

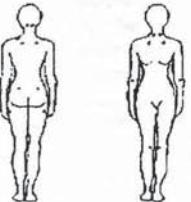
# **ANEXO 1**

## **Documentación:**

1. Valoración Inicial. **Pg. 2-3**
2. Plan de Cuidados de Enfermería del Ictus. **Pg.4-5**
3. Plan de Cuidados de Enfermería del Lesionado Medular. **Pg.6-7**
4. Grafica de enfermería. **Pg.8**
5. Balance de líquidos. **Pg.9**
6. Planilla de observaciones. **Pg.10**
7. Hoja de evolución de cuidados. **Pg.11-12**
8. Hoja de tratamiento y cuidados. **Pg.13**
9. Registro de Úlceras Por Presión (UPP). **Pg.14-15**
10. Registro de control de Infecciones de Tracto Urinario. **Pg.16-17**
11. Registro de sondajes intermitentes. **Pg.18**
12. Registro de caídas. **Pg.11-12**
13. Valoración de aptitudes y experiencia previa de la cuidadora evaluación y seguimiento. **Pg.19**
14. Informes de Continuidad de Cuidados. **Pg.20-21**
15. Recomendaciones al alta, Traumatismo Craneoencefálico Grave. **Pg.22-23**
16. Recomendaciones al alta, ICTUS. **Pg.24-25**



- Fecha/hora de ingreso: ..... Edad: .....
- Diagnóstico médico/motivo del ingreso: .....
- Cuidador principal: .....
- Domicilio al alta: ..... Teléfono: .....
- Centro de Atención Primaria de referencia: .....

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA			DdE posibles	
<b>1. PATRÓN PERCEPCIÓN/MANEJO DE LA SALUD:</b>				
<b>Alergias:</b> _____ <b>Hábitos:</b> <input type="checkbox"/> Tabaco: _____ <input type="checkbox"/> Alcohol: _____ <input type="checkbox"/> Otras: _____ <b>Patologías crónicas:</b> _____ <b>Medicamentos que toma:</b> _____  <b>Dificultad para seguir:</b> TTº médico: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: <input type="checkbox"/> Falta de información <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Falta de motivación <input type="checkbox"/> Otros: _____ Desea más información: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: _____ <b>Observaciones:</b> _____				Riesgo de lesión Negación ineficaz Manejo inefectivo del régimen terapéutico Conocimientos deficientes (especificar) Incumplimiento del tratamiento Conductas generadoras de salud Manejo efectivo del régimen terapéutico
<b>Cuidados:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: <input type="checkbox"/> Falta de información <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Falta de motivación <input type="checkbox"/> Otros: _____				Cuestionarios, índices, test (sugeridos): - Test de Fagerström - Cuestionario Malt
				Riesgo de aspiración Deterioro de la deglución Riesgo de/ desequilibrio nutricional por defecto Desequilibrio nutricional por exceso Riesgo de/ deterioro de la integridad cutánea Riesgo de infección
				Cuestionarios, índices, test (sugeridos): - Braden, Emina - MNA - MUST
<b>2. PATRÓN NUTRICIÓN/METABOLISMO:</b> <b>ALIMENTACIÓN:</b> <input type="checkbox"/> Alimenta. oral <input type="checkbox"/> Alimenta. <input type="checkbox"/> SNG (tipo, fecha colocación): _____ <input type="checkbox"/> Ostomía (tipo, fecha colocación): _____ <input type="checkbox"/> enteral: _____ <input type="checkbox"/> Dieta/líquidos (habitual): _____ <input type="checkbox"/> Dieta/líquidos (actual): _____  <input type="checkbox"/> Falta de apetito <input type="checkbox"/> Problemas de deglución <input type="checkbox"/> Nauseas/vómitos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Falta de dientes <input type="checkbox"/> Prótesis: _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Peso/Talla: _____				
<b>ESTADO DE PIEL Y MUCOSAS:</b> <input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Deshidratada <input type="checkbox"/> Coloración: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Cianosis <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> UPP: Estadio: _____ Localización: _____ <input type="checkbox"/> Herida quirúrgica: Localización: _____ <input type="checkbox"/> Edemas: _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____ <b>Observaciones:</b> _____				
				Riesgo de/ estreñimiento Incontinencia fecal-urinaria Riesgo de infección Riesgo de/ deterioro de la integridad cutánea Riesgo de/ baja autoestima situacional
<b>3. PATRÓN ELIMINACIÓN:</b> <b>Eliminación Intestinal:</b> Patrón habitual: _____ <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Ayudas: _____ <input type="checkbox"/> Ostomías: _____  <b>Eliminación Urinaria:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Colector <input type="checkbox"/> S. Urinaria/urostomía (tipo, fecha colocac.): _____ <input type="checkbox"/> Incontinencia <input type="checkbox"/> Absorbente <input type="checkbox"/> Otros: _____  <b>Drenajes:</b> Tipo: _____ Fecha de colocac.: _____ <b>Observaciones:</b> _____				Cuestionarios, índices, test (sugeridos): - Cuestionario de valoración de incontinencia urinaria

