrientes sólidos y líquidos (incluir alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento) necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.
- Enseñar elaboración de la dieta y dar por escrito a la familia.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DE ENFERMERÍA DIRIGIDO A LA PERSONA CUIDADORA Y FAMILIA

Valoración mínima específica de enfermería de la persona cuidadora, estructurada por Necesidades Básicas Virginia Henderson

01 RESPIRACIÓN

Fumador/a.
Desea dejar de fumar.

Tests e índices: test de Apgar y test de Silverman.

02 ALIMENTACIÓN / HIDRATACIÓN

Peso / talla / IMC.
Nº comidas/ día / distribución.
Total consumo líquido diario.
Dentadura natural está en buen estado.

Tests e índices: diez pasos para una lactancia feliz OMS-UNICEF y Mini Nutritional Assessment“ MNA“.

04 MOVILIZACIÓN

Problemas o limitaciones relacionados con la movilidad.

Tests e índices: tipo convulsiones y temblores, tabla de Haizea-LLevant, test de Denver, escala de Lawton y Brody (valoración AIVD) e índice de Barthel (autonomía AVD).

05 REPOSO / SUEÑO

Horas de sueño: día / noche / siesta.

Problemas relacionados con el sueño.

Cambios en el patrón del sueño.

Cómo lo resuelve:

- . Medicamentos.
- . Recetados por el medico.
- . Conoce efectos.
- . Ha intentado dormir sin medicamentos.
- . Quiere probar otro método.

Otros datos de interés:

- . Influencia de las emociones.
- . Importancia que da al dormir / descansar.

08 HIGIENE / PIEL

Estado de la piel: normal / alterada / deshidratada.

Problemas o limitaciones para realizar su higiene.

Percepción de uno/a mismo/a.

Significado de la higiene personal, condiciones de la casa.

Tests e índices: tabla de Haizea-LLevant test de Denver, escala de Lawton y Brody (valoración AIVD, índice de Barthel (autonomía AVD) y escala de Norton (valoración úlceras por decúbito).

09 SEGURIDAD

Alcohol.

Tabaco.

Otras sustancias.

Sensación habitual de estrés.

Auto percepción / auto evaluación.

Cambios recientes: personales / físicos.

Seguridad del entorno.

Sentimientos habituales.

Relación consigo mismo / con los de demás.

Tests e índices: test de Pfeiffer, test de MEC, test del informador y escala de Norton (valoración de úlceras por decúbito).

10 COMUNICACIÓN

Describe con quien comparte el hogar.

Relaciones con las personas de su entorno.

Personas clave con quien compartir experiencias vitales.

Se relaciona con ellos/as en este momento.
Sentimiento de pertenencia y de integración.
Cambios en el entorno social.
Estado de ánimo, situación de salud.
Problemas en relación con la sexualidad.
Embarazos anteriores /Abortos.

Tests e índices: tabla de Haizea-LLevant, test de Denver, test de Goldberg, test de Yesevage, test de Apgar familiar.

11 CREENCIAS Y VALORES

Creencia religiosa.
Creencias no religiosas.
Conflicto con sus propias creencias y valores.
Sentido de la vida.
Significado experiencias cotidianas. Sentido del sufrimiento.
Jerarquía personal de valores.
Capacidad para tomar decisiones libremente.
Auto apreciación negativa.
Capacidad para tomar decisiones libremente.
Auto apreciación negativa.

12 TRABAJAR / REALIZARSE

Situación laboral.
Tipo de trabajo / categoría profesional/ horario.
Compagina trabajo doméstico con actividad laboral externa.
El resto de la familia colabora en tareas domésticas.
Tiene alguna persona a su cargo: hijos/as pequeños/as, personas de edad avanzada, con incapacidades.
Especificar grado de parentesco y problema de salud.
Percepción de utilidad y satisfacción personal.
Su situación actual ha comportado cambios en sus ocupaciones.
Cómo se vive este hecho.
Recursos inadecuados.
Dificultades para realizar actividades de cuidados.
Conoce los recursos disponibles de la comunidad.

Tests e índices: test de Zarit, de Duke Hung y de sobrecarga del cuidador.

13 ACTIVIDADES LÚDICAS

Significado que da la persona a las actividades recreativas.
Actividades recreativas habituales.
Su situación ha cambiado sus actividades recreativas.
El tiempo de ocio lo pasa: solo/a, con la familia, con amigos/as.
Se aburre cuando no trabaja en su ocupación habitual.

