

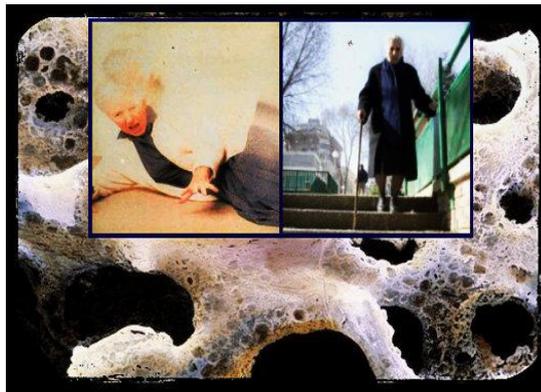


UNIVERSIDAD DE JAÉN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Trabajo Fin de Grado

# Síndrome de inmovilidad.

Guía de ayuda enfermera para el  
cuidado del paciente geriátrico.



**ALUMNA:** M<sup>a</sup>. Ángeles López Olmo  
**TUTOR:** Prof. D. Rafael Villar Dávila  
Departamento de Enfermería

Jaén, Junio de 2014

# **SÍNDROME DE INMOVILIDAD**

## **GUÍA DE AYUDA ENFERMERA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE GERIATRICO**

**M<sup>a</sup> Ángeles López Olmo**

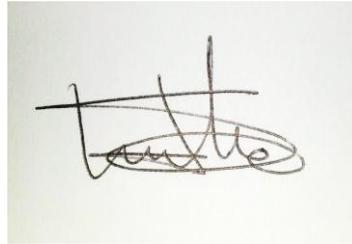
Universidad de Jaén – Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Campus Las Lagunillas, s/n. 23071 – Jaén.

[m.angeles29588@gmail.com](mailto:m.angeles29588@gmail.com)

Firma:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Ángeles López Olmo', written on a light-colored background.

**Tutor**

**Prof. Rafael Villar Dávila**

Universidad de Jaén – Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería.

Campus Las Lagunillas, s/n. 23071 – Jaén. Edificio Ciencias Experimentales y de la  
Salud (B3) Dependencia 241.

# ÍNDICE

1. RESUMEN.....	4
2. INTRODUCCIÓN:.....	6
2.1. Síndrome de inmovilidad.....	6
2.2. Epidemiología.....	7
2.3. Fisiología del envejecimiento: cambios musculoesqueléticos y articulares.....	7
2.4. Factores de riesgo asociados al síndrome de inmovilidad.....	9
2.5. Consecuencias de la inmovilidad.....	11
3. MARCO CONCEPTUAL:.....	12
3.1. Basado en el modelo teórico de cuidados de Virginia Henderson.....	12
4. OBJETIVOS	
4.1. Objetivo general.....	14
4.2. Objetivos específicos.....	14
5. METODOLOGÍA.....	14
6. RESULTADOS.....	15
7. DISCUSIÓN.....	18
8. CONCLUSIONES.....	19
9. GUÍA DE AYUDA ENFERMERA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE GERIÁTRICO.....	20
10. BIBLIOGRAFÍA.....	50

## 1. RESUMEN

El síndrome de inmovilidad es uno de los síndromes geriátricos más comunes que se produce en la población anciana, y con una alta incidencia en la dependencia y morbimortalidad de estos pacientes. Este trabajo se ha abordado, primero mediante un método de revisión bibliográfica y se han incluido artículos que cumplieran con los criterios adecuados para la consecución de los objetivos propuestos en dicha revisión.

Una vez obtenidos los resultados y las conclusiones que la revisión bibliográfica aportan, y en un segundo paso considero justificado y una herramienta práctica, la elaboración de una Guía de actuación enfermera a partir de las necesidades alteradas en estos pacientes.

En el Marco de Valoración /Diagnóstico y Tratamiento, se ha considerado el proceso y los cambios normales que son consecuencia del envejecimiento normal, y el enfoque desde la Valoración Integral Geriátrica (VIG) basada en el modelo de necesidades de Virginia Henderson.

Se revisa cada una de estas necesidades y se proponen Diagnósticos Enfermeros, según taxonomía NANDA, Resultados (NOC) e Intervenciones (NIC).

**Palabras claves:** Síndrome de inmovilidad, limitación de movilidad, problemas músculo-esqueléticos, necesidades básicas, problemas de salud geriátricos.

## ABSTRACT

Immobility syndrome is one of the most common geriatric syndromes that occurs in the elderly population and has a high incidence of dependency and morbidity for these patients. This work has been addressed, first by a method of literature review and including articles that met the appropriate criteria for the achievement of the objectives proposed for this review.

After obtaining the results and conclusions provide the literature review, and in a second step consider justified and a practical tool, the development of a guide nurse action from the altered needs in these patients.

At the Assessment / Diagnosis and Treatment Framework , the normal process and changes that are a consequence of normal aging have been considered,

and an approach from the Comprehensive Geriatric Assessment based on the Virginia Henderson' basic needs has been made it either.

These needs have been reviewed and nursing Diagnoses have been proposed using the NANDA taxonomy with its Results (NOC) and interventions (NIC)

**Key words:** Immobility syndrome, limited mobility, musculoskeletal problems, basic needs, geriatric health problems.

## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1. Síndrome de inmovilidad.

Los síndromes geriátricos son un conjunto de cuadros habitualmente originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en los ancianos y que son el frecuente origen de incapacidad funcional o social en la población.<sup>1, 2,3</sup>

Dentro de los grandes síndromes geriátricos, la inmovilidad es una de las más graves consecuencias de las enfermedades que puede sufrir un anciano, constituye el conjunto de síntomas y signos que resultan de la descompensación o deterioro del equilibrio por desconexión de las funciones de relación del sistema neuro músculoesquelético que condicionan la limitación funcional de postración y dependencia progresiva.<sup>1, 4</sup>

El síndrome de inmovilidad tiene relación directa con:

- Los fármacos e iatrogenia.
- La inmovilidad como resultado de varios factores que interaccionan de forma negativa.
- Los factores contribuyentes a la inmovilidad para valorar el potencial de la rehabilitación.<sup>1</sup>

La inmovilidad no se debe entender como una característica de la vida, y menos aun del envejecimiento. Se define como el descenso de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. Esta pérdida de independencia confina a la persona mayor a la cama o a utilizar dispositivos de ayuda a la movilidad como una silla de ruedas o un andador lo cual potencia el riesgo de sufrir de problemas repentinos, como traumatismos. Situación en la cual la prioridad es determinar la causa condicionante de la inmovilidad.<sup>1</sup>

La inmovilidad afecta de manera negativa al proceso de envejecimiento y la atención debe enfocarse en una esfera global incluyendo el aspecto físico, psicológico, espiritual y ambiental, ya que la identificación de las repercusiones enormes que ocasiona la inmovilidad permite establecer medidas preventivas terapéuticas para minimizar sus consecuencias.<sup>1, 4</sup>

## 2.2. Epidemiología

Según los datos oficiales del Padrón Municipal de Habitantes, desde 1900 hasta la actualidad, el grupo de edad de 65 años y más es quien ha experimentado un mayor incremento. Por lo que se prevé en un futuro a medio plazo un incremento de la población más anciana, es decir, la que supere los 80 años.<sup>2</sup>

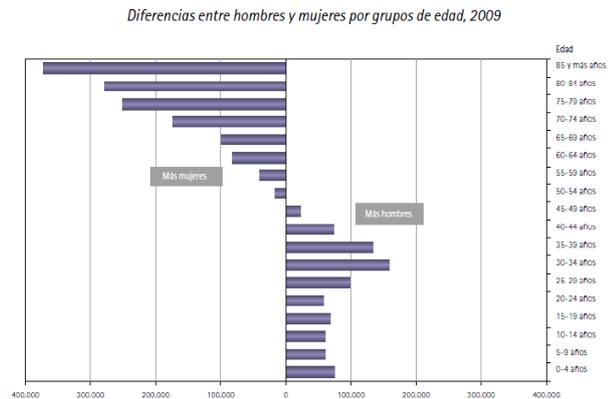


Figura I

Las caídas representan el tipo de accidente más frecuente y letal entre las personas mayores. Las tasa de mortalidad por caídas accidentales se concentra más en edades avanzadas y muy especialmente en mujeres.<sup>2</sup>

La discapacidad es también un factor muy importante que implica dificultades de movilidad cobrando una dimensión mayor en personas mayores, de cada mil personas de 65 o más años 219,5 tienen una discapacidad en movilidad. A nivel hospitalario, un 59% de los ancianos ingresados en unidades de agudos inician dependencia en una nueva AVD (actividad de la vida diaria).<sup>1, 6</sup>

## 2.2. Fisiología del envejecimiento: Cambios en el sistema muscular y esquelético

El envejecimiento normal produce casi siempre un incremento de la vulnerabilidad, los cambios fisiológicos son efecto del simple paso del tiempo, son universales y progresivos: implican modificaciones morfológicas y fisiológicas, con afectación de todos los sujetos y sistemas orgánicos.<sup>4</sup>

Con el envejecimiento se produce una limitación en las actividades desarrolladas de forma fisiológica por los sistemas del organismo, lo que provoca mayor sensibilidad para el anciano frente a factores externos. Así, pues, estos cambios también se ven potenciados en el anciano inmovilizado. Los sistemas más afectados por la inmovilidad son el cardiovascular y el



músculo-esquelético. En ellos y en el resto de sistemas se aprecian cambios que, a su vez, contribuyen a perpetuar el síndrome.<sup>4</sup>

#### ➤ Sistema cardiovascular

Existe alteración del flujo sanguíneo que puede provocar tendencia sincopal y fatigabilidad, pérdida de fluidos con aparición de ortostatismo; intolerancia al ejercicio y riesgo de desarrollar complicaciones tromboembólicas: TVP (trombosis venosa profunda), tromboflebitis y TEP (tromboembolismo pulmonar).<sup>1, 4</sup>

#### ➤ Sistema músculo-esquelético

En el sistema musculo esquelético se observa disminución de la fuerza muscular, puede existir osteoporosis y marcha senil. Las fallas de los reflejos posturales es otra alteración relacionada con el sistema musculo esquelético que predisponen a las caídas en las personas mayores. La propiocepción también decrece y esto puede conducir a una mayor tolerancia a la inmovilidad, así como a mayores movimientos necesarios para identificar la posición de los miembros o articulaciones.<sup>1, 4</sup>

Hay evidencia de que la fuerza específica es significativamente menor en las personas mayores, incluso cuando el aumento de la co-activación de los músculos antagonistas no está presente. Los autores creen que la reducción de la fuerza específica está relacionada con la disminución de la resistencia de las fibras musculares individuales, debido en particular a una atrofia selectiva de las fibras de contracción rápida. Disminuye la fuerza muscular hasta un 55% a las seis semanas de inmovilización y de un 1-3% al día, con una tasa de recuperación de un 6% a la semana. Se observa atrofia muscular de predominio en músculos flexores y en EEII (extremidades inferiores), disminuye la masa ósea predisponiendo a la aparición de osteoporosis por desuso y aparecen contracturas musculares y osificaciones heterotópicas de predominio en zonas proximales articulares.<sup>4, 7</sup>

Las articulaciones más afectadas por la inmovilidad son el tobillo (desarrollo de pie equino) y cadera (flexo).<sup>4</sup>

<b>Sistema osteo-articular</b>	
<b>Cambios morfológicos</b>	<b>Cambios fisiológicos</b>
Pérdida de masa ósea, con tendencia a la osteoporosis.	Disminución en las propiedades elásticas del cartílago articular.
Cartílago articular se vuelve menos elástico con superficie más fina y friable. Aparición de pequeños desgarros (fibrilaciones)	Menor capacidad el cartílago para manejar sobrepeso sin presentar fisuras y erosiones.
Pérdida de viscosidad de líquido sinovial.	Limitación de la capacidad funcional de los tendones
Aumento de la rigidez de los tendones	

*Tabla I. Haba R. Y Nieto de Haro M.D.<sup>4</sup>*

### **2.3. Factores de riesgo en el síndrome de inmovilidad**

La inmovilidad es el resultado de diferentes problemas de salud, desinformación relacionada con los estilos de vida y creencias que deterioran la capacidad de movimiento. Estudios revisados Sobre los factores de riesgo biológico reflejan como factores de riesgo primordiales las enfermedades músculo esqueléticas (48 %), seguidas de las afecciones cardiovasculares (38 %), y por último, las debilitantes (32 %) dentro de las cuales se destacaron las enfermedades malignas.<sup>8</sup>

Con respecto a la caracterización de la muestra según edad y sexo los resultados coincidieron con la situación demográfica nacional e internacional.