<b>4. PATRÓN ACTIVIDAD /EJERCICIO:</b>							<b>DdE posibles:</b>
Situación habitual:	<input type="checkbox"/> Deambulante <input type="checkbox"/> Sillón-cama <input type="checkbox"/> Encamado <input type="checkbox"/> Inestabilidad de la marcha <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si						Intolerancia a la actividad Riesgo de síndrome de desuso Riesgo de caídas Riesgo de deterioro de la integridad cutánea Deterioro de la movilidad física Déficit de autocuidados: Limpieza ineficaz de vías aéreas <b>Cuestionarios, índices, test (sugeridos):</b> - Índice de Barthel, Katz, Lawton
Situación actual:	<input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Falta/reducción energía para la actividad <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Requiere de otra persona para ayuda/supervisión o enseñanza						
Autocuidados:	<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Necesita ayuda: <input type="checkbox"/> Alimentac. <input type="checkbox"/> Eliminación. <input type="checkbox"/> Higiene <input type="checkbox"/> Vestido						Riesgo de/ deterioro del patrón de sueño <b>Cuestionarios, índices, test (sugeridos):</b> - Cuestionar. de Oviedo
Respiración:	<input type="checkbox"/> Sin dificultad <input type="checkbox"/> Disnea reposo <input type="checkbox"/> Disnea esfuerzo <input type="checkbox"/> Ruidos respir.	<input type="checkbox"/> Tos seca <input type="checkbox"/> Tos inefectiva <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Traqueostomía				Riesgo de aspiración Riesgo de síndrome de desuso Dolor crónico Riesgo de traumatismo Riesgo de caídas Desatención unilateral	
Observaciones:							<b>Cuestionarios, índices, test (sugeridos):</b> - Test de Pfeiffer - MEC - Test del informador
<b>5. PATRÓN REPOSO/ SUEÑO:</b>							
Patrón habitual:							
Ayudas no farmacológicas:							
Observaciones:							
<b>6. PATRÓN COGNITIVO/ PERCEPTUAL:</b>							
Nivel de conciencia:	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Somnoliento <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Estuporoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Otro: _____						
Alteraciones sensopercept.:	<input type="checkbox"/> Sin alteración <input type="checkbox"/> Falta de atención estímulo lado afectado <input type="checkbox"/> Déficit visual <input type="checkbox"/> Déficit auditivo <input type="checkbox"/> Requiere disposit.: _____						
Nivel orientac.:	<input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado						
Dolor:	<input type="checkbox"/> Crónico      Localización: _____ <input type="checkbox"/> Agudo      _____	Intensidad-EVA: _____			Ayudas no farma.: _____		
Observaciones							
<b>7. PATRÓN AUTOPERCEPTIVO/AUTOCONCEPTO:</b>							
¿Tiene sensación de ansiedad/temor?							
¿Se siente menos útil/válido desde que está enfermo/hospitalizado?							
¿Le preocupa los cambios funcionales/corporales?							
Observaciones:							
<b>8. PATRÓN ROL/RELACIONES:</b>							
Comunicación:	<input type="checkbox"/> Sin dificultad <input type="checkbox"/> D. comprensión <input type="checkbox"/> D. escritura <input type="checkbox"/> D. lectura <input type="checkbox"/> D. expresión <input type="checkbox"/> Otros idioma <input type="checkbox"/> Laringectomiz. <input type="checkbox"/> Traqueostomía						
Cuidador ppal. Capacidad:	<input type="checkbox"/> Sin dificultad <input type="checkbox"/> Dificultad <input type="checkbox"/> Incapacidad						
Observaciones:							
<b>9. PATRÓN SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN:</b>							Ansiedad-temor Riesgo de/ baja autoestima situacional-crónica Riesgo de/ trastorno de la imagen corporal <b>Cuestionarios, índices, test (sugeridos):</b> - Test de Goldberg, Yesavage
<input type="checkbox"/> Menstruación (fórmula): _____							
<input type="checkbox"/> Menopausia							
<input type="checkbox"/> Sangrado postmenopáusicos: _____							
¿Influye la enfermedad en su sexualidad?: _____							
Observaciones:							
<b>10. PATRÓN ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS:</b>							Afrontamiento inefectivo Afrontamiento defensivo Afrontamiento familiar: comprometido-incapacitante
¿Tiene sensación habitual de estrés?							
¿Cree que se adaptarán (paciente/familia) al cambio que supone la hospitalización/enfermedad?							
Observaciones:							
<b>11. PATRÓN VALORES/CREENCIAS:</b>							Riesgo de/ sufrimiento espiritual
¿Influye su enfermedad/hospitaliz. en alguna práctica religiosa/espiritual?							
Durante su estancia en el hospital, ¿necesitará servicios religiosos?							
Observaciones:							

Puntuación Escala de riesgo de UPP: \_\_\_\_\_ Riesgo: \_\_\_\_\_ Protocolo de Prevención: NO SI

¿Quiere añadir algo más?: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos de la Enfermera Referente: \_\_\_\_\_  
Fecha y Firma



**Etiqueta identificativa**

Nombre/apellidos: .....

Nº H<sup>a</sup> Clínica: .....

Habitación/cama: .....

**PCE: PROCESO ICTUS**

Enfermera referente:

Fecha de inicio:

<b>00146 Ansiedad r/c:</b> <input type="checkbox"/> Amenaza de cambio en el estado de salud <input type="checkbox"/>	<b>Fecha</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
<b>Código A/R</b>																	
<b>NOC: 1402 Autocontrol de la ansiedad (1)</b>																	
Controla la respuesta de ansiedad																	
NOC:																	
<b>NIC: 5820 Disminución de la ansiedad</b>																	
NIC:																	
NIC:																	

<b>00146 Ansiedad: familia r/c:</b> <input type="checkbox"/> Amenaza de cambio en el estado de salud	<b>Fecha</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
<b>Código A/R</b>																	
<b>NOC: 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia (1)</b>																	
Expresa libremente sentimientos y emociones																	
<b>NOC: 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento (1)</b>																	
Los miembros de la familia expresan deseos de apoyar al miembro enfermo																	
Piden información sobre el estado o condición del paciente																	
<b>NIC: 7140 Apoyo a la familia</b>																	
NIC:																	
NIC:																	

<b>00039 Riesgo de aspiración r/c:</b> <input type="checkbox"/> Deterioro de la deglución <input type="checkbox"/>	<b>Fecha</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
<b>Código A/R</b>																	
<b>NOC: 1918 Prevención de la aspiración (1)</b>																	
Evita factores de riesgo																	
Utiliza espesantes líquidos, según precisa																	
Se incorpora para comer o beber																	
NOC:																	
<b>NIC: 3200 Precauciones para evitar la aspiración</b>																	
<b>NIC: 1860 Terapia de deglución</b>																	
NIC:																	