14 APRENDER

Nivel de estudios.
Actitudes relacionadas con el aprendizaje.
Especificar problemas actuales para el aprendizaje.
Forma habitual de utilizar los recursos sanitarios.
Desea mas información sobre....
Pertenece a alguna asociación.

Tests e índices: test de Denver, tabla de Haizea-LLevant y test de Pfeiffer.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS SELECCIONADOS SIGUIENDO LA TAXONOMÍA II DE LA NANDA

Manejo inefectivo o incumplimiento del régimen terapéutico. M/p elecciones de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención, verbalización de desear manejar el tratamiento y la prevención de secuelas, no haber emprendido acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y sus secuelas.

Factores relacionados: complejidad del régimen terapéutico, déficit de conocimientos, complejidad del sistema de cuidados de salud, falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de salud, dificultades económicas, impotencia, conflicto familiar o percepción subjetiva de gravedad.

Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de persona cuidadora.

Factores de riesgo por parte de la persona cuidadora: falta de experiencia en brindar cuidados, falta de descanso y distracción, deterioro de la salud, desempeño de roles que entren en conflicto, no estar preparado/a desde la perspectiva de su desarrollo para asumir ese papel y retraso en el desarrollo o retraso mental.

Factores de riesgo por parte por parte de la persona receptora de cuidados: enfermedad grave, cuidados numerosos o complejos importantes, curso imprevisible de la enfermedad o inestabilidad de la salud, retraso mental y problemas psicológicos o cognitivos.

Factores de riesgo por parte del entorno: entorno físico inadecuado, prolongación de los cuidados, situación marginal o disfunción familiar previa y aislamiento.

Ansiedad. M/p la persona se muestra agitada, nerviosa, inquieta, manifiesta quejas de insomnio, preocupación de cambios en acontecimientos vitales, se muestra arrepentida, irritable, temerosa, angustiada, sobreexcitada, desconcertada, aprensiva, se muestra olvidadiza, preocupada, confusa, siente miedo inespecífico, tiende a culpar a otras personas o es consciente de la sintomatología que presenta.

Factores relacionados: amenaza de cambio en el rol, conflicto inconsciente sobre valores y objetivos prioritarios en la vida, crisis personal o situacional o bien alto grado de estrés.

Afrontamiento familiar comprometido. M/p la persona responsable del cuidado muestra una conducta desproporcionada (por exceso /defecto) en relación con las capacidades o necesidad de autonomía del niño o de la niña o describe o confirma una comprensión o conocimiento inadecuados que interfieren con las conductas efectivas de ayuda y soporte.

Factores relacionados: la persona responsable del cuidado está temporalmente preocupada por conflictos emocionales y es incapaz de percibir o actuar de forma efectiva respecto a las necesidades del niño o de la niña, tiene comprensión o información inadecuada o bien el niño o la niña, brinda poco soporte a la persona de referencia.

DESARROLLO

00078.- MANEJO INEFECTIVO O INCUMPLIMIENTO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1813.- Conocimiento: régimen terapéutico.

01. Descripción de la justificación del régimen.
02. Descripción de las responsabilidades de los cuidados.
04. Descripción de los efectos esperados.
05. Descripción de la dieta / actividad/ ejercicio / medicación.
10. Descripción de proceso de la enfermedad.

1609.- Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.

02. Cumple régimen terapéutico recomendado.
03. Cumple dieta, actividad física / ejercicio recomendado.
05. Cumple los tratamientos prescritos.
06. Evita conductas que potencian la patología.
12. Utiliza correctamente los dispositivos.
15. Busca consejo de profesionales de la salud cuando es necesario.

1606.- Participación en las decisiones sobre la atención sanitaria.

01. Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones.
02. Manifiesta autocontrol en la toma de decisiones.
03. Busca información.

1601.- Conducta de cumplimiento.

01. Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida.
03. Comunica seguir la pauta prescrita.
04. Acepta el diagnóstico de profesionales de la salud.

NIC (Intervenciones de enfermería):

4420.- Acuerdo con el niño o la niña y la persona cuidadora.

- . Determinar con la persona cuidadora los objetivos de los cuidados.
- . Ayudar a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos.
- . Ayudarle a establecer objetivos realistas.
- . Establecer objetivos como conductas fácilmente distinguibles.
- . Explorar métodos de evaluación de la consecución de objetivos.
- . Disponer de un ambiente abierto para la creación de un acuerdo.

