

Caso clínico: valoración geriátrica integral. Plan de cuidados

Índice de Katz

Baño	Independiente: Se baña enteramente o necesita ayuda sólo para lavar una zona (espalada a o una extremidad con minusvalía)	1
	Dependiente: Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
Vestido	Independiente: Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	1
	Dependiente: No se viste por sí mismo o permanece parcialmente vestido.	
Uso del WC	Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	1
	Dependiente: Precisa ayuda para ir al W.C..	
Movilidad	Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	1
	Dependiente: Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
Continencia	Independiente: Control completo de micción y defecación.	1
	Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
Alimentación	Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	1
	Dependiente: Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
PUNTUACIÓN TOTAL		6

Índice de Barthel

Comida	10. Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	5
	5. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.	
	0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	
Aseo	5. Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.	0
	0. Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	
Vestido	10. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	0
	5. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.	
	0. Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	
Aseo	5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.	0
	0. Dependiente. Necesita alguna ayuda	
Deposición	10. Continente. No presenta episodios de incontinencia.	5

	5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
	0. Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.	
Micción	10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (sonda, orinal, pañal, etc.)	0
	5. Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos	
	10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo (sonda, orinal, pañal, etc.)	
Ir al retrete	10. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.	0
	5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.	
	0. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
Traslado cama/sillón	15. Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	0
	10. Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	
	5. Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.	
	0. Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.	
Subir y bajar escaleras	10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona	0
	5. Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	
	0. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.	
Deambulación	15. Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	0
	10. Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador	
	5. Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión	
	0. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro	
PUNTUACIÓN TOTAL		10

Escala funcional de la Cruz Roja

No se vale totalmente por sí mismo, anda con normalidad
 Realiza suficientemente los actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad. Continencia total.

Tiene alguna dificultad en los actos diarios por lo que en ocasiones necesita ayuda. Deambula con ayuda de bastón o similar. Continencia total o rara incontinencia.

Grave dificultad en los actos de la vida diaria. Deambula difícilmente ayudado al menos por un apersona. Incontinencia ocasional.

Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado con extrema dificultad (dos personas). Incontinencia habitual.

Inmovilizado en cama o sillón. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería.

Cuidar la casa		Uso del teléfono	
Cuida la casa sin ayuda	1	Capaz de utilizarlo sin problemas	1
Hace todo, menos el trabajo pesado	2	Sólo para lugares muy familiares	2
Tareas ligeras únicamente	3	Puede contestar pero no llamar	3
Necesita ayuda para todas las tareas	4	Incapaz de utilizarlo	4
Incapaz de hacer nada	5		
Lavado de ropa		Uso del transporte	
La realiza personalmente	1	Viaja en transporte público o conduce	1
Sólo lava pequeñas prendas	2	Sólo en taxi, no en autobús	2
Es incapaz de lavar	3	Necesita acompañamiento	3
		Incapaz de usarlo	4
Preparación de la comida		Manejo del dinero	
Planea, prepara y sirve sin ayuda	1	Lleva cuentas, va a bancos, etc.	1
Prepara si le dan los ingredientes	2	Sólo maneja cuentas sencillas	2
Prepara platos precocinados	3	Incapaz de utilizar dinero	3
Tienen que darle la comida hecha	4		
Ir de compras		Responsable medicamentos	
Lo hace sin ninguna ayuda	1	Responsable de su medicación	1
Sólo hace pequeñas compras	2	Hay que preparárselos	2
Tienen que acompañarle	3	Incapaz de hacerlo por sí solo	3
Es incapaz de ir de compras	4		

Grado de dependencia: Hasta 8 puntos: independientes; 8-20 puntos: necesita cierta ayuda; más de 20 puntos: necesita mucha ayuda

ANEXO 2

Escala de Zarit reducida

1.	¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
2.	¿Se siente estresada(o) al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (P. ej., con su familia o en el trabajo)	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
3.	¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
4.	¿Se siente agotada(o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
5.	¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
6.	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5
7.	En general, ¿se siente muy sobrecargada(o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Frecuentemente 4	Casi siempre 5