Las causas más frecuentes de las alteraciones para la movilización son los problemas del aparato locomotor. A mayor edad mayor es la tendencia a desarrollar cambios degenerativos osteoarticulares que causan limitaciones en los movimientos. La mayoría de los autores destaca que dentro de los factores de riesgo biológico la osteoartritis es la enfermedad articular más habitual y constituye la causa más frecuente de incapacidad entre los mayores de 65 años.

La inmovilidad conduce a un dolor más intenso por los cambios ultra estructurales que sufren las articulaciones, los pacientes que sufren de artritis reumatoide acaban su vejez en la mayoría de los casos en sillas de ruedas.

Otro factor de riesgo que afecta sobre todo a las mujeres es el uso de calzado inadecuado durante muchos años (tacones altos y zapatos reducidos) lo que se ha demostrado que muchas alteraciones podológicas están causadas por este factor, es por tanto que se requiere una atención especial para los pies diabéticos, en especial en la técnica de corte de uñas y reducción de zonas hiperqueratósicas.<sup>4,8</sup>

La demencia también se cuenta como un importante factor de riesgo para la inmovilidad ya que en estos casos la movilidad es prácticamente imposible en fase terminal de dicha enfermedad.<sup>4,8</sup>

La inestabilidad por tanto se debe a varias causas, entre ellas los fármacos. Se debe tener especial atención en los psicotrópicos ya que la gran mayoría de las personas mayores toman estos medicamentos por trastornos del sueño, en consecuencia se debe vigilar otros fármacos que tengan acción sinérgica, valorando su dosificación y la iatrogenia que algunos pacientes pueden estar sometidos, por tomar más medicación de la que tienen de tratamiento.<sup>4,8</sup>

Los órganos de los sentidos son un apoyo esencial para la vida rutinaria de la persona. La afectación de la agudeza visual y auditiva marca una gran diferencia en el diagnóstico y calidad de vida de cualquier persona, es muy frecuente los problemas de cataratas en las personas mayores actuando como un riesgo de lesión o caídas en la persona, aunque esta patología tiene un buen pronóstico con intervención quirúrgica, es necesario tenerla en cuenta.

La hipoacusia o la sordera incapacitan a más personas que la ceguera y se convierte en un gran problema ya que es el oído quien participa en el equilibrio, por lo tanto, se altera la marcha y las personas viven confinadas a un restringido espacio.<sup>4,8</sup>

La movilidad de los ancianos se afecta de forma gradual según cuál sea la forma de tratar la alteración de la marcha. El dolor acompaña con regularidad a este problema, que puede revestir si se trata de forma oportuna.<sup>4</sup>

## 2.4. Consecuencias de la inmovilidad

El paciente envejecido inmóvil o con disminución reciente de la movilidad puede llegar a sufrir los siguientes problemas.<sup>7</sup>

Consecuencias de la inmovilidad	
<b>Piel</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Úlceras por presión</li></ul>
<b>Músculo-esqueléticas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Falta de acondicionamiento y atrofia muscular</li><li>▪ Inestabilidad y caídas</li><li>▪ Contracturas musculares</li><li>▪ Pérdida ósea</li></ul>
<b>Cardiovasculares</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Falta de acondicionamiento</li><li>▪ Hipotensión ortostática</li><li>▪ Trombosis venosa y arteria, embolia</li></ul>
<b>Pulmonares</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Descenso de la ventilación</li><li>▪ Atelectasias</li><li>▪ Neumonía por aspiración</li></ul>
<b>Gastrointestinales y urológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anorexia</li><li>▪ Estreñimiento</li><li>▪ Impactación fecal</li><li>▪ Incontinencia urinaria e intestinal</li><li>▪ Retención agua de orina</li></ul>
<b>Metabólicas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Alteración de la composición corporal: menos volumen plasmático</li><li>▪ Equilibrio nitrogenado negativo (desnutrición)</li><li>▪ Alteración de la tolerancia a la glucosa</li><li>▪ Farmacocinética anormal de fármacos</li></ul>
<b>Psiquiátricas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Delirium</li><li>▪ Depresión</li></ul>
<b>Sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Dependencia física</li><li>▪ Aislamiento social</li><li>▪ Colapso del cuidador</li><li>▪ Hospitalización</li></ul>

Tabla II. Baptista Reiman R., Aurelio Vaz M.<sup>7</sup>

### 3. MARCO CONCEPTUAL

En el marco de la atención geriátrica el objetivo prioritario es alcanzar la mayor autonomía personal de la persona mayor, de forma que puedan valerse por sí mismos en el máximo de actividades de la vida diaria, o conseguir que, a pesar de la discapacidad, se retrase la evolución de la dependencia potenciando las capacidades residuales.<sup>9</sup>

Los modelos de enfermería nos aportan el sistema de valores desde el cual la enfermera afronta su rol, evalúa los problemas de salud y planifica sus objetivos específicos, desde el rol autónomo y desde el rol de colaboración con otros profesionales de la salud.<sup>10</sup>

El Modelo de Virginia Henderson, sus valores y postulados se adaptan muy especialmente a la atención gerontológica y lo hacen comprensible y compatible con los objetivos interdisciplinarios, reforzando el liderazgo de la enfermera dentro del equipo de atención.<sup>10</sup>

#### 3.1 Conceptos básicos del modelo V. Henderson.

##### ➤ Necesidad

Entendemos la necesidad fundamental como un requerimiento que precisa una persona para cubrir de forma independiente una necesidad fundamental que puede ser del tipo físico, psicológico, social y espiritual.<sup>10</sup>

En su obra “Basic Principles of Nursing Care”, traducida al castellano como “Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería”, Virginia afirma que son 14 las necesidades básicas del ser humano, las cuales constituyen los elementos esenciales del ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar:<sup>9, 10</sup>

- |   |   |
|---|---|
| 1. Respiración.                             | 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. |
| 2. Comer y bebe de forma adecuada.          | 9. Seguridad.   |
| 3. Eliminación.                             | 10. Comunicación  |
| 4. Moverse y mantener una postura adecuada. | 11. Creencias y Valores.                                    |
| 5. Dormir y descansar.                      | 12. Autorrealización.                                       |
| 6. Vestirse y desvestirse.                  | 13. Ocio, actividades recreativas.                          |
| 7. Mantener la temperatura corporal.        | 14. Aprender.   |

Al realizar la valoración de la persona anciana según el Modelo Henderson y evaluar en cada necesidad las manifestaciones de independencia y de dependencia, incluimos las líneas generales de la valoración geriátrica que son los aspectos: fisiológico, psicológico, social y funcional.<sup>10</sup>

#### ➤ **Independencia**

Hace referencia a las acciones que la persona lleva a cabo para conseguir el máximo estado de bienestar y de salud, desarrollando sus competencias reales y potenciales.<sup>10</sup>

En Enfermería geriátrica la aplicación de esta idea implicaría conseguir el máximo grado posible de independencia y la satisfacción de las necesidades fundamentales, teniendo en cuenta la edad y el estado de salud en que se encuentra la persona anciana.<sup>5, 10</sup>

#### ➤ **Dependencia**

“Es la inadecuación y/o insuficiencia, real o potencial, de las acciones que la persona lleva a cabo por sí misma, para satisfacer las necesidades básicas, teniendo en cuenta la edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de salud en la que se encuentra”.<sup>10</sup>

También la entendemos como las dificultades y/o insuficiencia del entorno familiar para la satisfacción de las necesidades básicas.<sup>5, 10</sup>

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo general**

Conocer el síndrome de inmovilidad en profundidad y su repercusión en la salud del anciano.

### **4.2. Objetivos específicos**

- Diferenciar, desde una perspectiva integral, las necesidades alteradas en adulto mayor basándonos en el modelo Virginia Henderson.
- Detectar principales diagnósticos de enfermería en el síndrome de inmovilidad.
- Identificar resultados (NOC) e intervenciones (NIC) adecuados y coherentes.

- Proponer un plan de cuidados estandarizado para pacientes con síndrome de inmovilidad.

## 5. METODOLOGÍA

Diseño: Artículo de revisión bibliográfica y Propuesta de Plan Estandarizado

Descriptores utilizados:

- ✚ Síndrome de inmovilidad/ immobility síndrome
- ✚ Problemas musculoesqueléticos/ muscles and bones illness
- ✚ Problemas de salud geriátricos
- ✚ Diagnósticos geriátricos enfermeros

Criterios de inclusión: Texto completo e idioma (español, inglés y portugués).

Bases de datos consultadas:

- ✚ Pubmed/Medline
- ✚ The Cochrane Library
- ✚ Lilacs
- ✚ ISI current
- ✚ Ibecs
- ✚ Health Technology Assessment Database
- ✚ Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud
- ✚ International Guidelines Library (GIN)
- ✚ National Electronic Library for Health

Se ha realizado búsqueda bibliográfica desde bibliotecas municipales, también se ha recogido información desde siguientes páginas electrónicas:

- ✚ Inmerso: Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España: <http://www.imserso.es>
- ✚ Biblioteca de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/home;jsessionid=61892d2fd0cab0119aa2036fdeda>
- ✚ Instituto Nacional de Estadísticas: <http://www.ine.es/>

Se han consultado 58 artículos descartando los que no se ajustaban a los objetivos planteados, y por tanto se han integrado en el estudio un total de 8 artículos, los cuales son analizados en los siguientes apartados.