<b>00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c:</b> <input type="checkbox"/> Humedad <input type="checkbox"/> Inmovilidad física <input type="checkbox"/>	<b>Fecha</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
<b>Código A/R</b>																	
<b>NOC: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas (4)</b>																	
Perfusión tisular																	
Piel intacta																	
NOC:																	
<b>NIC: 3540 Prevención de úlceras por presión</b>																	
NIC:																	
NIC:																	

<b>Escala Likert 1:</b> 1: Nunca demostrado 2: Raramente demostrado 3: A veces demostrado 4: Frecuentemente demostrado 5: Siempre demostrado	<b>Escala Likert 2:</b> 1: Grave 2: Sustancial 3: Moderado 4: Leve 5: Ninguno	<b>Escala Likert 3:</b> 1: Ninguno 2: Escaso 3: Moderado 4: Sustancial 5: Extenso	<b>Escala Likert 4:</b> 1: Gravemente comprometido 2: Sustancialmente comprometido 3: Moderadamente comprometido 4: Levemente comprometido 5: No comprometido	<b>Escala Likert 5:</b> 1: Inadecuado 2: Ligeramente adecuado 3: Moderadamente adecuado 4: Sustancialmente adecuado 5: Completamente adecuado	<b>Escala Likert 6:</b> 1: 2: 3: 4: 5:
---	--	--	--	--	---

<b>00155 Riesgo de caídas r/c:</b>	<b>Fecha</b>
<input type="checkbox"/> Alteración leve del estado mental	
<input type="checkbox"/> Déficit sensorial y motor	
<input type="checkbox"/> Deterioro de la deambulación	
<b>Código A/R</b>	
<b>NOC: 0202 Conducta de prevención de caídas (1)</b>	
Uso correcto de dispositivos de ayuda	
<b>NOC: 0200 Ambular (4)</b>	
Anda por la habitación	
<b>NIC: 6490 Prevención de caídas</b>	
NIC:	
NIC:	

<b>00123 Desatención unilateral r/c:</b>	<b>Fecha</b>
<input type="checkbox"/> Déficit sensorial y motor	
<input type="checkbox"/>	
<b>Código A/R</b>	
<b>NOC: 0203 Posición corporal: autoiniciada (4)</b>	
De tumbado a sentado	
De sentado a ponerse de pie	
<b>NOC: 0300 Autocuidados: AVD (4)</b>	
Come	
Se viste	
<b>NIC: 2760 Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo</b>	
<b>NIC: 7370 Planificación del alta</b>	
NIC:	

<b>00126 Conocimientos deficientes: proceso de la enfermedad r/c:</b>	<b>Fecha</b>
<input type="checkbox"/> Mala interpretación de la información	
<input type="checkbox"/> Falta de interés en el aprendizaje	
<input type="checkbox"/> Falta de exposición	
<b>Código A/R</b>	
<b>NOC: 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad (3)</b>	
Descripción del proceso de la enfermedad	
Descripción de los signos y síntomas	
<b>NOC:</b>	
<b>NIC: 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad</b>	
NIC: 5520 Facilitar el aprendizaje	
NIC:	

<b>00074 Afrontamiento familiar comprometido r/c:</b>	<b>Fecha</b>
<input type="checkbox"/> Prolongación de la enfermedad o progresión de la incapacidad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia.	
<b>Código A/R</b>	
<b>NOC: 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia (1)</b>	
Afronta los problemas	
Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones	
<b>NOC:</b>	
<b>NIC: 7140 Apoyo a la familia</b>	
NIC: 7110 Fomentar la implicación familiar	
NIC:	

<b>PROBLEMA INTERDISCIPLINARES</b> <b>(Potencial/Real)</b>				<b>Objetivo: Prevenir y/o detectar y/o tratar precozmente la aparición de signos-síntomas de:</b>			
				<b>Fecha</b>			
<b>Hiperglucemia/Hipoglucemia</b>				<b>Hipertensión intracraneal</b>			
NIC: 2120 Manejo de la hiperglucemia				NIC: 2620 Monitorización neurológica			
NIC: 2130 Manejo de la hipoglucemia				NIC:			
NIC:				NIC:			
				<b>Hipertermia</b>			
NIC: 6680 Monitorización de los signos vitales				NIC: 6680 Monitorización de los signos vitales			
NIC:				NIC: 3740 Tratamiento de la fiebre			
NIC:				NIC:			
				<b>Fecha</b>			
NIC:				NIC:			
NIC:				NIC:			
NIC:				NIC:			



**Etiqueta identificativa**

Nombre/apellidos: .....

Nº H<sup>a</sup> Clínica: .....

Habitación/cama: .....

**PCE: PACIENTE CON LESIÓN MEDULAR**

Enfermera referente:

Fecha de inicio:

<b>00040 Riesgo de síndrome de desuso</b>	<b>Fecha</b>
r/c:	
<input type="checkbox"/> Deterioro de la movilidad física	
<input type="checkbox"/>	
	<b>Código A/R</b>
<b>NOC: 0204 Consecuencia de la inmovilidad: fisiológicas</b>	
Estreñimiento (2)	
Articulaciones anquilosadas (2)	
Estado nutricional (1)	
Inefectividad de la tos (1)	
Trombosis venosa (2)	
<b>NOC: 0205 Consecuencia de la inmovilidad: psicocognitiva (1)</b>	
Atención disminuida	
Autoestima	
<b>NOC: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1)</b>	
Perfusión tisular	
Piel intacta	
<b>NIC: 3540 Prevención de úlceras por presión</b>	
<b>NIC: 4110 Cuidados en el trombo-embolismo</b>	
<b>NIC: 3140 Manejo de las vías aéreas</b>	
<b>NIC: 0450 Manejo estreñimiento/impactación</b>	
<b>NIC: 1056 Alimentación enteral por sonda</b>	
<b>NIC: 1610 Baño</b>	
<b>NIC: 5400 Potenciación de la autoestima</b>	
<b>NIC: 1650 Cuidados de los ojos</b>	
<b>NIC: 1710 Mantenimiento salud bucal</b>	
<b>NIC: 1800 Ayuda al autocuidado</b>	
<b>NIC: 6490 Prevención de caídas</b>	
<b>NIC: 0580 Sondaje vesical</b>	
<b>NIC: 0582 Sondaje vesical: intermitente</b>	
<b>NIC:</b>	