Diagnóstico

1. Desequilibrio nutricional por exceso.

Diagnóstico enfermero	Desequilibrio nutricional por exceso, relacionado con gasto energético inferior al consumo energético, manifestado por índice de masa corporal mayor a 30 kg/m ² .
Diagnóstico NANDA	00232- Desequilibrio nutricional por exceso
Resultado NOC	1612- Control de peso
INDICADORES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Supervisa el peso corporal. ➤ Mantienen una ingesta calórica diaria óptima. ➤ Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica.
INTERVENCIÓN NIC	1280- Ayuda para disminuir el peso.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pesar al paciente semanalmente. ➤ Colocar la meta semanal escrita en un sitio estratégico. ➤ Recompensar al paciente cuando consiga los objetivos. ➤ Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de las actividades.
INTERVENCIÓN NIC	1030- Manejo de los trastornos de la alimentación.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desarrollar una relación de apoyo con el paciente ➤ Establecer la cantidad de pérdida de peso diaria que se desee.

2. Deterioro de la eliminación urinaria.

Diagnóstico enfermero	Deterioro de la eliminación urinaria, relacionado con multicausalidad, manifestado por incontinencia urinaria.
Diagnóstico NANDA	00016- Deterioro de la eliminación urinaria (Disfunción en la eliminación urinaria)
Resultado NOC	0502- Continencia urinaria: Control de la eliminación de orina de la vejiga
INDICADORES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconoce la urgencia miccional. ➤ Responde de forma adecuada a la urgencia.
INTERVENCIÓN NIC	0610- Cuidados de la incontinencia urinaria
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entrenamiento de la vejiga. ➤ Intimidad para la evacuación.
INTERVENCIÓN NIC	0570- Entrenamiento de la vejiga urinaria.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de eliminar. ➤ Revisar la evacuación diaria con la paciente.

3. Riesgo de estreñimiento.

Diagnóstico enfermero	Riesgo de estreñimiento, relacionado con hábitos dietéticos inadecuados.
Diagnóstico NANDA	00015- Riesgo de estreñimiento. (Vulnerable a sufrir una disminución en la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces, que puede comprometer la salud).
Resultado NOC	0501- Eliminación intestinal: Formación y evacuación de heces.
INDICADORES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Patrón de eliminación en el rango esperado. ➤ Ausencia de estreñimiento. ➤ Cantidad de heces en relación con la dieta. ➤ Heces blandas y formadas. ➤ Eliminación fecal sin ayuda.
INTERVENCIÓN NIC	0450- Manejo del estreñimiento/ Impactación.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. ➤ Vigilar la existencia de peristaltismo. ➤ Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos. ➤ Sugerir el uso de laxantes/ ablandadores de heces s/p.
INTERVENCIÓN NIC	0430- Manejo intestinal.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observar si hay sonidos intestinales. ➤ Disminuir la ingesta de alimentos que formen gases s/p. ➤ Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal.

4. Patrón respiratorio ineficaz.

Diagnóstico enfermero	Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con obesidad, manifestado por disnea.
Diagnóstico NANDA	00032-Patrón respiratorio ineficaz. (Inspiración y/o expiración que no proporciona una ventilación adecuada).
Resultado NOC	0403-Estado respiratorio: ventilación. Movimiento de entrada y de salida del aire en los pulmones.
INDICADORES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Profundidad de la respiración. ➤ Capacidad vital. ➤ Disnea de esfuerzo
INTERVENCIÓN NIC	3390- Ayuda a la ventilación.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colocar al paciente de forma que se alivie la disnea. ➤ Iniciar y mantener suplemento de oxígeno según prescripción. ➤ Enseñar técnicas de respiración.
INTERVENCIÓN NIC	3140- Manejo de las vías aéreas.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible. ➤ Eliminar las secreciones fomentando la tos. ➤ Enseñar a toser de manera efectiva. ➤ Enseñar al paciente a utilizar los inhaladores prescritos. ➤ Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea. ➤ Vigilar el patrón respiratorio.