## 6. RESULTADOS

En la siguiente tabla podemos ver los principales resultados:

TÍTULO	AUTOR/ES	TIPO ESTUDIO	RESULTADOS
<b>1. IMPAIRED PHYDSCAL MOBILITY IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY (movilidad física perjudicada en los ancianos institucionalizados)<sup>11</sup></b>	Larissa Carvalho Silva, Flavia Aparecida Dias	Estudio transversal, analítico N= 124 ancianos institucionalizados	La mayoría de los ancianos presentaron movilidad física perjudicada, en los grupos de edad de 70-80 años y 80 años o más; sexo femenino; la mayoría 55,6% mostró movilidad física reducida, prevaleciendo un 55,1% de las mujeres. En el grupo con deterioro de la movilidad física, el 62,3% reportó dolor
<b>2. RIESGOS Y DESENCADENANTES DE DISCAPACIDAD PARA LA MOVILIDAD EN ANCIANOS: ESPACIO PARA LA INVESTIGACIÓN<sup>12</sup></b>	Carlos Rubio Villegas	Estudio de cohorte prospectivo a 12 años. N= 754 de 70 o más años	El análisis bivariante mostró una asociación fuerte con desarrollo de Deterioro de la movilidad en participantes con bajo rendimiento físico y, en menor grado, en edad avanzada y bajas autonomía, destreza manual y coordinación motora. Las personas que desarrollaron deterioro de la movilidad presentaron tasas de exposición a ingresos y restricción de actividad mucho mayor que las que no lo desarrollaron. La diferencia de riesgos absolutos fue mayor para los desencadenantes (ingresos y actividad restringida) que para cualquiera de los factores de riesgo. La más fuerte diferencia se encontró en participantes que tenían un factor específico que, a lo largo del seguimiento, ingresaron.
<b>3. RIESGOS BIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS DE INMOVILIZACIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS<sup>8</sup></b>	Morales Obregón L.; Núñez Rodríguez L.; Torregrosa Cortiñas L	estudio descriptivo objetivo: identificar algunos factores de riesgos biológicos y psicológicos de inmovilización en pacientes geriátricos ingresados	los factores de riesgo biológico ocuparon un primer lugar las enfermedades músculo esqueléticas (48 %), seguidas de las afecciones cardiovasculares (38 %), los factores de riesgo psicológico ocupó el primer lugar la depresión (28 %). La mayoría de los autores destaca que dentro de los factores de riesgo biológico la osteoartritis es la enfermedad articular más habitual y constituye la causa más frecuente de incapacidad entre los mayores de 65 años. Todos se relacionan con el movimiento, provoca gran miedo para la de ambulación del anciano y lo lleva al estado de inmovilización.

<p><b>4. CARACTERIZACIÓN DE LA MOVILIDAD DE ANCIANOS, SEGÚN ÍNDICE DE KATZ, EN EL CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSÉ DE PEREIRA 2007<sup>13</sup></b></p>	<p>Eliana Agudelo García María Lucila Ayala Hincapié Martha Luisa Ríos Idárrag</p>	<p>estudio descriptivo, que indagó sobre variables sociodemográficas y aplicación de escala de medición del grado de dependencia o independencia de los mayores de 59 años internados</p>	<p>Mayor frecuencia de los ancianos residentes entre los 70 y 79 años. Los Diagnósticos prevalentes por sistema en la población evaluada se observa Órganos De Los Sentidos 4,5% y problemas Osteo-musculares 7,2%. Se encuentra que en la población femenina, nueve de ellas utilizaba silla de ruedas para su movilización, seis usaban el bastón y siete necesitaban el caminador para desplazarse. En la población masculina: cuatro recurrían a la silla de ruedas, dos utilizaban el bastón y uno requería del caminador para la realización de sus actividades diarias.</p>
<p><b>5. IMMOBILITY SYNDROME IN PATIENTS BEING CARE FOR IN A HOME CARE UNIT</b>  (síndrome de inmovilidad en pacientes que están siendo cuidados por cuidadores informales)<sup>14</sup></p>	<p>Vázquez Pedrazuela C , Lázaro del Nogal M , Verdejo Bravo C , Royuela Arte T , Torrijos Torrijos M , Ribera Casado JM</p>	<p>Evaluación de los pacientes ancianos visitados durante tres meses consecutivos. N= 114</p>	<p>71 pacientes (65,7%) tenían la inmovilidad, con una edad media de 83,4 años y las mujeres predominan. Con respecto al nivel de la inmovilidad, 24 pacientes estaban en la cama y 44 pacientes fueron capaces de estar en la cama-sillón. Los trastornos neurológicos son la etiología más frecuente de la inmovilidad (72%). Las consecuencias médicas fueron las más frecuentes, sobre todo urinarias y las infecciones de pecho, úlceras por presión y el estreñimiento</p>
<p><b>6. ARQUITETURA MUSCULAR EN EL ENVELHECIMENTO: ADAPTAÇÃO FUNCIONAL E ASPECTOS CLÍNICOS; REVISÃO DA LITERATURA<sup>7</sup></b></p>	<p>Rafael Baptista Reimann y Marco Aurélio Vaz</p>	<p>revisión bibliográfica de los artículos publicados en Qualis A1</p>	<p>La prevalencia de la sarcopenia es de aproximadamente 25% en personas de 65 años o más, y aumenta a alrededor de 30-50% en las personas de 80 años o más. La literatura parece, indicar la existencia de una relación directa entre el envejecimiento y la arquitectura muscular.</p>
<p><b>7. INCIDENCIA DE LASCAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO<sup>15</sup></b></p>	<p>Digna Díaz Oquendo, Ana Cecilia Barrera García y Andrea Pacheco Infante</p>	<p>Estudio retrospectivo sobre la incidencia de las caídas durante un año. N= 23 ancianos</p>	<p>El 74 % de los ancianos presentó limitaciones; el 21,7 % limitaciones físicas y el 4,3 % limitaciones psicológica. Las principales limitaciones encontradas fueron de orden físico, dentro de las que predominaron las alteraciones de la visión.</p>
<p><b>8. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN UFISS, UGA, TRAUMATOLOGÍA Y CIR. Nursing diagnoses in social-sanitary functional interdisciplinary, geriatrics , traumatology and</b></p>	<p>Luque Ballesteros, M., Micó Reyes, E., Tantiñá Fontanet, S., Moreiras Andrino, MC., Díaz García, L.,</p>	<p>Estudio prospectivo de pacientes geriátricos de la unidad de trauma ingresados durante los meses de Agosto-Septiembre</p>	<p><b>Resultados de la unidad de traumatología(COT):</b> Se detectan 26 diagnósticos, 10 son los específicos detectados en el paciente orto geriátrico: Ansiedad 00146 Riesgo de caídas 00155 Conocimientos deficientes 00126 Diarrea 00013 Dolor agudo 00132 (+ 3 en escala EVA)</p>

<b>General surgery</b> <sup>16</sup>	Sabater Raga, R	2008. N= 24 y los pacientes de la unidad de geriatría de agudos durante los meses de Septiembre-Diciembre 2008. N= 49	Dolor crónico 00133 Hipertermia 00006 Riesgo de infección 00004 Intolerancia a la actividad 00092 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos 00025  <b>Resultados Geriatría (UGA):</b> Se detectan 30 diagnósticos, de los cuales 12 son específicos en el paciente geriátrico. Fatiga 00093 Déficit auto cuidado: uso WC 00110 Deterioro de la movilidad en la cama 00091 Deterioro de la movilidad en silla de ruedas 00089 Deterioro en habilidad translación 00090 Desequilibrio nutricional por defecto 00002 Desequilibrio nutricional por exceso 00001 Estreñimiento 00011 Sufrimiento espiritual 00066 Riesgo de lesiones 00035 Riesgo de caídas 00115
--------------------------------------	-----------------	---	---

Tabla III. Fuente: Elaboración propia

## 7. DISCUSIÓN

- ✓ El síndrome de inmovilidad representa un problema de salud común en la atención geriátrica, relacionadas especialmente con el neurológico y trastornos osteo-articulares, limitando la movilidad. Es uno de los síndromes geriátricos más comunes y que se da con mayor frecuencia en edades avanzadas. Todos los artículos revisados con el descriptor: síndrome de inmovilidad o immobility syndrome coinciden en que los grupos de edad de 80 y más años es donde se presenta la mayoría de los casos de este síndrome.<sup>7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16</sup>
- ✓ Existe una mayor prevalencia en el sexo femenino aunque para esta afirmación es importante tener en cuenta las altas tasas de mortalidad masculina y que la institucionalización de las mujeres es el predominio de las mujeres en la población de edad avanzada y las mayores posibilidades de desarrollar enfermedades crónicas e incapacitantes.<sup>7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16</sup>

- ✓ El envejecimiento se asocia con una serie de cambios en la musculatura y esqueleto óseo lo que indica que existe una relación directa entre envejecimiento y deterioro musculoesquelético.<sup>7</sup>
- ✓ La causa más común que produce una mayor limitación de los movimientos y por consecuencia acentúa el síndrome son las enfermedades músculo-esqueléticas, en concreto la osteoporosis y las inflamaciones articulares (artritis).<sup>8, 12</sup>
- ✓ Las demencias y los problemas cardiovasculares provocan grandes incapacidades que comprometen la movilidad de la persona.<sup>8, 12</sup>
- ✓ Los factores de riesgo principalmente son la toma de muchos medicamentos, la inestabilidad producida la mayoría de las veces por los medicamentos, pérdida de agudeza de los sentidos lo que conlleva a un elevado riesgo de caídas y de lesiones.<sup>8, 12, 15</sup>
- ✓ Existen diferencias entre factores de riesgo biológicos y psicológicos, donde los factores más predictivos son los biológicos y haciendo referencia a la depresión y delirium como factores psicológicos que también pueden comprometer a agravar el síndrome de inmovilidad.<sup>8</sup>
- ✓ Las complicaciones más comunes que aparecen a estos pacientes son las sobre todo urinarias y las infecciones de pecho, úlceras por presión y el estreñimiento.<sup>14</sup>
- ✓ Los principales dispositivos de ayuda a la movilidad de estos pacientes son la silla de ruedas y el bastón.<sup>7</sup>
- ✓ El síndrome de inmovilidad es una patología muy compleja que altera muchos diagnósticos enfermos en los pacientes que lo sufren, estudios analizan cuales son los diagnósticos comunes y específicos de cada unidad relacionados con el síndrome de inmovilidad.<sup>16</sup>

## **8. CONCLUSIONES:**

- Vivimos en una sociedad donde se estima que la mayoría de población será geriátrica y por tanto el síndrome de inmovilidad es un tema muy actual.
- Los ancianos que sufren síndrome de inmovilidad son propensos a niveles elevados de dependencia.

- Mi experiencia personal durante mis practicum en diferentes hospitales y los documentos revisados resumen que la mayoría de los pacientes ingresados son mayores de 65 años y muchos de ellos con problemas que limitan su movilidad.
- Es necesario que la enfermera asistencial conozca todas las necesidades que pueden alterarse en un paciente con síndrome de inmovilidad, las causas y características que están relacionadas con la patología y los problemas de salud (diagnósticos enfermeros) que aparecen a consecuencia del síndrome de inmovilidad.
- Los resultados obtenidos en los diferentes estudios comentados con anterioridad, ha sido la base para elegir profundizar en este tema, y por consiguiente proponer una *GUÍA DE AYUDA ENFERMERA* señalando los diagnósticos principales que pueden ser alterados y su correspondiente proceso de actuación para conseguir mejorar la calidad de vida del paciente.

## **9. GUÍA DE ACTUACIÓN ENFERMERA PARA PACIENTES MAYORES CON SINDROME DE INMOVILIDAD**

3, 9, 10, 17, 18, 19, 20, 21, 16, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29.