4360.- Modificación de la conducta.

- . Valorar sus razones para desear cambiar.
- . Ayudarle a identificar las conductas, los objetivos que deben ser cambiados para alcanzar las metas.
- . Ayudarle a identificar su fortaleza y reforzarla.
- . Evitar mostrar rechazo.

5602.- Enseñanza: proceso de enfermedad.

- . Evaluar su nivel de conocimientos relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- . Proporcionarle información acerca de las medidas de diagnóstico disponibles según resulte adecuado.
- . Evitar promesas tranquilizadoras.
- . Explorar los recursos y apoyos posibles.

5614.- Enseñanza: dieta prescrita.

- . Enseñar a la familia y persona cuidadora los grupos de nutrientes, cantidades mínimas diarias de los diferentes grupos de alimentos, cálculo de las calorías aconsejadas, realización de intercambios/ equivalencias/ raciones y ayudar, si procede, a elaborar dieta personalizada.

5616.- Enseñanza: medicación prescrita.

- . Informarle acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- . Informarle tanto del nombre genérico como del comercial.
- . Proporcionarle información acerca de la acción, propósito, efectos secundarios, etc. de los medicamentos.
- . Instruirle acerca de cómo seguir las prescripciones si fuera necesario.

5612.- Enseñanza: actividad prescrita.

- . Informarle acerca de las actividades apropiadas en función de su estado de salud.
- . Elaborar un plan de ejercicios adecuado a su capacidad.
- . Evaluar el cumplimiento de su plan de ejercicios.

00062.- RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESMPENÑO DEL ROL DE LA PERSONA CUIDADORA.

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

2203.- Alteración del estilo de vida.

01. Insatisfacción con circunstancias de la vida.
02. Realización alterada del rol.
04. Oportunidades para la intimidad comprometida.
08. Actividades de ocio comprometidas.
09. Productividad laboral comprometida.

2508.- Bienestar.

01. Satisfacción con la salud física.
02. Satisfacción con la salud emocional.
06. Satisfacción con el apoyo instrumental.
07. Satisfacción con el apoyo profesional.

0003.- Descanso.

01. Tiempo de descanso.
03. Calidad del descanso.
06. Utilización de fármacos.

2204.- Relación entre persona cuidadora y paciente.

01. Comunicación efectiva.
02. Paciencia / armonía /tranquilidad.

1902.- Control del riesgo.

01. Reconoce el riesgo.
08. Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.
13. Utiliza servicios sanitarios, sociales y de apoyo.
16. Reconoce cambios en el estado de salud.

NIC (Intervenciones de enfermería):

7040.- Apoyo a la persona cuidadora.

- . Determinar el nivel de conocimientos de la persona cuidadora.
- . Determinar la aceptación de su papel.
- . Elaborar conjuntamente una lista de sus fortalezas y debilidades.
- . Implicar a varios miembros de la familia en los cuidados.
- . Informarle sobre los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- . Observar si hay indicios de estrés.
- . Enseñarle técnicas de control de estrés.
- . Derivarle, si es necesario, a su médico o médica o trabajador o trabajadora social.

7200.- Fomento de la normalización familiar.

- . Fomentar el desarrollo de la integración del niño o de la niña en el sistema familiar sin que se convierta en el centro de la misma.
- . Que la familia le vea como un niño o una niña más que como una persona discapacitada o enferma crónica.
- . Determinar la necesidad de cuidados intermitentes para la madre, el padre y personas cuidadoras.

5370.- Potenciación de roles.

- . Ayudale a identificar cambios de roles específicos y necesarios debido a enfermedad o discapacidades.
- . Animarle a identificar una descripción realista del cambio de rol.
- . Facilitar la discusión de expectativas entre menor y persona cuidadora.

5300.- Facilitar la expresión del sentimiento de culpa.

- . Ayudar a la persona cuidadora y a la familia a identificar y examinar las situaciones en las que se experimenta o generan sentimientos de culpa.
- . Ayudar a la persona cuidadora y a la familia a identificar su comportamiento en la situación de culpa.
- . Facilitar la discusión del impacto de la situación sobre las relaciones familiares.

7108.- Asistencia en el mantenimiento del hogar.