<b>00046 Deterioro de la integridad cutánea</b>	<b>Fecha</b>
r/c:	
<input type="checkbox"/> Inmovilización física	
<input type="checkbox"/> Factores mecánicos	
	<b>Código A/R</b>
<b>NOC: 1103 Curación de la herida por segunda intención (3)</b>	
Granulación	
Disminución del tamaño de la herida	
<b>NOC:</b>	
<b>NIC: 3520 Cuidados de las úlceras por presión</b>	
<b>NIC: 3540 Prevención de úlceras por presión</b>	
<b>NIC:</b>	

<b>00146 Ansiedad r/c:</b>	<b>Fecha</b>
<input type="checkbox"/> Amenaza de cambio en el estado de salud	
<input type="checkbox"/>	
	<b>Código A/R</b>
<b>NOC: 1402 Autocontrol de la ansiedad (4)</b>	
Busca información para reducir la ansiedad	
<b>NIC: 5820 Disminución de la ansiedad</b>	

<b>00146 Ansiedad: familia r/c:</b>	<b>Fecha</b>
<input type="checkbox"/> Amenaza de cambio en el estado de salud	
	<b>Código A/R</b>
<b>NOC: 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia (4)</b>	
Expresa libremente sentimientos y emociones	
<b>NOC: 2609 Apoyo familiar durante el tratamiento (4)</b>	
Los miembros de la familia expresan deseos de apoyar al miembro enfermo	
Piden información sobre el estado o condición del paciente	
<b>NIC: 7140 Apoyo a la familia</b>	

Escala Likert 1:	Escala Likert 2:	Escala Likert 3:	Escala Likert 4:	Escala Likert 5:	Escala Likert 6:
1: Gravemente comprometido	1: Grave	1: Ninguno	1: Nunca demostrado	1: Intenso	1: Inadecuado
2: Sustancialmente comprometido	2: Sustancial	2: Escaso	2: Raramente demostrado	2: Sustancial	2: Ligeramente adecuado
3: Moderadamente comprometido	3: Moderado	3: Moderado	3: A veces demostrado	3: Moderado	3: Moderadamente adecuado
4: Levemente comprometido	4: Leve	4: Sustancial	4: Frecuentemente demostrado	4: Ligero	4: Sustancialmente adecuado
5: No comprometido	5: Ninguno	5: Extenso	5: Siempre demostrado	5: Ninguno	5: Completamente adecuado

<b>00126 Conocimientos deficientes: procedimientos terapéuticos r/c:</b>	<b>Fecha</b>
<input type="checkbox"/> Mala interpretación de la información	
<input type="checkbox"/> Falta de interés en el aprendizaje	
<input type="checkbox"/> Falta de exposición	
<b>Código A/R</b>	

**NOC: 1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos (3)**

Descripción del procedimiento terapéutico	
Descripción de cómo funciona el dispositivo	

**NOC: 1824 Conocimiento: cuidados en la enfermedad (3)**

Descripción del proceso de la enfermedad	
--	--

**NIC: 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad**

**NIC: 0440 Entrenamiento intestinal**

**NIC: 5606 Enseñanza: individual (técnica de autosondaje)**

<b>00126 Conocimientos deficientes: cuidados proporcionados por el cuidador r/c:</b>	<b>Fecha</b>
<input type="checkbox"/> Falta de exposición	
<input type="checkbox"/> Mala interpretación de la información	
<b>Código A/R</b>	

**NOC: 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario(6)**

Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado	
Conocimiento de funcionamiento del equipamiento	

**NOC:**

**NIC: Enseñanza: Procedimiento/ Tratamiento**

**NIC: 7040 Apoyo al cuidador principal**

**NIC: 7370 Planificación del alta**

<b>00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c:</b>	<b>Fecha</b>
<input type="checkbox"/> Falta de descanso y distracción del cuidador	
<input type="checkbox"/> Falta de experiencia en brindar cuidados	
<b>Código A/R</b>	

**NOC: 2208 Factores estresantes del cuidador familiar (5)**

Pérdida de tiempo personal	
Cantidad de cuidados requeridos o vigilancia	

**NOC:**

**NIC: 7140 Apoyo a la familia**

**NIC: 7370 Planificación del alta**

**NIC:**

<b>00074 Afrontamiento familiar comprometido r/c:</b>	<b>Fecha</b>
<input type="checkbox"/> Prolongación de la enfermedad o progresión de la incapacidad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia.	
<b>Código A/R</b>	

**NOC: 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia (1)**

Afronta los problemas	
Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones	

**NOC:**

**NIC: 7140 Apoyo a la familia**

**NIC: 7110 Fomentar la implicación familiar**

**NIC:**

<b>PROBLEMA INTERDISCIPLINARES (Potencial/Real)</b>		<b>Fecha</b>
Dolor		
NIC: 1400 Manejo del dolor		
NIC: 2210 Administración de analgésicos		
NIC:		
Alteración de la termorregulación		
NIC: 3900 Regulación de la temperatura		
NIC:		
NIC:		
Disreflexia autónoma		
NIC: 2560 Manejo de la disreflexia		
NIC: 6680 Monitorización de los signos vitales		
NIC:		

<b>Objetivo: Prevenir y/o detectar y/o tratar precozmente la aparición de signos-síntomas de:</b>	<b>Fecha</b>
Respiratoria	
NIC: 3350 Monitorización respiratoria	
NIC: 3180 Manejo de las vías aéreas artificiales	
NIC: 3300 Ventilación mecánica	
Infección	
NIC: 6550 Protección contra las infecciones	
NIC: 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)	
NIC:	
Incontinencia urinaria/Fecal	
NIC: 0580 Sondaje vesical	
NIC: 1876 Cuidados del catéter urinario	
NIC: 0410 Cuidados de la incontinencia intestinal	

A large, empty rectangular box with a black border, occupying most of the page below the title.