### ESQUEMA DE TRABAJO

Siguiendo el modelo de Henderson he revisado las diferentes necesidades y de qué forma cada una de ellas pueden verse afectadas, sugiriendo por tanto problemas de salud y diagnósticos enfermeros comunes. A partir de la identificación del Diagnóstico de Enfermería se proponen los Resultados esperados (NOC) con sus correspondientes indicadores y escalas de medición, las Intervenciones (NIC) necesarias para mejorar o mantener el estado de salud y las actividades que conlleva cada intervención.

### OBJETIVOS

- ❖ Proporcionar a los profesionales sanitarios encargados de la asistencia a personas con síndrome de inmovilidad, una herramienta basada en la evidencia científica disponible que les permita tomar las mejores decisiones sobre los problemas que plantea su atención.
- ❖ Favorecer el ejercicio profesional enfermero y la personalización del cuidado.
- ❖ Disminuir la variabilidad de la práctica clínica en la atención de estos pacientes.

### VALORACIÓN:

En este cuadro, resumo los principales diagnósticos que pueden ser alterados en un paciente que sufre el síndrome de inmovilidad son. Posteriormente los desarrollo con más detalle en la valoración de cada necesidad.

## DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA PREVALENTES EN EL SÍNDROME DE INMOVILIDAD

1. Patrón respiratorio eficaz(00032)
2. Riesgo de aspiración (00039)
3. Déficit de autocuidado: alimentación (00102)
4. Estreñimiento (00011)
5. Incontinencia urinaria funcional (00209)
6. Deterioro de la movilidad física (00085)
7. Riesgo de síndrome de desuso (00040)
8. Intolerancia a la actividad (00092)
9. Trastorno del patrón del sueño (00198)
10. Déficit de autocuidado: Vestido (00109)
11. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)
12. Deterioro de la integridad cutánea (00046)
13. Riesgo de infección (00004)
14. Ansiedad (00146)
15. Riesgo de caídas (00155)
16. Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062)
17. Patrón sexual ineficaz (00065)
18. Disconfort (00214)
19. Afrontamiento familiar comprometido (00074)
20. Conocimientos deficientes (especificar) (00126)

### NECESIDAD DE RESPIRAR

Según el modelo de Virginia Henderson, matiza que las/los enfermeras/os debemos de tener el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritantes y olores. los datos obtenidos de la valoración nos permiten determinar si los comportamientos y conductas de la persona con objeto de satisfacer su necesidad son adecuados y suficientes.

los datos más relevantes que deben valorarse son:

- Saturación de oxígeno ( $so_2$  %).
- Frecuencia respiratoria (FR).
- Tipo de respiración.
- Permeabilidad de las vías aéreas.
- Tos.
- Fumador: habito/ nº cigarrillos/día/pensamiento de dejarlo
- Secreciones.
- Dificultades o limitaciones relacionadas con la respiración como la

- posición corporal o limitaciones de los movimientos.
- Otros factores personales o ambientales influyentes.
- Recursos que emplea para mejorar o satisfacer esta necesidad.

Diagnóstico enfermero	Características definitorias	Factores relacionados
<b>Patrón eficaz(00032)</b> <b>respiratorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de los músculos accesorios para respirar.</li> <li>• Disnea.</li> <li>• Respiración con labios fruncidos.</li> <li>• Taquipnea / Bradipnea.</li> <li>• Disminución de la capacidad vital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posición corporal.</li> <li>• Dolor.</li> <li>• Ansiedad.</li> </ul>
<b>Resultados NOC</b>	<b>Estado Respiratorio: ventilación (0403).</b> Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones.	
<b>Indicadores</b>	<b>040309</b> Utilización de los músculos accesorios. <b>040301</b> Frecuencia respiratoria. <b>040312</b> Respiración con labios apretados. (Escala de medición: 1 Desviación grave del rango normal; 2 Desviación sustancial del rango normal; 3 Desviación moderada del rango normal; 4 Desviación leve del rango normal; 5 Sin desviación del rango normal)	
<b>Intervenciones actividades</b>	<b>NIC/ Ayuda a la ventilación (3390).</b> Estimulación de un esquema respiratorio espontáneo óptimo que aumente el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones. <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar en los frecuentes cambios de posición, si procede.</li> <li>• Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.</li> <li>• Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elevar la cabecera de la cama y colocar una mesa encima de la cama en la que pueda apoyarse el paciente).</li> </ul> <b>Monitorización respiratoria (3350).</b> Reunión y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gas adecuado.	

**Actividades:**

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.
- Anotar si hay disnea y sucesos que la mejoran y empeoran.

### NECESIDAD DE COMER Y BEBER ADECUADAMENTE

La necesidad de alimentación es esencial para que el ser humano mantenga su vida o asegure su bienestar. La limitación de movimientos y la hospitalización que conlleva el síndrome de inmovilidad comprometen esta necesidad

Los datos más relevantes que deben valorarse son:

- Peso/ talla
- Necesidad de ayuda para alimentarse.
- Hábitos durante las comidas.
- Sigue algún tipo de dieta; Lácteos escasos; Bebidas azucaradas; Complejos vitamínicos; dieta diabética, hipo sódica...etc.
- Inapetencia; Existencia de síntomas digestivos (náuseas, vómitos...); Alteración del peso; Intolerancia alimenticia.
- Problemas para comer: en la boca, para masticar, para tragar; Prótesis

Diagnostico enfermero	Características definitorias	Factores relacionados
<b>Riesgo de aspiración (00039)</b>	----	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión del reflejo tusígeno.</li> <li>• Sondajes gastrointestinales.</li> <li>• Deterioro de la deglución.</li> <li>• Reducción del nivel de conciencia.</li> <li>• Situaciones que dificultan la elevación de la parte superior del cuerpo.</li> </ul>
<b>Resultados NOC</b>	<b>Prevención de la aspiración (1918).</b> Acciones personales para prevenir el paso de partículas líquidas o sólidas hacia los pulmones.	
<b>Indicadores</b>	<b>191803</b> Se incorpora para comer o beber <b>191802</b> Evita factores de riesgo <b>191806</b> Conserva una consistencia apropiada de las comidas sólidas y líquidas	

	(Escala de medición: 1 Nunca demostrado; 2 Raramente demostrado; 3 A veces demostrado; 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado)	
<b>Intervenciones activadas</b>	<b>NIC/ Precauciones para evitar la aspiración (3200).</b> Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración. <b>Actividades:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar el nivel de consciencia, reflejos de tos y capacidad deglutiva.</li> <li>• Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible.</li> <li>• Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes.</li> <li>• Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica antes de la alimentación.</li> <li>• Mantener el equipo de aspiración disponible.</li> </ul>	
<b>Diagnostico enfermero</b>	<b>Características definitorias</b>	<b>Factores relacionados</b>
<b>Déficit de autocuidado: alimentación (00102)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidad para llevar los alimentos desde un recipiente a la boca.</li> <li>• Incapacidad para mover los alimentos en la boca.</li> <li>• Incapacidad para preparar los alimentos para su ingestión.</li> <li>• Incapacidad para usar dispositivos de ayuda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro cognitivo.</li> <li>• Barreras ambientales.</li> <li>• Deterioro neuromuscular.</li> </ul>
<b>Resultados NOC</b>	<b>Autocuidados: comer (0303).</b> Capacidad para preparar e ingerir comida y líquidos independientemente con o sin mecanismos de ayuda.	
<b>Indicadores</b>	<b>030309</b> Bebe de una taza o un vaso. <b>030313</b> Deglute la comida (Escala de medición: 1 Gravemente comprometido; 2 Sustancialmente comprometido; 3 Moderadamente comprometido; 4 Levemente comprometido; 5 No comprometido)	
<b>Intervenciones activadas</b>	<b>NIC/ Ayuda con los Autocuidados: alimentación (1803).</b> Ayuda a una persona a comer. <b>Actividades:</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar la capacidad de deglutir del paciente.</li> </ul>	

- Colocar al paciente en una posición cómoda.
- Proporcionar ayuda física, si es necesario.

**Alimentación (1050).** Proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no puede alimentarse por sí mismo.

**Actividades:**

- Realizar la alimentación sin prisas, lentamente.
- Posponer la alimentación si el paciente estuviera fatigado.
- Establecer los alimentos según los prefiera el paciente.
- Observar si hay signos y / o síntomas de aspiración.

**NECESIDAD DE ELIMINAR POR  
TODAS LAS VÍAS CORPORALES**

Esta valoración es fácilmente alterada porque la inmovilidad y la limitación de movimientos modifica el patrón habitual de eliminación por todas las vías corporales al paciente.

Los datos más relevantes que deben valorarse son:

- Frecuencia de eliminación fecal. Características de las heces.
- Presenta alteraciones: Incontinencia, dolor, hemorroides, gases...
- Cambios en los hábitos intestinales.
- Frecuencia de eliminación urinaria.

<b>Diagnostico enfermero</b>	<b>Características definitorias</b>	<b>Factores relacionados</b>
<b>Estreñimiento (00011)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la frecuencia.</li> <li>• Disminución del volumen de las heces.</li> <li>• Eliminación de heces duras, secas y formadas.</li> <li>• Esfuerzo en la defecación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imposibilidad de utilizar el inodoro debido a la limitación de movimientos</li> <li>• Ausencia de actividad física y movimiento</li> </ul>
<b>Resultados NOC</b>	<b>Eliminación intestinal (0501).</b> Formación y evacuación de heces.	
<b>Indicadores</b>	<b>050009</b> Responde a la urgencia de manera oportuna. <b>050012</b> Llega al baño con facilidad y de forma independiente antes de la defecación.	

		<p><b>050013</b> Ingiere una cantidad de líquidos adecuada.</p> <p><b>050014</b> Ingiere una cantidad de fibra adecuada.</p> <p><b>050015</b> Conoce la relación de la ingesta con el patrón de evacuación. (Escala de medición: 1 Nunca demostrado; 2 Raramente demostrado; 3 A veces demostrado; 4 Frecuentemente demostrado 5 Siempre demostrado)</p>				
<b>Intervenciones activadas</b>	<b>NIC/</b>	<p><b>Manejo del estreñimiento/impactación (0450).</b> Prevención y alivio del estreñimiento/impactación.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir al paciente / familia sobre el uso correcto de laxantes.</li> <li>• Instruir al paciente / familia sobre la relación entre dieta, ejercicio e ingesta de líquidos para el estreñimiento / impactación.</li> <li>• incorporar una dieta rica en fibra.</li> </ul> <p><b>Ayuda con los autocuidados: aseo (1804).</b> Ayudar a otra persona en las eliminaciones.</p> <p><b>actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente en el aseo / cuña / cuña de fractura / orinal a intervalos especificados.</li> <li>• Disponer intimidad durante la eliminación.</li> </ul>				
<b>Diagnostico enfermero</b>		<table border="1"> <thead> <tr> <th><b>Características definitorias</b></th> <th><b>Factores relacionados</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p><b>Incontinencia urinaria funcional (00209)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de la necesidad de miccionar.</li> <li>• Capacidad para vaciar completamente la vejiga.</li> <li>• El tiempo requerido para llegar al inodoro excede el tiempo que pasa entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada.</li> <li>• Pérdida de orina antes de llegar al inodoro.</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de los factores ambientales.</li> <li>• Deterioro de la visión.</li> <li>• Limitaciones neuromusculares.</li> <li>• Debilidad de las estructuras pélvicas de soporte.</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	<b>Características definitorias</b>	<b>Factores relacionados</b>	<p><b>Incontinencia urinaria funcional (00209)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de la necesidad de miccionar.</li> <li>• Capacidad para vaciar completamente la vejiga.</li> <li>• El tiempo requerido para llegar al inodoro excede el tiempo que pasa entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada.</li> <li>• Pérdida de orina antes de llegar al inodoro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de los factores ambientales.</li> <li>• Deterioro de la visión.</li> <li>• Limitaciones neuromusculares.</li> <li>• Debilidad de las estructuras pélvicas de soporte.</li> </ul>
<b>Características definitorias</b>	<b>Factores relacionados</b>					
<p><b>Incontinencia urinaria funcional (00209)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de la necesidad de miccionar.</li> <li>• Capacidad para vaciar completamente la vejiga.</li> <li>• El tiempo requerido para llegar al inodoro excede el tiempo que pasa entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada.</li> <li>• Pérdida de orina antes de llegar al inodoro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de los factores ambientales.</li> <li>• Deterioro de la visión.</li> <li>• Limitaciones neuromusculares.</li> <li>• Debilidad de las estructuras pélvicas de soporte.</li> </ul>					