5. Deterioro de la habilidad para la traslación.

Diagnóstico enfermero	Deterioro de la habilidad para la traslación, relacionado con obesidad, manifestado por deterioro de la habilidad para trasladarse entre la cama y la silla.
Diagnóstico NANDA	00090- Deterioro de la habilidad para la traslación. (Limitación del movimiento independiente entre dos superficies cercanas).
Resultado NOC	0210- Realización de la transferencia: Capacidad para cambiar la localización corporal independientemente, con o sin mecanismos de ayuda.
INDICADORES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Traslado de la cama a la silla. ➤ Traslado de la silla a la cama. ➤ Traslado de una superficie a otra estando echado
INTERVENCIÓN NIC	0200- Fomento del ejercicio.

ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar la motivación de la paciente para empezar con el programa de ejercicios. ➤ Animar a la paciente a empezar con el ejercicio. ➤ Incluir al cuidador del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios. ➤ Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.
INTERVENCIÓN NIC	0970- Transferencia.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar el nivel de movilidad y las limitaciones de movimiento. ➤ Determinar el nivel de conciencia y la capacidad de colaborar. ➤ Determinar la cantidad y el tipo de asistencia necesaria. ➤ Ayudar a la paciente a recibir todos los cuidados necesarios. ➤ Proporcionar privacidad, evitar corrientes de aire y preservar el pudor del paciente.

6. Déficit de autocuidados: alimentación.

Diagnóstico enfermero	Déficit de autocuidados: alimentación, relacionado con deterioro músculo- esquelético, manifestado por deterioro de la habilidad para comer por si solo de manera aceptable.
Diagnóstico NANDA	00102-Déficit de autocuidados: alimentación. (Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de alimentación).
Resultado NOC	1004- Estado nutricional: Capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metab.
INDICADORES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ingestión de nutrientes. ➤ Ingestión de líquidos. ➤ Relación peso-talla
INTERVENCIÓN NIC	1050-Alimentación.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proteger con un babero s/p. ➤ Comprobar que no quedan restos de comida en la boca al final de cada comida. ➤ Realizar la alimentación sin prisas. ➤ Registrar la ingesta. ➤ Mantenerse en la posición recta con la cabeza y cuello flexionado ligeramente hacia fuera durante la alimentación. ➤ Facilitar la higiene bucal después de cada comida.
INTERVENCIÓN NIC	5246- Asesoramiento nutricional.

ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer una relación terapéutica basada en el respeto. ➤ Determinar la ingesta y hábitos alimentarios del paciente. ➤ Establecer metas realistas a corto y largo plaza para el cambio del estado nutricional. ➤ Utilizar normas nutricionales aceptables para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.
INTERVENCIÓN NIC	1100- Manejo de la nutrición
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Preguntar al paciente si tiene alergia a algún medicamento. ➤ Determinar el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer la exigencia de alimentación. ➤ Fomentar la ingesta de calorías adecuada al tipo corporal y estilo de vida. ➤ Enseñar al paciente a llevar un diario de comida.

7. Déficit de autocuidados: Baño en higiene.

Diagnóstico enfermero	Déficit de autocuidados: Baño e higiene, relacionado con deterioro músculo- esquelético, manifestado por deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo.
Diagnóstico NANDA	00108- Déficit de autocuidados: Baño e higiene. (Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño).
Resultado NOC	0301/0305- Autocuidados: Baño / higiene. Capacidad para lavar el propio cuerpo, mantener la higiene corporal y un buen aspecto, independientemente con o sin mecanismos de ayuda.
INDICADORES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Se lava la cara. ➤ Abre el agua. ➤ Usa el espejo.
INTERVENCIÓN NIC	1801- Ayuda con los autocuidados/ higiene.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. ➤ Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. ➤ Comprobar la limpieza de uñas. ➤ Controlar la integridad cutánea del paciente. ➤ Facilitar el mantenimiento de las rutinas del paciente a la hora de irse a la cama, inicio del pre sueño y objetos familiares.