## DIAGNOSTICO.....

FECHA INGRESO.....



Servicio Andaluz de Salud

## ETIQUETA

### BALANCE DE FLUIDOS

VR - 299

FECHA :		MAÑANA	TARDE	NOCHE	TOTAL 24 HORAS
<b>E N T R A D A S</b>	LIQUIDOS I.V. SUEROS PLASMA SANGRE				
	LIQUIDOS ORALES				
<b>S A L I D A S</b>	ORINA				
	VOMITOS				
	DRENAJES				
	ASPIRADO DIGESTIVO				
	DEPOSICION				

FECHA :		MAÑANA	TARDE	NOCHE	TOTAL 24 HORAS
<b>E N T R A D A S</b>	LIQUIDOS I.V. SUEROS PLASMA SANGRE				
	LIQUIDOS ORALES				
<b>S A L I D A S</b>	ORINA				
	VOMITOS				
	DRENAJES				
	ASPIRADO DIGESTIVO				
	DEPOSICION				

HOJA N°



PRIMERA PLANTA PARES

102-1

102-2

104-1

104-2

106-1

106-2

108-1

108-2

110-1

110-2

112-1

112-2

114-1

116-1

118-1

120-1

122-1



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**  
HOSPITAL UNIVERSITARIO  
**"Virgen del Rocío"**  
Avda. Manuel Siurot, s/n - 41013 SEVILLA

Avda. Manuel Siurot, s/n - 41013 SEVILLA

Nº SEG. SOC.

A horizontal line with 10 vertical tick marks. Below the line, the numbers 1 through 10 are written in a grid, aligned with each tick mark.

Nº HISTORIA

### APELLIDO 1.<sup>º</sup>

**APELLIDO 2.<sup>º</sup>**

**NOMBRE**

FECHA NACIM.

—  
—  
—  
—  
—

SEXO

1

## CENTRO: H

HM | HI |

SEXO

1

CENTRO: HG | HM | HI | HRT | CDT |

| HM | | HI |

| | G

1

## UNIDAD CLINICA

## CONSULTA

HAB/CAMA

1 2 3 4 5

#### **DIAGNÓSTICO:**

Habitación ..... Cama .....







# PREVENCIÓN, CUIDADOS E INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

**A CUMPLIMENTAR EN LA PRIMERA UNIDAD EN LA QUE  
EL PACIENTE INGRESE EN EL HOSPITAL**

Presencia de úlceras al ingreso en el hospital:  
 SI  NO

**A CUMPLIMENTAR AL ALTA DEL HOSPITAL**

Desarrolló UPP durante su estancia en el Hospital:  
 SI  NO

PACIENTE \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO

**ETIQUETA IDENTIFICATIVA**

Nº HISTORIA \_\_\_\_\_

UNIDAD \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_

FECHA

**ESCALA DE EMINA**

	0	1	2	3							
ESTADO MENTAL	ORIENTADO Paciente consciente y orientado	DESORIENTADO O APÁTICO Es capaz de obedecer órdenes sencillas	LETÁRGICO O HIPERCIÉNÉTICO No responde a órdenes. Presenta agresividad o irritabilidad	COMATOSO No responde a ningún estímulo (Sedado)							
MOVILIDAD	COMPLETA Autonomía para cambiar de posición en la cama o en la silla	LIGERAMENTE LIMITADA Puede necesitar ayuda para cambiar de posición. Reposo absoluto por prescripción médica.	LIMITACIÓN IMPORTANTE Siempre necesita ayuda para cambiar de posición	INMÓVIL No se mueve ni en la cama ni en la silla							
HUMEDAD R/F INCONTINENCIA	NO Control de esfínteres o sonda vesical permanente	INCONTINENCIA URINARIA O FECAL OCASIONAL Colección urinaria o sondaje intermitente. Defeca con tratamiento evacuador controlado	INCONTINENCIA URINARIA O FECAL HABITUAL Inconveniente moderado y tratamiento evacuador no controlado	INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL HABITUAL Inconveniente moderado con deposiciones diarreicas frecuentes							
NUTRICIÓN	CORRECTA Dieta completa. N.E. o N.P.T. adecuada. Niveles de albúmina y proteínas normales	OCCASIONALMENTE INCOMPLETA Ocasionalmente deja parte de la dieta. Niveles de albúmina y proteínas normales	DIARIAMENTE INCOMPLETA Diariamente deja parte de la dieta. Niveles de albúmina y proteínas normales	NO INGESTA ORAL/N.E./N.P.T. superior a 3 días. Niveles de albúmina y proteínas bajos							
ACTIVIDAD	DEAMBULA Autonomía completa para caminar	DEAMBULA CON AYUDA Se ayuda ocasionalmente con bastón, muletas, soporte humano...	SIEMPRE PRECISA AYUDA Deambula siempre con bastón, muletas, soporte humano...	NO DEAMBULA Reposo absoluto							
EMINA 0	= SIN RIESGO	Reevaluar en 7 días		TOTAL							
EMINA 1-3	= RIESGO BAJO	Reevaluar en 7 días									
EMINA 4-7	= RIESGO MEDIO	Reevaluar en 3 días									
EMINA 8-15	= RIESGO ALTO	Reevaluar en 1 día		RIESGO							

**PLANIFICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS**
**APORTE NUTRICIONAL**

Identificar y corregir carencias nutricionales y registrar la ingesta total diaria.

**CUIDADOS DE LA PIEL**

Examinar la integridad de la piel a diario, especialmente puntos de presión.

Higiene e hidratación de la piel.

**CONTROL DEL EXCESO DE HUMEDAD**

Valorar y tratar los procesos que puedan originar exceso de humedad (incontinencia, sudoración, drenajes...) y cambio de sábanas cada vez que sea necesario.