<b>Resultados NOC</b>	<b>Continencia urinaria (0502).</b> Control de la eliminación de orina de la vejiga.
<b>Indicadores</b>	<p><b>050201</b> Reconoce la urgencia miccional.</p> <p><b>050205</b> Tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de la orina.</p> <p><b>050218</b> Uso independiente del inodoro sin barreras ambientales.</p> <p><b>050209</b> Vacía la vejiga completamente. (Escala de medición: 1 Nunca demostrado; 2 Raramente demostrado; 3 A veces demostrado; 4 Frecuentemente demostrado; 5 Siempre demostrado.)</p> <p><b>050207</b> Pérdidas de orina entre micciones. (Escala de medición: 1 Siempre demostrado; 2 Frecuentemente demostrado 3 A veces demostrado; 4 Raramente demostrado; 5 Nunca demostrado)</p>
<b>Intervenciones actividades</b>	<p><b>NIC/ Cuidados de la incontinencia urinaria (0610).</b> Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al aseo.</li> <li>• Ayudar a seleccionar la prenda / compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo, mientras se determina un tratamiento más definitivo.</li> <li>• Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia.</li> </ul> <p><b>Manejo ambiental (64809).</b> Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear un ambiente seguro para el paciente.</li> <li>• Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta.</li> </ul> <p><b>Ayuda con los autocuidados: aseo (1804).</b> Ayudar a otra persona en las eliminaciones.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instaurar un programa de aseo, si procede.</li> <li>• Instaurar idas al baño, si procede y es necesario.</li> <li>• Proporcionar dispositivos de ayuda (catéter externo y orinal), si procede.</li> </ul>

## **NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS**

La necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas es, según Virginia Henderson, un requisito fundamental indispensable para mantener la integridad, entendida ésta como la armonía de todos los aspectos del ser humano. Desde esta perspectiva, la satisfacción de esta necesidad está condicionada no solo por aspectos biológicos, sino también psicológicos, socioculturales y espirituales (edad, crecimiento, constitución, emociones, personalidad, cultura, Rol social,...).

Los datos más relevantes que deben valorarse son:

- Grado de actividad en la vida cotidiana.
- Situación habitual: deambulante/sillón-cama/encamado.
- Nivel funcional para la actividad/movilidad: completamente independiente/ requiere el uso de un quipo o dispositivo/requiere de otra persona para ayuda, supervisión o enseñanza/requiere ayuda de otra persona y de un dispositivo o equipo/dependiente.
- Ejercicio físico habitual: sedentario (por incapacidad física y/o psíquica)/pasea ocasionalmente/pasea diariamente/ practica algún deporte.
- Postura que adopta habitualmente (sentado, de pie, acostado).
- Dificultades o limitaciones para moverse y mantener posturas adecuadas: brazos/piernas/manos/columna.

### **Alteraciones motoras:**

- Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones: Pérdida De fuerza/Inestabilidad en la marcha/Falta o reducción de energía para tolerar la actividad.
- Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas.
- Otros factores personales o medioambientales que influyen en su movilidad y postura corporal.
- Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados.

### Instrumentos de ayuda a la valoración:

- ✓ Índice de Barthel.
- ✓ Índice de Lawton-Brady.

<b>Diagnostico enfermero</b>	<b>Características definitorias</b>	<b>Factores relacionados</b>
<b>Deterioro de la movilidad física (00085).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitación de la amplitud de movimientos.</li> <li>• Inestabilidad postural.</li> <li>• Movimientos descoordinados.</li> <li>• Enlentecimiento del movimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intolerancia a la actividad.</li> <li>• Deterioro músculoesquelético.</li> <li>• Deterioro neuromuscular.</li> <li>• Deterioro cognitivo.</li> </ul>

<b>Resultados NOC</b>	<p><b>Movilidad (0208).</b> Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.</p> <p><b>Realización de la transferencia (0210).</b> Capacidad para cambiar la localización corporal independientemente con o sin mecanismo de ayuda.</p>
<b>Indicadores</b>	<p><b>020802</b> Mantenimiento de la posición corporal.</p> <p><b>020804</b> Movimiento articular.</p> <p><b>020806</b> Ambulación. (Escala de medición: 1 Gravemente comprometido; 2 Sustancialmente comprometido, 3 Moderadamente comprometido; 4 Levemente Comprometido; 5 No comprometido)</p> <p><b>21001</b> Traslado de la cama a la silla.</p> <p><b>21007</b> Traslado de la silla de ruedas al aseo.</p> <p><b>21009</b> Traslado de una superficie a otra estando echado. (Escala de medición: 1 Gravemente comprometido; 2 Sustancialmente comprometido, 3 Moderadamente comprometido; 4 Levemente Comprometido; 5 No comprometido)</p>
<b>Intervenciones activadas</b>	<p><b>NIC/ Terapia de ejercicios: equilibrio (0222).</b> Utilización de actividades, posturas y movimientos específicos para mantener, potenciar o restablecer el equilibrio. <b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar la oportunidad de discutir sobre los factores que influyen en el miedo a caerse.</li> <li>• Instruir al paciente sobre la importancia de la terapia de ejercicios en el mantenimiento y la mejora del equilibrio.</li> <li>• Reforzar o proporcionar instrucción sobre la posición y la realización de los movimientos para mantener o mejorar el equilibrio durante los ejercicios o actividades de la vida diaria.</li> </ul> <p><b>Terapia de ejercicios: movilidad articular (0224).</b> Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad corporal. <b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones.</li> <li>• Dar un apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones.</li> </ul>

	<p><b>Prevención de caídas (6490).</b> Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.</li> <li>• Compartir con el paciente observaciones sobre el paso y el movimiento.</li> </ul>	
<b>Diagnostico enfermero</b>	<b>Características definitorias</b>	<b>Factores relacionados</b>
<b>Riesgo de síndrome de desuso (00040)</b>	-----	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmovilización mecánica.</li> <li>• Inmovilización prescrita.</li> <li>• Alteración del nivel de conciencia.</li> </ul>
<b>Resultados NOC</b>	<p><b>Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (0204).</b> Gravedad del compromiso en el comportamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.</p> <p><b>Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas (0205).</b> Gravedad del compromiso en el funcionamiento psicocognitivo debido a la alteración de la movilidad física.</p> <p><b>Resistencia (0001).</b> Capacidad para mantener la actividad.</p>	
<b>Indicadores</b>	<p><b>020401</b> Úlceras por presión.</p> <p><b>020415</b> Articulaciones contraídas.</p> <p><b>020418</b> Trombosis venosa (Escala de medición: 1 Grave; 2 Sustancial; 3 Moderado; 4 Leve; 5 Ninguno)</p> <p><b>020509</b> Autoestima.</p> <p><b>020511</b> Capacidad para actuar.</p> <p><b>020502</b> Estado cognitivo. (Escala de medición: 1 Gravemente comprometido; 2 Sustancialmente comprometido; 3 Moderadamente comprometido; 4 Levemente comprometido; 5 No comprometido)</p> <p><b>000101</b> Realización de la rutina habitual.</p> <p><b>000106</b> Resistencia muscular.</p> <p><b>000109</b> Recuperación de la energía con el descanso. (Escala de medición: 1 Gravemente comprometido; 2 Sustancialmente comprometido; 3 Moderadamente comprometido; 4 Levemente comprometido; 5 No comprometido)</p>	

<p><b>Intervenciones (NIC)/ Actividades</b></p>	<p><b>Cuidados del paciente encamado (0740).</b> Fomento de la comodidad, la seguridad y la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar con las actividades de la vida diaria.</li> <li>• Aplicar medidas profilácticas antiembólicas.</li> <li>• Vigilar el estado de la piel.</li> </ul> <p><b>Precauciones en el embolismo (4110).</b> Disminución del riesgo de formación de émbolos en el paciente con trombos o en situación de riesgo de desarrollar trombos.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular ejercicios activos o pasivos, si procede.</li> <li>• Instruir al paciente y/o a la familia acerca de las precauciones apropiadas.</li> <li>• Animar al paciente a que deje de fumar.</li> </ul> <p><b>Terapia de ejercicios: movilidad articular (0224).</b> Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad corporal.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular.</li> <li>• Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones.</li> <li>• Enseñar al paciente /familia a realizar de forma sistemática los ejercicios de arco de movimiento pasivos o activos.</li> </ul>	
<p><b>Diagnóstico enfermero</b></p>	<p><b>Características definitorias</b></p>	<p><b>Factores relacionados</b></p>
<p><b>Intolerancia a la actividad (00092)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malestar debido al esfuerzo.</li> <li>• Disnea de esfuerzo.</li> <li>• Informes verbales de fatiga.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debilidad generalizada.</li> <li>• Inmovilidad.</li> <li>• Desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno.</li> </ul>
<p><b>Resultados NOC</b></p>	<p><b>Resistencia (0001).</b> Capacidad para mantener la actividad.</p>	
<p><b>Indicadores</b></p>	<p><b>000102</b> Actividad.</p> <p><b>000109</b> Recuperación de la energía con el descanso.</p>	

(Escala de medición: 1 Gravemente comprometido; 2 Sustancialmente comprometido, 3 Moderadamente comprometido; 4 Levemente comprometido; 5 No comprometido)

### **000118 Fatiga**

(Escala de medición: 1. Grave; 2 Sustancial; 3 Moderado; 4 Leve; 5 Ninguna)

#### **Intervenciones (NIC)/ Actividades**

**Fomento del ejercicio (0200).** Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

##### **Actividades:**

- Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
- Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.

**Mejorar el sueño (1850).** Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

##### **Actividades:**

- Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.
- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

**Manejo de la energía (0180).** Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

##### **Actividades:**

- Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.
- Favorecer la actividad física (de ambulación con o sin ayuda por el hospital), coherente con los recursos energéticos del paciente.

### **NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR**

Se puede definir como la capacidad de una persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo del día, asociada tanto a la cantidad como a la calidad del sueño y descanso, así como la percepción del nivel de energía diurna. La hospitalización y el compartir habitación con otros pacientes altera el patrón habitual de sueño y vigilia, además del dolor que provoca una alteración mayor en esta necesidad.