- . Determinar las necesidades de mantenimiento del niño o de la niña en el domicilio.
- . Aconsejar las alteraciones estructurales para que el hogar sea accesible.
- . Proporcionar información sobre la manera de convertir el hogar en un sitio seguro y limpio.
- . Ayudar a los miembros de la familia a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en la realización de sus roles.
- . Proporcionar información sobre red de apoyo social y de cuidados intermitentes, si es necesario.

00146.- ANSIEDAD

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

1402.- Control de la ansiedad.

- 03. Disminuye los estímulos ambientales.
- 04. Busca información para reducir ansiedad.
- 06. Utiliza estrategias de superación efectivas.
- 17. Controla la respuesta de ansiedad.

1302.- Superación de problemas.

- 01. Identifica patrones de superación eficaces.
- 04. Refiere disminución del estrés.
- 09. Utiliza el apoyo social disponible.

1405.- Control de la agresión.

- 07. Comunica sus necesidades de forma apropiada.
- 08. Comunica sus sentimientos de forma apropiada.

1305.- Adaptación psicosocial: cambio de vida.

- 01. Establecimiento objetivos realistas.
- 02. Mantenimiento de autoestima.
- 04. Expresiones de utilidad.
- 13. Expresiones de apoyo social adecuado.

NIC (Intervenciones de enfermería):

5820.- Disminución de la ansiedad.

- . Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- . Proporcionarle información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- . Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- . Escuchar con atención.

5230.- Aumentar el afrontamiento.

- . Valorar el impacto de la situación sobre sus roles y relaciones.
- . Animarle a encontrar sus puntos fuertes y sus capacidades.

- . Valorar las necesidades y deseos de apoyo social.
- . Ayudar a identificar sistemas de apoyo disponibles.
- . Ayudar a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida.
- . Animar al niño o a la niña y a la familia a identificar qué hacen bien y potenciarlo.

5240.- Asesoramiento.

- . Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- . Demostrar empatía, calidez y autenticidad.
- . Ayudar a identificar el problema o la situación causante del problema.
- . Establecer la duración de las sesiones de asesoramiento.
- . Establecer metas.

5340.- Presencia.

- . Mostrar una actitud de aceptación.
- . Escuchar.
- . Estar físicamente disponible como elemento de ayuda.

00074.- AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO

NOC (Resultados e indicadores de resultados):

2604.- Normalización de la familia.

- 01. La familia reconoce la existencia de alteraciones.
- 04. Alteran el plan terapéutico para adaptarlo a su vida diaria.
- 11. Mantienen las expectativas habituales del padre y de la madre para el niño o la niña.
- 15. Utilizan los recursos sanitarios y sociales cuando es necesario.

2605.- Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.

- 01. Las personas cuidadoras participan en la planificación de la asistencia.
- 03. Proporcionan información relevante a profesionales de la salud.
- 04. La familia obtiene la información necesaria de profesionales de la salud.
- 06. Colaboran en el ajuste del plan terapéutico.

NIC (Intervenciones de enfermería):

7140.- Apoyo a la familia.

- . Asegurar que al niño o a la niña se le brindan los mejores cuidados posibles.
- . Escuchar sus inquietudes, sentimientos y preguntas.
- . Favorecer una relación de confianza.
- . Aceptar los valores familiares sin emitir juicios.
- . Asegurarse de que el niño o la niña y la familia conocen el número de teléfono al que deben llamar, para localizar al equipo que lo atiende, si surgen complicaciones.

7110.- Fomento de la implicación familiar.

- . Identificar la capacidad de la familia para puesta en marcha del plan terapéutico.
- . Valorar los recursos físicos, emocionales y sociales de la familia.
- . Implicar a varios miembros de la familia en la supervisión del cuidado.
- . Reconocer síntomas físicos de estrés en los miembros de la familia.
- . Favorecer la obtención de recursos para el control de la enfermedad.
- . Pactar que varios miembros de la familia se releven en la supervisión o puesta en marcha del plan terapéutico.
- . Derivar si es preciso, al equipo de salud mental.

7040.- Apoyo a la persona cuidadora.

- . Proporcionar información sobre el estado de salud del niño o de la niña.
- . Determinar el nivel de conocimientos de la persona cuidadora.
- . Determinar la aceptación de su papel.
- . Elaborar conjuntamente una lista de sus fortalezas y debilidades.
- . Informar sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- . Observar si hay indicios de estrés.
- . Enseñarle técnicas de control de estrés.