**CAMBIOS POSTURALES**

En cama cl 3 horas o cama-sillón (máximo 4 horas con cambios de posición cl hora)

Ángulo de cabecero < 30°

**PROTECCIÓN LOCAL**

Ácidos grasos hiperoxigenados, taloneras y/o apósticos hidrocelulares / hidropoliméricos en zonas de roce o presión. Una aplicación tres veces al día.

**CONTROL DE LA PRESIÓN**

SEMP\* estáticas / dinámicas con capacidad para reducir la presión:  
cojines y colchones de fibras especiales, colchonetas...

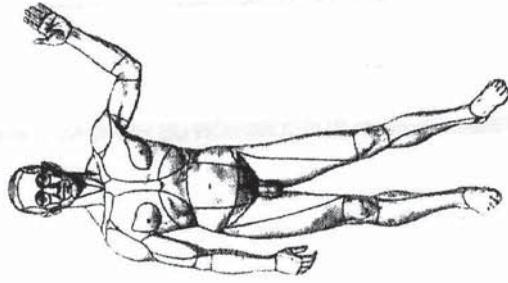
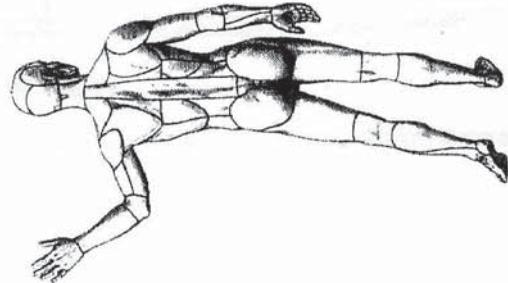
**CONTROL DE LA PRESIÓN**

SEMP\* dinámicas con capacidad para aliviar la presión:  
colchones alternantes de aire de altas prestaciones.

\*SEMP: Superficies especiales para el manejo de la presión

HOJA N° \_\_\_\_\_

<b>FECHA</b>										
Número de úlcera (1 <sup>a</sup> -2 <sup>a</sup> -3 <sup>a</sup> ...)										
Etiología										
Localización										
<b>DESCRIPCIÓN DEL LECHO DE LA HERIDA:</b>										
Estadio										
Dimensiones										
Signos locales de infección (si / no)										
Cultivo (aspirado / frotis)										
Resultado Cultivo ( + / - )										
Tejido: Necrótico / Esfacelado / Granulación / Epitelización										
Nivel de exudado: Escaso / Moderado / Alto										
Aspecto del exudado: Seroso / Hemático / Purulento										
<b>ESTADO DE LA PIEL PERILESIONAL:</b>										
Integra / Lacerada / Macerada / Celulitis										
<b>TRATAMIENTO LOCAL APlicADO:</b>										
Ac. grasos hiperóxigenados										
Limpieza del lecho de la herida con:										
Desbridamiento Cortante/ Enzimático / Autolítico										
Hidrogel										
Hidrocoloide extrafino										
Plata										
Espuma de Poliuretano (Hidropolimérico/ Hidrocelular)										
Alginato										
Protección de la piel perulceral con:										
<b>ENFERMERA / O</b>										





### Registro para el control de aparición de infección urinaria

Nombre y apellidos del paciente:		
Nº de Historia Clínica:		
Fecha de ingreso:		
Servicio de procedencia:		
Infección urinaria al ingreso NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> Germen: _____		
Fecha de cambio de sonda: (al ingreso) se cursa sedimento y cultivo si criterios clínicos (ver detrás)	Resultado de cultivo: Positivo: ___ Negativo: ___  Resultado de sedimento:	Germen
Fecha de cambio de sonda: (a los 20 días) se cursa sedimento y cultivo si criterios clínicos (ver detrás)	Resultado de cultivo: Positivo: ___ Negativo: ___  Resultado de sedimento:	Germen
Fecha de cambio de sonda: (a los 20 días) se cursa sedimento y cultivo si criterios clínicos (ver detrás)	Resultado de cultivo: Positivo: ___ Negativo: ___  Resultado de sedimento:	Germen
Fecha de cambio de sonda: (a los 20 días) se cursa sedimento y cultivo si criterios clínicos (ver detrás)	Resultado de cultivo: Positivo: ___ Negativo: ___  Resultado de sedimento:	Germen
Fecha de cambio de sonda: (a los 20 días) se cursa sedimento y cultivo si criterios clínicos (ver detrás)	Resultado de cultivo: Positivo: ___ Negativo: ___  Resultado de sedimento:	Germen
Fecha de cambio de sonda: (a los 20 días) se cursa sedimento y cultivo si criterios clínicos (ver detrás)	Resultado de cultivo: Positivo: ___ Negativo: ___  Resultado de sedimento:	Germen
Fecha de cambio de sonda: (a los 20 días) se cursa sedimento y cultivo si criterios clínicos (ver detrás)	Resultado de cultivo: Positivo: ___ Negativo: ___  Resultado de sedimento:	Germen
Fecha de cambio de sonda: (a los 20 días) se cursa sedimento y cultivo si criterios clínicos (ver detrás)	Resultado de cultivo: Positivo: ___ Negativo: ___  Resultado de sedimento:	Germen
Fecha de cambio de sonda: (a los 20 días) se cursa sedimento y cultivo si criterios clínicos (ver detrás)	Resultado de cultivo: Positivo: ___ Negativo: ___  Resultado de sedimento:	Germen
Nota: este registro debe quedar en la Historia Clínica del paciente		



**SE CURSARÁ SEDIMENTO Y CULTIVO ATENDIENDO A LOS SIGUIENTES CRITERIOS CLÍNICOS:**

- **Síntomas de cistitis:** Síndrome miccional (disuria, tenesmo, polaquiuria, y ocasionalmente dolor hipogástrico y hematuria).
- **Síntomas de pielonefritis:** Síndrome miccional asociado a fiebre y/o dolor en la fossa renal.
- En los **pacientes ancianos**, la presentación clínica puede ser inespecífica (letargia, vómitos, dolor abdominal...)
- Ocasionalmente **piuria** macroscópica.
- En pacientes con lesión medular y vejiga neurógena, puede presentarse como malestar o aumento de espasticidad.