Los datos más relevantes que deben valorarse son:

**Patrón de sueño / descanso habitual:**

- Horas de sueño al día: nocturno, día, otros.
- Hora de inicio / fin de sueño y/o descanso.
- Existencia de cansancio, somnolencia, etc., tras el sueño o el descanso. ¿Desde cuándo?
- Factores que lo producen.
- Nivel de energía durante el día para las Actividades de la Vida Diaria.

**Recursos para inducir/facilitar el sueño:**

- Medidas naturales, fármacos, otros.

Instrumentos de ayuda a la valoración:

- ✓ Cuestionario de Oviedo del Sueño. Población general con trastornos depresivos. Cuestionario del Impacto Funcional del Sueño. Adultos

Diagnostico enfermero	Características definitorias	Factores relacionados
<b>Trastorno del patrón del sueño (00198)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio en el patrón normal de sueño.</li> <li>• Quejas verbales de no sentirse bien descansado.</li> <li>• Insatisfacción con el sueño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrupciones / control del sueño.</li> <li>• Ruidos.</li> <li>• Compañero(s) de habitación.</li> <li>• Dolor</li> </ul>
<b>Resultados NOC</b>	<p><b>Sueño (0004).</b> Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo</p> <p><b>Descanso (0003).</b> Grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física.</p>	
<b>Indicadores</b>	<p><b>000401</b> Horas de sueño.</p> <p><b>000403</b> Patrón del sueño.</p> <p><b>000404</b> Calidad del sueño. (Escala de medición: 1 Gravemente comprometido; 2 Sustancialmente comprometido, 3 Moderadamente comprometido; 4 Levemente Comprometido; 5 No comprometido)</p> <p><b>000305</b> Descansado mentalmente.</p> <p><b>000309</b> Energía recuperada después del descanso.</p> <p><b>000310</b> Aspecto de estar descansado (Escala de medición: 1 Gravemente comprometido; 2 Sustancialmente comprometido, 3 Moderadamente comprometido; 4 Levemente Comprometido; 5 No comprometido)</p>	
<b>Intervenciones actividades</b>	<p><b>NIC/ Mejorar el sueño (1850).</b> Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.</li> </ul>	

- Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.
- Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran en el sueño.
- Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

**Manejo ambiental: confort (6482).**  
Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.

**Actividades:**

- Determinar los objetivos del paciente y de la familia para la manipulación del entorno y una comodidad óptima.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.

**NECESIDAD DE ESCOGER LA ROPA ADECUADA:  
VESTIRSE Y DESVESTIRSE**

El síndrome de inmovilidad puede provocar que el paciente requiera de ayuda para satisfacer por si solo esta necesidad.

Los datos más relevantes que deben valorarse son:

- Adecuación y comodidad de la ropa y calzado que usa habitualmente.
- Prendas u objetos que desee llevar siempre y significado que les atribuye.
- Dificultades o limitaciones para elegir la ropa, vestirse y/o desnudarse.
- Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones.

Instrumentos de ayuda a esta necesidad:

- ✓ Índice de Barthel.

Diagnostico enfermero	Características definitorias	Factores relacionados
<b>Déficit de autocuidado: Vestido (00109).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidad para elegir la ropa adecuada, deterioro de la capacidad para ponerse y/o quitarse las prendas de vestir necesarias o los zapatos, abrocharse o utilizar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor, deterioro cognitivo, perceptual, neuromuscular, músculo-esquelético o, de la movilidad o de la capacidad para trasladarse.</li> </ul>

	<p>dispositivos de ayuda cremalleras.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreras o ambientales.</li> </ul>
<b>Resultados NOC</b>	<b>Autocuidados: Vestir (0302).</b> Capacidad para vestirse independientemente, con o sin mecanismos de ayuda.
<b>Indicadores</b>	<p><b>030204</b> Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo.</p> <p><b>030205</b> Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo.</p> <p><b>030211</b> Se quita la ropa.</p> <p>(Escala de medición: 1. Nunca demostrado. 2 Raramente demostrado. 3 A veces demostrado. 4 Frecuentemente demostrado. 5 Siempre demostrado).</p>
<b>Intervenciones (NIC)/ Actividades</b>	<p><b>Terapia de ejercicios: Control Muscular (0226).</b> Utilización de protocolos de actividad o ejercicios específicos para mejorar o restablecer el movimiento controlado del cuerpo.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar el funcionamiento del tipo de ejercicios y procedimientos al paciente/familia.</li> <li>• Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio/actividad.</li> </ul> <p><b>Terapia de Ejercicios: Movilidad articular (0224).</b> Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar al paciente/familia el objetivo y plan de ejercicios de las articulaciones.</li> <li>• Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio.</li> </ul>

### **NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL**

Mantenerse limpio y tener un aspecto aseado es una necesidad básica que han de satisfacer las personas para conseguir un adecuado grado de salud y bienestar. la hospitalización y la limitación de movimientos alteran esta necesidad requiriendo ayuda para la satisfacción de la misma.

Los datos que deben valorarse son:

- Higiene personal: corporal, bucal, cabello, uñas...
- Capacidad funcional para el baño/higiene general y tipo de ayuda que precisa.
- Estado de piel y mucosas: características de hidratación, coloración, elasticidad.

- Valoración de miembros inferiores.
- Valoración de pies.
- Alteraciones o lesiones de la piel: presencia de úlceras por presión (UPP), úlceras vasculares, úlceras por presiones, traumatismos, quemaduras, heridas quirúrgicas indicando su localización, tamaño y características.
- Otros factores personales o medioambientales que influyen en el mantenimiento de su higiene corporal y en la integridad de la piel.

Instrumentos de ayuda a la valoración:

- ✓ Valoración del riesgo de úlceras por decúbito. Escala de EMINA.
- ✓ Índice de Barthel.

Diagnostico enfermero	Características definitorias	Factores relacionados
<b>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)</b>	-----	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmovilización física</li> <li>• Estado de desequilibrio nutricional (obesidad, delgadez...)</li> <li>• Prominencias óseas.</li> </ul>
<b>Resultados NOC</b>	<b>Control del riesgo (1902).</b> Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.	
<b>Indicadores</b>	<p><b>190201</b> Reconoce factores de riesgo.  <b>190204</b> Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas.  <b>190207</b> Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas.            (Escala de medición: 1 Nunca demostrado. 2 Raramente demostrado. 3 A veces demostrado. 4 Frecuentemente demostrado. 5 Siempre demostrado)</p>	
<b>Intervenciones actividades</b>	<b>NIC/</b>	<p><b>Prevención de las úlceras por presión (3540).</b> Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.  <b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (escala EMINA).</li> <li>• Utilizar camas y colchones antiescaras.</li> <li>• Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en piel sana sometida a presión, extenderlas con suavidad en zonas de riesgo.</li> </ul>

**Manejo de presiones (3500).** Minimizar la presión sobre las partes corporales.

**Actividades:**

- Colocar superficies reductoras de presión entre el paciente y la cama o silla (colchón...).
- Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas.
- Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libres de presiones continuas.

**Vigilancia de la piel (3590).** Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.

**Actividades:**

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y/o membranas mucosas.
- Observar si hay zonas de presión y fricción Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p.ej., colchón antiescaras, horario de cambios de posición).
- instruir al miembro de la familia/cuidador acerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel.

Diagnóstico enfermero	Características definitorias	Factores relacionados
<b>Deterioro de la integridad cutánea (00046)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de la superficie de la piel.</li> <li>• Destrucción de las capas de la piel.</li> <li>• Invasión de las estructuras corporales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmovilización física.</li> <li>• Estado de desequilibrio nutricional (obesidad, delgadez...).</li> <li>• Prominencias óseas.</li> </ul>
<b>Resultados NOC</b>	<b>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).</b> Integridad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.	

<p><b>Indicadores</b></p>	<p><b>110113</b> Integridad de la piel.  <b>110111</b> Perfusión tisular.  (Escala de medición: 1 Gravemente comprometido; 2 Sustancialmente comprometido; 3 Moderadamente comprometido; 4 Levemente comprometido, 5 No comprometido)  <b>110115</b> Lesiones cutáneas.  (Escala de medición: 1 Grave; 2 Sustancial; 3 Moderado; 4 Leve; 5 Ninguna)</p>
<p><b>Intervenciones actividades</b></p>	<p><b>NIC/ Manejo de presiones (3500).</b> Minimizar la presión sobre las partes corporales.  <b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar superficies reductoras de presión entre el paciente y la cama o silla (colchón...)-</li> <li>• Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas.</li> <li>• Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libres de presiones continuas.</li> </ul> <p><b>Manejo de presiones (3500).</b> Minimizar la presión sobre las partes corporales.  <b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar superficies reductoras de presión entre el paciente y la cama o silla (colchón...)</li> <li>• Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas.</li> <li>• Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libres de presiones continuas.</li> </ul> <p><b>Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584).</b> Aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la pérdida de la solución de continuidad.  <b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la piel seca e hidratada.</li> <li>• Usar cremas protectoras para la piel.</li> <li>• No frotar las prominencias óseas.</li> <li>• No arrastrar la piel por las sábanas al reposicionar o elevar al paciente: usar dispositivos de ayuda como trapecios, alzamiento con entremetida, u otras alternativas.</li> <li>• Aplicar apósito adecuado al grado de afectación de la piel.</li> </ul>

**Vigilancia de la piel (3590).** Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.

**Actividades:**

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y/o membranas mucosas.
- Observar si hay zonas de presión y fricción. Instaurar medidas para evitar mayor deterioro (p.ej: colchón antiescaras, horario de cambios de posición).
- Instruir al miembro de la familia/cuidador acerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel.

**Cuidados de las úlceras por presión (3520).** Facilitar la curación de úlceras por presión.

**Actividades:**

- Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.
- Controlar el color, temperatura, el edema, humedad y la apariencia de la piel circundante.
- Aplicar un apósito que mantenga un ambiente de la herida húmedo y la piel circundante íntegra.

**NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS  
AMBIENTALES Y EVITAR  
LESIONAR A OTRAS PERSONAS**

Se enmarca en la conveniencia de que la persona disponga de las habilidades y conocimientos necesarios que le permitan identificar las condiciones ambientales y conductuales que favorecen o aumentan el riesgo de sufrir accidentes, nos referimos tanto a los factores medioambientales que influyen en el mantenimiento de la seguridad física y las dificultades o limitaciones para mantenerla, como los sentimientos y emociones asociados a una situación de peligro, el modo de afrontarlo y la capacidad para identificarlos.

Los datos más relevantes que deben tenerse en cuenta en esta necesidad son:

- Conocimientos sobre su estado de salud. Interés por conductas saludables. Medidas preventivas habituales: vacunaciones, revisiones...
- Percepción de sí mismo y de la situación actual: ¿Cómo se siente? ¿Qué se siente capaz de hacer? ¿Qué, quién puede ayudarle? ¿Qué expectativas tiene?