ESCALAS ^{23,24,25}

- Gross Motor Function Classification System
- Manual Ability Classification System
- Alberta Infant Motor Scale
- Functional Mobility Scale o Escala Gillette
- Balance muscular: Lovett y Martín
- Medición clínica de la espasticidad: Escala de Ashworth, modificada por Bohannon
- Test clínicos (Test de Adams utilizando escoliómetro, Test de Thomas, Test del Péndulo, Test del Minuto, etc.)
- Evaluación de la manipulación (MACS)
- Evaluación de la marcha (FMS)
- Escalas de Brooke y Vignos (Distrofia Muscular)

EXPLORACIÓN DE LA MARCHA

1. Examen clínico observacional:
 - a) Estimación visual:
 - Movimiento del tronco
 - Movimiento de miembros superiores
 - Base de sustentación
 - Valoración por separado de cada extremidad inferior en las fases de balanceo y apoyo
 - Marcha de puntillas y de talones
 - b) Uso del cronómetro:
 - Test del minuto (1)
 - Tiempo en caminar 15 m.
 - c) Examen del calzado
2. Análisis instrumentado:
 - a) Vídeo
 - b) Pasillo instrumentalizado
 - c) Acelerometría
 - d) Esterero-fotogrametría
 - e) Electromiografía
3. Valoración funcional:
 - a) Functional mobility scale (2)
 - b) Escala de Gillette (3)

APGAR FAMILIAR

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR-CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario que puede ser **autoadministrado o heteroadministrado** y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7-10 puntos
- Disfuncional leve: 3-6 puntos
- Disfuncional grave: 0-2 puntos

Versión heteroadministrada: leer las preguntas del cuestionario y señalar la respuesta del paciente.

Versión autoadministrarada: Recortar por la línea de puntos y entregar al paciente para su cumplimentación.

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
Puntuación Total			

Bibliografía: Smilkstein G. the family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J.Fam Pract 1978;6: 123-29. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18(6):289-295. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. Edita: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

INFORME DE ESCOLARIZACIÓN



INFORME PREVIO A LA ESCOLARIZACIÓN

DE CENTRO DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA (CAIT) A¹: (apunte en el que proceda)

1.- EQUIPO DE ORIENTACIÓN EDUCATIVA:

2.- ESCUELA INFANTIL:

3.-CENTRO DE EDUCACIÓN INFANTIL:.....

DATOS PERSONALES:

Apellidos, Nombre:		Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Fecha de nacimiento:			
Dirección:			
C.P.:	Localidad:	Provincia:	
e-mail:	Teléfono:	Móvil:	
Padre, madre o representante legal:			

PROFESIONAL QUE EMITE INFORME (Logopeda, Psicólogo, Pedagogo): _____

FECHA DE INICIO INTERVENCIÓN: __/__/____.

INTERVENCIÓN TERAPEUTICA²:

Profesionales	Psicología	Logopedia	Fisioterapia	Otros	Horas/mes*	Tipo actividades
UMAT / MES / NIÑO-A						
UMAT / MES / FAMILIA						
UMAT / MES / ENTORNO						
UMAT/MES/GRUPAL (Niño-a y/o familia)						

* UNA vez al mes (1), UNA vez cada DOS meses (bimensual, 0,5), UNA vez cada TRES meses (trimestral, 0,3), UNA vez cada SEIS meses (semestral, 0,1) y UNA vez al año (0,08)

OTRAS INTERVENCIONES (Especificar si está siendo atendido en otro ámbito)

VALORACIÓN DEL DESARROLLO

Edad cronológica:	Edad corregida (en su caso):	Edad madurativa:
Desarrollo socioafectivo	<input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> No adecuado	Desarrollo cognitivo <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> No adecuado
Relaciones con los iguales	<input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> No adecuado	Uso adecuado de los juguetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Expresa emociones en situaciones sociales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Juego simbólico y social <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Identifica emociones en los demás	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Capacidad de imitación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Muestra afecto con la familia y otros/as menores	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Capacidad de atención <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> No adecuado
Desarrollo Psicomotor		
Motricidad gruesa		Motricidad fina
Control cefálico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Uso adecuado de las manos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Volteo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alcanza objetos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sedestación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sostiene un objeto en cada mano <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Arrastre/gateo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Realiza actividades bimanuales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Deambulación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Oposición del pulgar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Bipedestación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pinza digital <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Marcha	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Independiza el dedo índice <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desarrollo conductual		Desarrollo sensorial
Conductas autolesivas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Percepción visual <input type="checkbox"/> Adecuado <input type="checkbox"/> No adecuado
Rabietas muy frecuentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Percepción auditiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

¹ Identificar el centro donde la familia desea solicitar plaza.