UNIDAD DE PARAPLÉJICOS

HRT



### **Etiqueta identificativa**

Nombre/apellidos: .....  
Nº H<sup>a</sup> Clínica: .....  
Habitación/cama: .....  
Diagnóstico/motivo del ingreso: .....  
Edad: .....

## **VALORACIÓN DE APTITUDES Y EXPERIENCIA PREVIA DE LA CUIDADORA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Nombre/apellidos de la cuidadora..... Edad..... Parentesco.....

**Centro de Atención primaria de referencia.....**

**Diagnóstico Médico del Paciente.....** **Teléfono.....**

# INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO  
Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013 SEVILLA

Nombre: .....  
Apellidos: .....  
Nº H<sup>a</sup> Clínica: .....  
Edad: .....

Hospital: ..... Unidad .....  
F. Ingreso: ..... F. Alta: .....  
Motivo Ingreso: .....  
Diag. Médico: .....  
Tlf. Paciente: ..... Tlf. Unidad: .....  
C. de Salud: .....

## ENFERMERA REFERENTE:

### 1 PATRÓN PERCEPCIÓN/MANEJO DE LA SALUD:

NOC:

Manejo inefectivo del régimen terapéutico: r/c:

Sedentarismo: r/c:

Hábitos no saludables  Alcohol  Tabaco

Patologías crónicas: Alergias:

Conocimiento del paciente de sus autocuidados  SÍ  NO Conocimiento de la familia sobre cuidados  SÍ  NO

### INTERVENCIONES (NIC):

- Ayuda en la modificación de sí mismo
- Modificación de la conducta
- Enseñanza

### 2 PATRÓN NUTRICIÓN/METABOLISMO

NOC:

Riesgo/  Deseq. Nutricional por defecto / exceso r/c

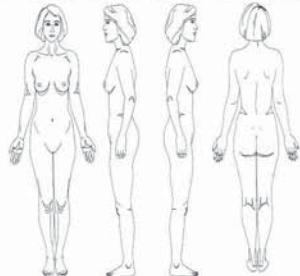
Deterioro de la deglución r/c

Riesgo de aspiración r/c

Dieta y líquidos prescritos: (indicando suplemento nutricional si lo hubiera)

- Manejo de la nutrición
- Alimentación enteral por sonda
- Precauciones para evitar la aspiración
- Prevención de las UPP
- Cuidados de las heridas
- Cuidados de la ostomía
- Asesoramiento nutricional
- 
- 
- 

Riesgo/  Deterioro de la integridad cutánea m/p UPP



Lesión:  Quirúrgica  Tumoral

Vascular

Finalidad:  Curativa  Paliativa

Indicar localización, estadio, cura y/o medidas preventivas:

RIESGO UPP:  Sin riesgo  Riesgo bajo  Riesgo moderado  Riesgo alto

### 3 PATRÓN ELIMINACIÓN:

NOC:

Riesgo/  Incont. urinaria r/c

Riesgo/  Incont. fecal r/c

Riesgo/  Estreñimiento r/c

Riesgo/  Diarrea r/c

Comentarios

- Cuidados de la incontinencia urinaria
- Cuidados catéter urinario
- Cuidados de la incontinencia intestinal
- Manejo del estreñimiento/impactación
- Manejo de la diarrea

### 4 PATRÓN ACTIVIDAD/EJERCICIO:

NOC:

Déficit de autocuidados:

Alimentación:  Necesita ayuda  Dependencia total

Higiene:  Necesita ayuda  Dependencia total

Deterioro de la movilidad física r/c

Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c

Riesgo/  Intolerancia a la actividad r/c

Actividad:  Reposo  Mov. Cama  Sillón  Paseo

Dispositivos al alta:  Corsé  Bastones  Andador  Silla ruedas

INDICE de BARTHÉL  
 Dep. leve  Dep. moderada  Dep. grave  Dep. total

- Ayuda al autocuidado
- Prevención de caídas
- Cuidados del paciente encamado
- Fomento del ejercicio
- Monitorización respiratoria
- Manejo de vías aéreas
- Oxigenoterapia
- Manejo ambiental
- Manejo de la energía
-

**5 PATRÓN DESCANSO/SUEÑO:**

NOC:

 Deterioro del patrón del sueño r/c:

Comentarios: (indicar ayudas)

 Mejorar el sueño**6 PATRÓN COGNITIVO/PERCEPTIVO:**

NOC:

 Deterioro de la comunicación verbal r/c: Mejorar la comunicación: Confusión aguda/crónica r/c: déficit auditivo

Alteraciones sensoriales

 NO Sí, indicar órgano, ayudas y dispositivos: déficit del habla

Presencia de dolor:

Localización del dolor y medidas a tomar:

 Fomento de la comunicación habla Crónico     Agudo Escucha activa

Estado de conciencia:

 Consciente:     Orientado Manejo del delirio Inconsciente:     Desorientado Manejo de la demencia

I. Pfeiffer:

 Más de tres errores Menos de tres errores Manejo del dolor**7 PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO:**

NOC:

 Trastorno de la imagen corporal r/c: Potenciación de la autoestima

Manifestaciones del paciente:

 Ansioso Deprimido Animado Apoyo emocional Disminución de la ansiedad Aumentar el afrontamiento**8 PATRÓN ROL/RELACIONES:**

NOC:

 Aislamiento social r/c: Apoyo al cuidador principal Riesgo/     Cansancio en el desempeño del rol del cuidador r/c: Apoyo a la familia Afrontamiento familiar comprometido/incapacitante r/c Derivación

Necesita cuidador:

 SÍ     NOEn contacto con SS. Sociales:     SÍ     NO AsesoramientoFormación del cuidador:     Por escrito: Recomendaciones al alta De forma práctica:Durante su estancia en el hospital