8. Déficit de autocuidados: Uso del inodoro.

Diagnóstico enfermero	Déficit de autocuidados: Uso del inodoro, relacionado con deterioro de la movilidad, manifestado por deterioro de la habilidad para llegar hasta el inodoro.
Diagnóstico NANDA	00110- Déficit de autocuidados: Uso del inodoro. (Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de evacuación).
Resultado NOC	0310-Uso del inodoro: Capacidad para utilizar el inodoro independientemente con o sin mecanismos de ayuda.
INDICADORES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconoce y responde a la urgencia para defecar. ➤ Vacía la vejiga o el intestino. ➤ Evacua
INTERVENCIÓN NIC	1804- Ayuda con los autocuidados: Aseo
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Considerar la cultura del paciente al comentar las actividades de autocuidados. ➤ Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación. ➤ Disponer de intimidad durante la eliminación. ➤ Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación. ➤ Controlar la integridad cutánea del paciente.

9. Déficit de autocuidados: vestirse.

Diagnóstico enfermero	Déficit de autocuidados: vestirse, relacionado con deterioro músculo-esquelético, manifestado por deterioro de la habilidad para ponerse diferentes piezas de ropa.
Diagnóstico NANDA	00109- Déficit de autocuidados: Vestirse. (Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de vestirse).
Resultado NOC	0302- Cuidados personales: peinarse/ vestirse. Capacidad para peinarse y vestirse independientemente con o sin mecanismos de ayuda.
INDICADORES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Escoge la ropa. ➤ Se abrocha la ropa. ➤ Usa cremalleras.
INTERVENCIÓN NIC	1802- Ayuda con los autocuidados: vestirse/arreglo personal.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estar disponible para ayudar en el vestir. ➤ Facilitar el peinado del cabello del paciente. ➤ Mantener la intimidad del paciente mientras se viste.

10. Trastorno de la imagen corporal.

Diagnóstico enfermero	Trastorno de la imagen corporal, relacionado con procedimiento quirúrgico, manifestado por ausencia de una parte del cuerpo.
Diagnóstico NANDA	00118- Trastorno de la imagen corporal. (Confusión en la imagen mental del yo mismo).
Resultado NOC	1200- Imagen corporal: Percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales.
INDICADORES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Descripción de la parte corporal afectada. ➤ Actitud hacia tocar la parte corporal afectada. ➤ Adaptación a cambios corporales por cirugía.
INTERVENCIÓN NIC	5020- Potenciación de imagen corporal.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personales s/p. ➤ Enseñar al paciente los cambios normales del cuerpo asociados a los diversos estadios del envejecimiento s/p. ➤ Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio.

11. Riesgo de cansancio del rol del cuidador.

Diagnóstico enfermero	Riesgo de cansancio del rol del cuidador, relacionado con actividades de cuidados excesivos, el cuidador es la pareja, tiempo de ocio del cuidador insuficiente.
Diagnóstico NANDA	00062- Riesgo de cansancio del rol del cuidador. (Vulnerable a tener dificultad para desempeñar el rol del cuidador de la familia o de otras personas significativas, que puede comprometer la salud).
Resultado NOC	2203- Alteración del estilo de vida del cuidador principal. Gravedad de alteraciones en el estilo de vida de un miembro de la familia debido a su papel de cuidador.
INDICADORES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trastorno de la rutina. ➤ Trastorno de la dinámica familiar. ➤ Responsabilidades del rol. ➤ Interacciones sociales.
INTERVENCIÓN NIC	7040- Apoyo al cuidador principal.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. ➤ Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. ➤ Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.
INTERVENCIÓN NIC	5230- Aumento del afrontamiento.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Disponer de un ambiente de aceptación. ➤ Explorar los éxitos anteriores del paciente. ➤ Animar la implicación familiar s/p.

12. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Diagnóstico enfermero	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, relacionado con factor mecánico.
Diagnóstico NANDA	00044- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. (Vulnerable a una alteración en la epidermis y/o dermis, que puede comprometer la salud).
Resultado NOC	1101- Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.
INDICADORES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sensibilidad. ➤ Hidratación. ➤ Transpiración. ➤ Integridad de la piel.
INTERVENCIÓN NIC	3520- Cuidado de las úlceras por presión.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Control del estado nutricional. ➤ Cambiar de posición cada 24 horas. ➤ Utilizar camas y colchones especiales.
INTERVENCIÓN NIC	3590-Vigilancia de la piel.
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vigilar el color y la temperatura de la piel. ➤ Observar si hay zonas de fricción y presión. ➤ Observar si hay excesiva sequedad, humedad en la piel.