² UMAT: Unidad de Medida en Atención Temprana = 45'

Movimientos estereotipados	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Coordinación visomotora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conductas repetitivas/autoestimuladas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Percepción corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precisa ayuda para desplazarse	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Actividades para la vida diaria		
Precisa adaptación del puesto escolar	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Hábitos de sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros datos de interés			Hábitos de alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Control de esfínteres (causa de la ausencia)			Alimentación (triturado, semitriturado, sólido) toma (cuchara, tetina,..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Análisis del lenguaje			Líquidos en biberón, vaso ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Función Pragmática			Colabora en tareas de ascó y vestido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intención comunicativa	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Lenguaje Expresivo		
Lenguaje gestual	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Emisión silábica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Demanda señalando	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Primeras palabras	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Comparte sus intereses	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Realiza frases	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Capacidad de imitación	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Discurso ininteligible	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Lenguaje comprensivo			Habla ecológica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Parece no oír	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Otras formas de comunicación:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Responde a su nombre	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Cuáles/ Cómo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sigue instrucciones sencillas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Otros datos destacables:		
Escalas de observación y/o Pruebas realizadas:			Adaptabilidad (a los entornos desconocidos):		
			Temperamento:		
			Gustos y juegos o actividades preferidas:		
			Otros:		

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____
PATOLOGÍA ASOCIADA: _____

CATALOGACIÓN DIAGNÓSTICA (ODAT) :

I		II		III		IV		V		VI	
I		II		III		IV		V		VI	
I		II		III		IV		V		VI	
I		II		III		IV		V		VI	

AUTORIZACIÓN FAMILIAR :

- Se elabora este informe para su derivación a Centros Escolares de Educación Infantil de Primer o Segundo Ciclo (0-3 o 3-6 años).
- En este informe aportamos la descripción del desarrollo actual necesaria para conocer la realidad psicoevolutiva del niño o niña, a través de la intervención que se realiza en el CAIT.
- Estos informes se plantean como una medida de acción positiva y promueven el trabajo coordinado entre administraciones para favorecer una mejor atención de niños y niñas con trastorno del desarrollo o riesgo de padecerlo.
- Los datos que se aportan en dichos informes, bajo ninguna argumentación pueden ser utilizados en sentido de discriminación, restricción o privación de derecho a la plena participación e igualdad de oportunidades de estos niños y niñas.
- Para facilitar el tramite de las solicitudes de escolarización, y en conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), los datos suministrados por los representantes legales del usuario o la usuaria quedarán incorporados en un fichero automatizado, el cual será procesado exclusivamente para la finalidad descrita, Dichos representantes legales podrán ejercer sus derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación, en cumplimiento de lo establecido en la LOPD. Por otra parte, los representantes legales autorizan la cesión de datos entre las Administraciones implicadas.

Nombre y firma del profesional:

Nombre, Fecha y firma del representante legal:

Fecha:

VALORACIÓN FONIÁTRICA

1. Valoración del habla, voz, lenguaje y deglución en el paciente con PC.
2. Diagnóstico de las alteraciones en el habla, voz, lenguaje y deglución en el paciente con PC.
3. Planificación del tratamiento de los trastornos de la comunicación y deglución en el paciente con PC, estableciendo los objetivos y pautas de forma individualizada para cada individuo.
4. Ofrecerá información a la familia y al paciente sobre su trastorno y sobre el proceso terapéutico, así como, de la colaboración necesaria para su desarrollo.

Los datos de la exploración que debe incluir la historia clínica del médico foniatra (o en su defecto el médico especialista en medicina física y rehabilitación) se resumen en los siguientes apartados:

1. Partes del cuerpo relacionadas con la emisión de voz:
 - a) Control de la cabeza
 - b) Tono postural y en movimiento de tronco. Si hay movimientos asociados o espasticidad
2. Alimentación:
 - a) Deglución
 - b) Masticación
 - c) Tipo de alimentación que tolera
3. Exploración de los reflejos orales.
4. Musculatura de la zona oral y perioral.
5. Respiración.
6. Fonación.
7. Articulación.
8. Inteligibilidad.
9. Prosodia.