- Alergias: medicamentos, alimentos, ambientales.
- Tratamientos. Automedicación.
- Orientación: espacial, temporal, personas.
- Alteraciones sensoriales-perceptivas.
- Nivel de conciencia. Memoria. Equilibrio.
- Dolor: tipo, intensidad, localización, repercusión, ayuda que necesita.
- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas...
- Ingresos hospitalarios.
- Accidentes. Caídas.
- Anestesia, sedación o procedimientos invasivos.
- Adhesión al plan terapéutico. Actitud. Motivo de incumplimiento
- Estado de ánimo: preocupación, tristeza, nerviosismo, irritabilidad, euforia, impulsividad... Recursos que emplea y factores de influencia

Instrumentos de ayuda a la valoración:

- Escala Visual Analógica del dolor. Valoración de la intensidad del dolor.
- Escala de riesgo de caídas múltiples. Población de 65 años o más en el ámbito comunitario.
- Test de Pfeiffer versión española. Población general, cribado de deterioro cognitivo.
- Escala de de Goldberg. Población general, cribado de ansiedad-depresión.

Diagnostico enfermero	Características definitorias	Factores relacionados
<b>Riesgo de infección (00004)</b>	-----	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmunidad adquirida inadecuada.</li> <li>• Procedimientos invasivos.</li> </ul>
<b>Resultados NOC</b>	<b>Control del riesgo: proceso infeccioso (1924).</b> Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir la amenaza de una infección.	
<b>Indicadores</b>	<p><b>192401</b> Reconoce el riesgo personal de infección.</p> <p><b>192408</b> Controla conductas personales para evitar los factores asociados al riesgo de infección.</p> <p>(Escala de medición: 1 Nunca demostrado.; 2 Raramente demostrado.; 3 A veces demostrado.; 4 Frecuentemente demostrado.; 5 Siempre demostrado)</p>	
<b>Intervenciones activadas</b>	<b>NIC/</b>	<p><b>Protección contra las infecciones (6550).</b> Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.</li> <li>• Fomentar un aumento de la movilidad y los ejercicios con rehabilitación, si procede.</li> <li>• Administración de antibióticos según prescripción.</li> </ul>

Diagnostico enfermero	Características definitorias	Factores relacionados
<b>Ansiedad (00146)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos de activación nerviosa simpática.</li> <li>• Malestar somático, insomnio y cambios en los hábitos alimenticios</li> <li>• Nerviosismo e inquietud con incremento del nivel de vigilancia, mal contacto ocular.</li> <li>• Consciencia de los síntomas fisiológicos</li> <li>• Sentimientos de incertidumbre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de amenaza, percibida o real, de cambio de rol, estado de salud, autoconcepto, patrones de interacción, entorno.</li> <li>• Necesidades no satisfechas por la nueva situación de salud/enfermedad</li> </ul>
<b>Resultados NOC</b>	<p><b>Autocontrol de la Ansiedad (1402).</b> Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.</p> <p><b>Nivel De Ansiedad (1211).</b> Gravedad de aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.</p>	
<b>Indicadores</b>	<p><b>140208</b> Identifica la fuente de amenaza.</p> <p><b>140216</b> Ausencia de manifestaciones de ansiedad. (Escala de medición: 1 Nunca demostrado; 2 Raramente demostrado; 3 A veces demostrado; 4 Frecuentemente demostrado; 5 Siempre demostrado)</p> <p><b>121105</b> Inquietud.</p> <p><b>121114</b> Dificultades para resolver problemas.</p> <p><b>121117</b> Ansiedad verbalizada. (Escala de medición: 1 Grave; 2 Sustancial; 3 Moderado; 4 Leve; 5 Ninguno)</p>	
<b>Intervenciones actividades</b>	<b>NIC/</b>	<p><b>Disminución de la Ansiedad (5820).</b> Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar información objetiva en cuanto al diagnostico, tratamiento y pronostico.</li> <li>• Animar la a manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</li> <li>• Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</li> </ul>

	<p><b>Aumentar el afrontamiento (5230).</b> Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar el impacto de la situación vital del paciente en roles y relaciones.</li> <li>• Valorar la comprensión del paciente del progreso de la situación de salud del paciente.</li> <li>• Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.</li> </ul>	
<b>Diagnostico enfermero</b>	<b>Características definitorias</b>	<b>Factores relacionados</b>
<b>Riesgo de caídas (00155)</b>	-----	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de dispositivos de ayuda (p. ej., andador, bastón).</li> <li>• Disminución del estado mental.</li> <li>• Entorno desordenado.</li> <li>• Ansiolíticos.</li> <li>• Dificultad en la marcha.</li> </ul>
<b>Resultados NOC</b>	<p><b>Conducta de Prevención de caídas (1909).</b> Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.</p>	
<b>Indicadores</b>	<p><b>190903</b> Colocación de barreras para prevenir caídas.</p> <p><b>190909</b> Uso de taburetes / escaleras seguros.</p> <p><b>190917</b> Uso de precauciones a la hora de tomar medicamentos que aumenten el riesgo de caídas.</p> <p>(Escala de medición: 1 Nunca demostrado.; 2 Raramente demostrado.; 3 A veces demostrado.; 4 Frecuentemente demostrado.; 5 Siempre demostrado)</p>	
<b>Intervenciones actividades</b>	<b>NIC/</b>	<p><b>Manejo ambiental: seguridad (6486).</b> Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físico, biológico y químico).</li> <li>• Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.</li> </ul>

- Disponer dispositivos de adaptación (banqueta de escalera o barandillas) para aumentar la seguridad del paciente en casa.

**Prevención de caídas (6490).** Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

**Actividades:**

- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.

**Vigilancia: seguridad (6654).** Reunión objetiva y continuada y análisis de la información acerca del paciente y del ambiente para utilizarla en la promoción y mantenimiento de la seguridad.

**Actividades:**

- Observar si hay alteraciones de la función física o cognoscitiva del paciente que puedan conducir a una conducta insegura.
- Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad.
- Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes en el ambiente.

### **NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS, EXPRESANDO EMOCIONES, NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES**

Se debe valorar el equilibrio entre la soledad - interacción social, estado de los órganos de los sentidos, capacidad de expresión, relaciones con familia, amigos, etc., teniendo en cuenta la accesibilidad de los que intervienen, conocimiento del yo, intercambio, vía de relación y estímulos. El síndrome de inmovilidad conlleva a una larga y pausada recuperación en la mayoría de los casos en el hospital que afecta tanto al paciente como a la salud del cuidador principal.

Los aspectos que se deben valorar en esta necesidad son:

**Comunicación**

- Limitaciones cognitivo – perceptuales.
- Posibilidad de comunicación alternativa.
- Cambios en la situación de salud.

**Relación (Del cuidador)**

- Parentesco.
- Relaciones anteriores con la persona dependiente.
- Estado general de salud.

- Grado de conocimiento y habilidades para brindar cuidados.
- Percepción de la situación.
- Creencias y valores sobre la salud y el cuidado de dependientes.
- Recursos personales: capacidad de afrontamiento, habilidad para solucionar problemas, participación en actividades lúdicas o de relajación.

**Relación (Del receptor de cuidados)**

- Estado mental.
- Creencias y valores sobre la salud y el cuidado de dependientes.
- Necesidad real y percibida de cuidados.

**Relación (entorno familiar y social)**

- Adecuación del espacio físico.
- Necesidad de equipos o dispositivos de apoyo.
- Disponibilidad de medios de movilización y transporte.
- Sistema de soporte: recursos económicos, red de apoyo socio familiar.
- Valores y creencias de la familia o grupo de pertenencia.
- Situaciones que puedan crear tensión familiar adicional.

**Relaciones sexuales**

- Edad y sexo.
- Disfunción reproductiva.
- Patrón sexual y grado de satisfacción.
- Naturaleza de la limitación, cambio o dificultad actual.
- Percepción de sí mismo; si ha cambiado respecto a la percepción anterior, causa a lo que lo atribuye; autoestima.

**Instrumentos de ayuda a la valoración:**

- ✓ Test de Pfeiffer. Cribado del deterioro cognitivo.
- ✓ Cuestionario Apgar Familiar. Percepción de la función familiar.
- ✓ Cuestionario de Duke – UNC. Apoyo social percibido.

<b>Diagnostico enfermero</b>	<b>Características definatorias</b>	<b>Factores relacionados</b>
<b>Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062)</b>	-----	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad de tareas de cuidados.</li> <li>• Deterioro de la salud del cuidador.</li> <li>• Aislamiento del cuidador.</li> <li>• Duración del requerimiento de cuidados.</li> <li>• Falta de recreo del cuidador.</li> </ul>
<b>Resultados NOC</b>	<b>Afrontamiento de problemas (1302).</b> Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.	

<b>Indicadores</b>	<p><b>130202</b> Identifica patrones de superación ineficaces.</p> <p><b>130203</b> Verbaliza sensación de control. (Escala de medición; 1 Nunca demostrado.; 2 Raramente demostrado.; 3 A veces demostrado.; 4 Frecuentemente demostrado.; 5 Siempre demostrado)</p>	
<b>Intervenciones actividades</b>	<p><b>NIC/ Apoyo al cuidador principal (7040).</b> Suministro de la necesaria información, Recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.</li> <li>• Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios.</li> <li>• para sostener la propia salud física y mental.</li> <li>• Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.</li> </ul>	
<b>Diagnostico enfermero</b>	<b>Características definitorias</b>	<b>Factores relacionados</b>
<b>Patrón sexual ineficaz (00065)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de cambios en la actividad sexual.</li> <li>• Informe de cambios en las conductas sexuales.</li> <li>• Informes de dificultades en las actividades sexuales.</li> <li>• Informe de dificultades en las conductas sexuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de habilidades sobre respuestas alternativas ante transformaciones relacionadas con la salud, alteración de la estructura o función corporal, enfermedad o tratamiento médico.</li> </ul>
<b>Resultados NOC</b>	<p><b>Ejecución del rol (1501).</b> Congruencia de la conducta de rol del individuo con las expectativas del rol.</p>	
<b>Indicadores</b>	<p><b>150101</b> Ejecución con las expectativas de rol.</p> <p><b>150113</b> Ejecución con las conductas de rol en la intimidad.</p> <p><b>150107</b> Descripción de los cambios conductuales con la enfermedad o la incapacidad. (Escala de medición: 1 Inadecuado; 2 Ligeramente adecuado.; 3 Moderadamente adecuado.; 4 Sustancialmente adecuado.; 5 Completamente adecuado)</p>	

**Intervenciones actividades**

**NIC/ Asesoramiento sexual (5248).** Utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajuste de la práctica sexual para potenciar la resolución de un suceso/trastorno sexual.

**Actividades:**

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad.
- Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y a hacer preguntas.
- Discutir acerca de formas alternativas de expresión sexual que sean aceptables para el paciente.

**NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS**

Existen necesidades que aparentemente no son necesidades de primer orden, posiblemente por carecer de una vinculación con necesidades físicas para el mantenimiento de la vida, sin embargo ayudan a que la persona mantenga un equilibrio y un estado óptimo de salud. Esta necesidad debe ser satisfecha por parte de la enfermera desde el respeto a esos valores y creencias.

Los datos más relevantes que deben valorarse son:

- Percepción actual de su situación de salud y bienestar.
- Planes de futuro de la persona.
- Jerarquía de valores.
- Facilidad/dificultad para vivir según sus creencias y valores.
- Importancia de la religiosidad / espiritualidad en su vida.
- Recursos que utiliza para mantener la salud.