Cuidador principal en el domicilio:

**9 PATRÓN SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN:**

NOC:

Fecha última regla:

Menarquia:

Menopausia:

 Asesoramiento sexual Disfunción sexual r/c: Asesoramiento en la lactancia Lactancia materna ineficaz r/c:**10 PATRÓN ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRES:**

NOC:

 Riesgo/     Síndrome de estrés al traslado r/c: Aumentar el afrontamiento Deterioro de la adaptación r/c: Aumentar los sistemas de apoyo

Manifestaciones del paciente:

 Nervioso: Retraído:**11 PATRÓN VALORES/CREENCIAS:**

NOC:

 Alterado

Comentarios:

**OTROS DISPOSITIVOS NO REFLEJADOS EN LA VALORACIÓN ANTERIOR**

DISPOSITIVO	TIPO	CALIBRE O CODIGO	FECHA DE COLOCACIÓN	FECHA DE CAMBIO/RETIRADA

**COMENTARIOS DE INTERÉS AL ALTA/TRASLADO DEL SERVICIO:**

Enfermera en el momento del alta:

Firma:

A de

de 200

Indicaciones y cuidados adicionales:



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## RECOMENDACIONES AL ALTA

### CUIDADOS

TRAUMATISMO  
CRANEOENCEFÁLICO  
GRAVE

HH.UU. Virgen del Rocío

H. de Rehabilitación y Traumatología

Sevilla

Enfermera/o:

Fecha:



- Ejercicios de coordinación: Caminar por superficies distintas (rampas, campo, hierba, arena, escaleras). Realizar ejercicios cruzados (adelantar una pierna a la vez que se levanta el brazo contrario, subir la rodilla y tocarla con el brazo contrario, mover los brazos intentado dibujar en el aire la figura de un 8 tumbado, primero en un sentido y luego en otro).
- Estimulación sensorial: mediante juegos, ordenador, música, colores, etc.
- Potenciar las actividades recreativas en las que el paciente pueda participar.
- No encerrarse en casa.
- No sobreprotección al paciente.

### TCE GRAVE

Usted/su familiar, ha estado ingresado/a en nuestra unidad por un problema de **Traumatismo Craneoencefálico Grave**, a continuación le indicamos una serie de recomendaciones para control de situaciones específicas y contribuir a la máxima independencia del paciente.

#### Debe saber:

Que si aparecen algunos de estos síntomas deben ponérse en contacto o acudir al servicio de urgencias:

- ◆ Dolor de cabeza que aumenta y no cede con analgésicos (calmantes).
- ◆ Vómitos de repetición.
- ◆ Mareos durante varios días.
- ◆ Salida de líquido claro o ligeramente manchado de sangre por la nariz u oído, o sensación de tragar líquido salado.
- ◆ Movimientos involuntarios de brazos o piernas.
- ◆ Dificultad para mover brazos o piernas.

#### Aconsejamos:

- ◆ Dieta sana y equilibrada, haciendo 4 tomas diarias, no copiosas, salvo que haya otra prescripción.
- ◆ Realizar ejercicios suaves:
  - Hidroterapia, agua caliente.

Si tiene alguna duda sobre el contenido de esta recomendaciones consultelo con su enfermera/o.

Esperamos que su estancia en el hospital haya sido lo más satisfactoria posible.



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

Indicaciones y cuidados adicionales:

## RECOMENDACIONES AL ALTA

CUIDADOS

ICTUS

HH.UU. Virgen del Rocío

H. de Rehabilitación y Traumatología

Sevilla

Enfermera/o:

Fecha:

- grasas, leche entera o condensada, yemas de huevos y comidas muy elaboradas).
- ◆ No abusar de azucares refinados.
  - ◆ Vigilar el peso.

#### Higiene y cuidados de la piel:

- ◆ Aseo personal y baño diario.
- ◆ Secar bien la piel e hidratar con cremas protectoras, especialmente en las zonas de prominencias óseas.
- ◆ Correcta higiene bucal y dental.

#### Ejercicio y movilidad:

- ◆ Utilizar ropa cómoda y holgada.
- ◆ Usar zapatos cerrados que sujeten bien el pie y no provoquen rozaduras.
- ◆ Comenzar a vestirse por la extremidad afectada y desvestirse al contrario.
- ◆ Pasear al aire libre al menos una hora diaria.
- ◆ No realizar ejercicios agotadores.
- ◆ Control de la Tensión arterial.
- ◆ No tabaco y alcohol.

- Además de estas recomendaciones, ha de seguir el tratamiento prescrito por su médico y las instrucciones específicas del proceso de su enfermedad.
- Si tiene alguna duda sobre el contenido de esta recomendaciones consultelo con su enfermera/o.
- Esperamos que su estancia en el hospital haya sido lo más satisfactoria posible.
- Debe saber:**
- Que tiene que acudir a un centro medico, cuando:
    - ◆ Tenga perdida de fuerza, acorcharamiento, hormigueo, dificultad para hablar o tragar, cefalea intensa de aparición brusca, visión borrosa.
    - ◆ Disminución del nivel de conciencia.
    - ◆ Crisis epilépticas.
    - ◆ Hinchazón del pie, pierna o muslos.
    - ◆ Hemorragias por encías o nariz, sangre en orina, especialmente si esta tomando medicación anticoagulante o antiagregante (aspirina, adiro, disagren, plavix, sintron).
    - ◆ Molestias gástricas, especialmente relacionadas con la toma de la medicación.
    - ◆ Nauseas, mareo, inestabilidad.

#### Aconsejamos:

##### Alimentación:

- ◆ Dieta equilibrada, rica en verduras y fruta, evitando la sal en las comidas y alimentos ricos en grasas (carnes

## **ICTUS**

Usted/ su familiar, ha estado ingresado/a en nuestra unidad por un problema de **ICTUS**, a continuación le indicamos una serie de recomendaciones para control de situaciones específicas y contribuir a la máxima independencia del paciente.