Criterios de derivación de foniatría:

- A. Trastornos de masticación /deglución con signos y/ síntomas de alteración de seguridad respiratoria.
- B. Babeo persistente.
- C. Trastornos del habla, voz y /o lenguaje.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS RECOMENDADAS EN LAS DEFORMIDADES ORTOPÉDICAS EN MENORES DE 6 AÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL

ARTICULACIÓN	DEFORMIDAD	INDICACIÓN	TÉCNICA QUIRÚRGICA
Columna vertebral	Escoliosis	> 40° Repercusión funcional	Artrodesis vertebral (fijación transpedicular)
Columna vertebral	Cifosis	Dolor Repercusión funcional	Sección proximal de isquiotibiales Artrodesis vertebral (cifosis congénita)
Hombro	Aducción y rotación interna	Repercusión funcional	Sección del subescapular
Mano	Pulgar alojado	Repercusión funcional Grasping	Desinserción de aductor corto
Cadera	Flexión	> 20°	Tenotomía de psoas Souter-Campbell
Cadera	Flexión	> 45°	Osteotomía
Cadera	Aducción	Abducción < 25°	Souter-Campbell Tenotomía de aductores
Cadera	Anteversión femoral	Inestabilidad Repercusión sobre la marcha	Osteotomía extra-rotadora
Cadera	Riesgo de luxación	Reimers < 30%	Tenotomía de aductores, psoas y recto anterior
Cadera	Luxación	Reimers > 30%	Osteotomía femoral varizante y extra-rotadora Osteotomía pélvica
Rodilla	Valgo	Repercusión funcional	Sección o zetaplastia de la cintilla ilirotibial
Rodilla	Flexión	> 15° Marcha posible	Tenotomía del recto interno y alargamiento del semitendinoso Alargamiento de isquiotibiales Capsulotomía
Rodilla	Recurvatum	Test de Ely Alteración de la marcha	Corrección del equino Tenotomía del recto anterior
Pie	Equino	> 5° Apoyo no plantigrado Hemiplejía espástica Diplejía espástica	Alargamiento percutáneo de Aquiles por deslizamiento.
Pie	Valgo	Apoyo no plantigrado Dolor Marcha agazapada	Artrodesis subtalar extraarticular: Grice y Green
Pie	Varo	Apoyo no plantigrado No corrección con ortesis	Alargamiento o trasposición del tibial posterior
Pie	Cavo	Dolor	Fasciotomía plantar Desinserción del pedio

NECESIDADES ESTRUCTURALES

Relación entre la situación motora y las dificultades funcionales en el entorno escolar.

SITUACIÓN MOTORA	SEDESTACIÓN	MANIPULACIÓN	ALCANCE FUNCIONAL	MOVILIDAD EN EL COLEGIO
Deambulaci3n sin ayuda	No precisa adaptaci3n	No precisa adaptaci3n	No limitado	No limitada
Deambulaci3n con ayuda (andador, bastones)	No precisa o adaptaciones m3nimas	Evaluar escritura manual	Limitado seg3n la calidad de la marcha	Ayuda m3nima: escaleras y/o rampas
Desplazamiento en silla de ruedas autopropulsada. Con control de tronco	Adaptaciones simples	Evaluar escritura manual u ordenador normal	Limitado a la postura sentado	Evitar escaleras y pendientes
Desplazamiento en silla de ruedas de control postural no autopropulsada. Sin control de tronco	Mobiliario adaptado: mesa, silla y reposapi3s	Ordenador adaptado. Juego adaptado	Limitado a la postura sentado y al equilibrio del tronco	Ayuda de una persona
Desplazamiento en silla de ruedas de control postural no autopropulsada. Sin control de tronco. Movimientos dist3nicos	Permanecer en su silla de ruedas, con adaptaciones en la mesa	Ordenador adaptado con evaluaci3n individualizada. Juego adaptado.	M3nimo o no posible	Ayuda de una persona
Riesgo de 3lceras por presi3n (mielomeningocele)	Coj3n antiescaras. Adaptaciones variables seg3n el nivel motor	Variable seg3n la afectaci3n de la mano: diston3a y/o espasticidad	Variable seg3n el nivel motor	Variable seg3n el nivel motor