<b>Diagnostico enfermero</b>	<b>Características definitorias</b>	<b>Factores relacionados</b>
<b>Disconfort (00214)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes de falta de satisfacción con la situación.</li> <li>• Falta de control ambiental.</li> <li>• Irritabilidad.</li> </ul>	-----
<b>Resultados NOC</b>	<b>Autonomía personal (1614).</b> Acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones vitales.	
<b>Indicadores</b>	<b>161410</b> Afirma las preferencias personales. <b>161412</b> Expresa satisfacción con las elecciones de la vida. (Escala de medición; 1 Nunca demostrado.; 2 Raramente demostrado.; 3 A veces demostrado.; 4 Frecuentemente demostrado.; 5 Siempre demostrado)	

<b>Intervenciones actividades</b>	<b>NIC/ Apoyo en la toma de decisiones (5250).</b> Proporcionar información y apoyo a una persona que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios. <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones.</li> <li>• Facilitar la toma de decisiones en colaboración.</li> <li>• Servir de enlace entre persona y familia.</li> </ul>
-----------------------------------	--

**NECESIDAD DE OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL**

La necesidad de Autorrealización valora la capacidad de actuar de manera que el individuo se sienta satisfecho consigo mismo y con el rol que le toca desempeñar.

Los datos más relevantes que deber de valorarse son:

- Actividad laboral, social, familiar y de rol habitual.
- Limitaciones socio-económicas, de rol y/o parentales.
- Dificultad para realizar sus pasatiempos habituales.
- Presencia de dolor, limitaciones o secuelas.

Instrumentos de ayuda a la valoración:

- ✓ Cuestionario de salud general de Goldberg.
- ✓ Cuestionario Apgar familiar.
- ✓ Cuestionario Duke-Unc.

<b>Diagnostico enfermero</b>	<b>Características definitorias</b>	<b>Factores relacionados</b>
<b>Afrontamiento familiar comprometido (00074)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La persona muestra una conducta protectora desproporcionada a las capacidades y/o a las necesidades de autonomía del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información y/o comprensión inadecuada de la información por parte de la persona de referencia.</li> <li>• Desorganización familiar temporal</li> </ul>
<b>Resultados NOC</b>	<b>Afrontamiento de los problemas de la familia (2600).</b> Acciones de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos de la familia.	
<b>Indicadores</b>	<b>206003</b> Afronta los problemas. <b>260006</b> Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones. (Escala de medición; 1 Nunca demostrado.; 2 Raramente demostrado.; 3 A veces demostrado.; 4 Frecuentemente demostrado.; 5 Siempre demostrado)	

**Intervenciones actividades**

**NIC/ Fomentar la implicación familiar (7110).**

Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.

**Actividades:**

- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
- Proporcionar información crucial a los miembros de la familia sobre el paciente de acuerdo con los deseos de este último (aspectos médicos, necesidades de cuidados, de rehabilitación, etc.).
- Comentar las opciones existentes según el tipo de cuidados necesarios en casa, como vida en grupo, cuidados de residencia y cuidados intermitentes, si procede.

**Apoyo al cuidador principal (7040).**

Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.

**Actividades:**

- Informar al cuidador sobre los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Comentar con el paciente los límites del cuidador.

**NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE A UN DESARROLLO NORMAL Y A USAR LOS RECURSOS DISPONIBLES**

La adquisición de conocimientos y adiestramiento del paciente se considera fundamental en los cuidados básicos de la persona para favorecer el manejo de la propia salud. Esta necesidad pretende detectar las habilidades y conocimientos de la persona sobre las actividades beneficiosas para su salud, así como las limitaciones para el aprendizaje.

Los datos más relevantes que deben valorarse son:

- Grado de conocimiento de su actual estado de salud: estado de salud, cuidados básicos, medicación (pautas y efectos del tratamiento).

Instrumentos de ayuda a la valoración:

- ✓ Escala de Coma de Glasgow para valoración del nivel de conciencia.
- ✓ Test de Pfeiffer, versión española. - Cribado de deterioro cognitivo.

<b>Diagnostico enfermero</b>	<b>Características definitorias</b>	<b>Factores relacionados</b>
<b>Conocimientos deficientes (especificar) (00126)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comportamientos exagerados.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Limitación cognitiva.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento inexacto de instrucciones.</li> <li>• Mala interpretación de la información.</li> <li>• Poca familiaridad con los recursos para obtener información.</li> </ul>
<b>Resultados NOC</b>	<b>Conocimiento: cuidados en la enfermedad (1824).</b> Grado de la comprensión transmitida sobre la información relacionada con la enfermedad necesaria para alcanzar y conseguir una salud óptima.
<b>Indicadores</b>	<b>182405</b> Uso correcto de la medicación prescrita. <b>182408</b> Régimen terapéutico. (Escala de medición: 1 Ningún conocimiento; 2 Conocimiento escaso; 3 Conocimiento moderado, 4 Conocimiento sustancial; 5 Conocimiento extenso)
<b>Intervenciones actividades</b>	<b>NIC/ Facilitar el aprendizaje (5520).</b> Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información. <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer metas realistas objetivas con el paciente.</li> <li>• Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.</li> </ul> <b>Enseñanza: medicamentos prescritos (5616).</b> Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos. <b>Actividades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas del medicamento.</li> <li>• Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento así como los posibles efectos adversos que puede producir</li> <li>• Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo cuando esté en casa.</li> </ul>

*Fuente: Elaboración propia*

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Rocabruno Mederos J.C., Prieto Ramo O. Gerontología y Geriatria clínica: Gerontología, Volumen 1. Madrid: Elsevier, 2000; Capítulos 3 y 24
2. Informe 2010 de las personas mayores en España. *Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas*. Primera edición, instituto de mayores y servicios sociales: Inmerso, 2012
3. Klein, T. Care dependency in nursing home - a psychometric study. Life expectancy in Germany. *Gerontol. Geriatr.* 2002, 35 (6): 517-518.
4. Haba R. Y Nieto de Haro M.D. Tratado de Geriatria para residentes. Sociedad española de Geriatria y Gerontología. Madrid: Elsevier, 2006; Capítulos 4, 13 y 20
5. Querejeta González M. Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación: Inmerso, 2010.
6. Gobierno federal: Comisión de Política Gubernamental en materia de derechos humanos. Glosario de términos sobre discapacidad, 2007.
7. Baptista Reiman R., Aurelio Vaz M. Envejecimiento del músculo y de la arquitectura: la adaptación funcional y los aspectos clínicos. *Fisioterapia. Pesqi.* 2009; vol. 16 (4). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1809-29502009000400015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1809-29502009000400015)
8. Morales Obregón L.; Núñez Rodríguez L.;Torregrosa Cortiñas L. Riesgos biológicos y psicológicos de inmovilización en pacientes Geriátricos. *Archivo Médico de Camagüey* 2004; 8(5). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117850007>
9. Vernet Aguiló F. Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el modelo V. Henderson. *Gerokomos*, Madrid 2007; 18 (2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1134928x2007000200004&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1134928x2007000200004&script=sci_arttext)
10. Cid ruzafa J. y Damián Montero J. Valoración de la discapacidad física: el indice de Barthel. *Rev Española Salud Pública* 2007. N° 2. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>
11. Carvalho Silva L. Aparecida Dias F. Impaired Phydical Mobility in institutionalized elderly. *Journal of research fundamental care on line*, 2013. Federal University of Rio de Janeiro State. Estudio de revisión.
12. Rubio Villegas C. Riesgos y desencadenantes de discapacidad para la movilidad en ancianos: espacio para la investigación. *Ann Intern Med.* 2014: Vol 4. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%208238233&DocumentID=GCS51-22>
13. Agudelo García, E. Ayala Hincapié, M.L. Ríos Idárraga,M.L. Caracterización de la movilidad de ancianos, según Índice de Katz, en el centro de Bienestar del anciano San José de Pereira. 2007. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v11n18/v11n18a06.pdf>
14. Vázquez Pedrazuela, C. Lázaro del Nogal, M . Verdejo Bravo, C. Royuela Arte, T. Torrijos Torrijos, M . Ribera Casado, JM. Immobility Syndrome in patients being care for in a home care unit. Servicio de Geriatria, Hospital Universitario San Carlos de Madrid. *Ann Intern Med* 1995; 12 (10): 489-491. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8519938>
15. Díaz Oquendo, N. Barrera García, A.C y Pacheco Infante, A. Incidencia de las caídas en el adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana Enferm.* 1999. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403191999000100006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403191999000100006&script=sci_arttext)
16. Luque Ballesteros, M. Mico Reyes E. Tantiña Fontanet, S. Moreiras Andrino, MC. Díaz García, L. Sabater Raga, R. Nursing diagnoses in social-sanitary functional interdisciplinary, geriatric, traumatology and general surgery. *Enferm glob.* 2011. Murcia; 10(22). Articulo de revision.

17. García González M.J. El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería, 2004. Progeroso, Barcelona: 2ª Ed. Elsevier; Capítulo 2, pag 8-17. Disponible en: <http://books.google.com.br/books?hl=es&lr=&id=rH2WwSgmrAEC&oi=fnd&pg=PA2&dq=modelo+teorico+basado+en+las+necesidades+de+virginia+henderson&ots=g0-YryxW3o&sig=cpx2tR5tAPmEHk5ZPuRWpWNV2U4#v=onepage&q&f=false>
18. Cabrera Roa K.G y Swayne Ossa M.O. Valor de la Evaluación Geriátrica en el servicio de Hospitalización de la clínica geriátrica S.José de Perú, 2002. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2079/1/cabrera\\_rk.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2079/1/cabrera_rk.pdf)
19. Aplicación práctica del Modelo de Orem, 1993. Barcelona: Salvat; Capítulo 1 pag 3-21.
20. Cuesta Triana, F. Escobar Herrera, C. Navarro Ceballos, C. Síndrome de inmovilidad en el anciano. JANO 1998: 39-41.
21. Astudillo Alarcón, W; Clavé Arruabarrena, Medinueta E. Arrieta Y. Cuidados paliativos en geriatría. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. 2000: 141-155.
22. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010. Edición española.
23. M. Bulechek G. K. Butcher H. McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC.). 5ª Edición. Barcelona: Elsevier Mosby, 2009.
24. Moordead, S. Johnson, M. Maas, M. Swanson, E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª edición. Barcelona; Elsevier, 2008.
25. Marion Johnson, S.M. Bulechek G. Howard K. Butcher, Meridean L. Maas Swanson E. Vínculos de NOC-NIC a NANDA – I y diagnósticos médicos. Barcelona: Elsevier Mosby, 2008.
26. Servicio Andaluz de Salud. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente, 2004. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodeterminado.asp?idp=139>
27. Vernet Aguiló F. Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el Modelo V. Henderson. Gerokomos. 2007, 18 (2) 24-30. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134928X2007000200004&script=sci\\_abstract](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134928X2007000200004&script=sci_abstract)
28. Perlado F. Valoración geriátrica. Servicio de Geriatría, hospital de San Jorge. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36(5): 25-31. Disponible en: [http://www.saveva.com/domamCons/pub/botss/pdf/valoracion\\_geriatrica.pdf](http://www.saveva.com/domamCons/pub/botss/pdf/valoracion_geriatrica.pdf)
29. Aparecida de Oliveira L. y Márcia Bachion M. Diagnósticos de Enfermagem do Padrão Mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. Rev da escola de enfermagem da USP 2005: 39 (1). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342005000100007&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100007&lng=es)