

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DIRIGIDO AL PACIENTE HEMOFÍLICO

Hospital de día de Hematología–Hemofilia
Hospital U. “La Paz” Madrid

Introducción:

- El aumento de la presión asistencial de los hospitales de día requiere de actuaciones protocolizadas por parte del personal de enfermería.
- El proceso de atención de enfermería supone la aplicación del método científico a la práctica asistencial permitiendo ofrecer a los usuarios cuidados sistematizados, lógicos y racionales.
- Los planes de cuidados suponen el nivel más elevado y complejo en la estructura de los cuidados. En la práctica diaria, facilitan las actuaciones enfermeras encaminadas a garantizar la calidad y continuidad de los cuidados en los usuarios.

Objetivos del plan de cuidados:

- Garantizar el cuidado integral y continuo del paciente, mejorando así su calidad de vida.
- Enseñar y ayudar al paciente a llevar a cabo acciones de autocuidado para conservar la salud, recuperarse de la enfermedad y/ o afrontar las consecuencias de la misma.
- Favorecer la coordinación con el personal de enfermería de otros niveles asistenciales, con el fin de asegurar la continuidad de cuidados del paciente.
- Mejorar la satisfacción de los profesionales.

Metodología de trabajo:

- Formación de grupo de trabajo.
- Definir objetivos.
- Definir las acciones a realizar por cada uno de los integrantes del grupo.
- Identificación de la población a la que va dirigido el “Plan de cuidados”
- Revisión bibliográfica.
- Elaboración de documentación.
- Validación por “calidad” del hospital.

Valoración de enfermería:

Es la primera fase del proceso enfermero.

- ▶ La enfermera realiza la recogida y el análisis de los datos sobre el estado de salud del paciente, de forma continua y sistemática.
- ▶ Estos datos son la clave para la identificación de los diagnósticos de enfermería.
- ▶ Tras el análisis de los diagnósticos se elabora el plan de cuidados de enfermería.
- ▶ Se establecen objetivos para cada problema identificado así como las actuaciones enfermeras para la consecución de los mismos.

VALORACIÓN DEL PACIENTE HEMOFÍLICO QUE RECIBE TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL DE DÍA



DATOS PERSONALES

Nº Historia Nombre Fecha Nacimiento F. Próxima cita Sexo Teléfono fijo
 Nº Episodio Apellidos Fecha Valoración Unidad Origen Edad Teléfono móvil

DATOS SOCIO-CULTURALES

Personas de referencia Centro de Salud de referencia País ESPAÑA Otros datos
 Teléfonos de referencia Provincia de origen Idioma ESPAÑOL

PRECAUCIONES

Alergias Incidencias
 Dolor: Si ☐ No ☐

ESTRUCTURA FAMILIAR-SOCIAL

Personas con quien convive Precisa Ayuda Social: Si ☐ No ☐ Familiar cuidador
 Rol en la Unidad familiar Precisa Apoyo Psicológico: Si ☐ No ☐ Disponibilidad
 Lugar de residencia
 Nivel de estudios
 Otros datos de interés

FAMILIAR / CUIDADOR

DATOS DE SALUD

Diagnóstico médico Acceso venoso Peso Talla TA FC TP
 Esquema de tratamiento Medicación habitual
 Conocimiento de su enfermedad
 Afrontamiento del problema de salud
 Grado de manejo de su enfermedad Otros datos de salud
 Otros problemas de salud

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

MANTENIMIENTO DEL APORTE SUFICIENTE DE AIRE (Ventilación-Circulación)

Dificultad respiratoria: Si ☐ No ☐ Especificar
 Oxigenoterapia: Si ☐ No ☐ Especificar
 Secreciones: Si ☐ No ☐ Especificar Otros datos de interés
 Tos: Si ☐ No ☐ Especificar

MANTENIMIENTO DEL APORTE SUFICIENTE DE LÍQUIDOS Y ALIMENTOS (Nutrición)

Estado nutricional Restricción de líquidos: Si ☐ No ☐ Tipo de alimentación
 Dificultad de masticación: Si ☐ No ☐ Especificar Otros datos de interés
 Dificultad de deglución: Si ☐ No ☐ Especificar

CUIDADOS ASOCIADOS A LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN

Patrón de eliminación urinaria Alteraciones
 Patrón de eliminación intestinal Alteraciones
 Sudoración: Si ☐ No ☐ Características Otros datos de interés
 Menstruación: Si ☐ No ☐ Características

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Hábitos de sueño
 Trastornos del sueño: Si ☐ No ☐ Características Otros datos de interés
 Limitaciones motoras: Si ☐ No ☐ Especificar

RELACIÓN SOCIAL

Nivel de conciencia Otros datos de interés
 Limitaciones sensoriales Otros dispositivos

PREVENCIÓN DE PELIGROS

Estado de piel y mucosas
 Hidratación piel Sensibilidad Otros datos de interés
 Coloración piel Alteración sensibilidad

PROMOCIÓN DE LA NORMALIDAD

Autoestima Hábitos tóxicos
 Percepción imagen corporal Otros datos de interés
 Bienestar emocional
 Manejo del ritmo de vida
EDUCACIÓN SANITARIA
 Educación sanitaria: Si ☐ No ☐

Plan de cuidados:

- El “Plan de cuidados del paciente” se realiza en base los requisitos de autocuidado de Dorotea Orem.
- Se identifican los diagnósticos enfermeros así como las posibles complicaciones potenciales más frecuentes sobre los que podemos actuar.
- Diseñamos el “Plan de cuidados” utilizando la taxonomía diagnóstica de la NANDA.
 - Intervenciones enfermeras para cada diagnóstico. NIC
 - Resultados esperados. NOC
- Indicadores de resultados.
- Evaluación de los resultados. (Escala Likert)

Plan de cuidados de enfermería dirigido al paciente con déficit de factores que acude al hospital de día y al cuidador principal.

POBLACIÓN DIANA:

Paciente con déficit de factores que recibe tratamiento en el Hospital de día.

- ▶ Diagnósticos desarrollados:
 - Conocimientos deficientes.
 - Riesgo de cansancio en el desempeño del Rol del cuidador.

- ▶ Complicaciones potenciales desarrolladas:
 - Hemorragia.
 - Infección.

PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR

Nombre	PACIENTE CON DEFICIT FACTORIALES		
Población Diana	Paciente con déficit factoriales que acude al hospital de día		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados/CRE (1)	CIE Intervenciones/Actividades (2)	Evaluación/Modificación (Indicadores)
Conocimientos deficientes (00126) R/c: Verbalización del problema. Seguimiento inexacto de las instrucciones M/p: Mala interpretación de la información. Limitación cognitiva. Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.	Conocimiento: Medicación (1808) Proceso de enfermedad (1803) Actividad prescrita (1811)	<u>-Enseñanza individual (5606)</u> . Proporcionar un ambiente que conduzca al aprendizaje. . Determinar la capacidad del paciente para asimilar información. . Potenciar la disponibilidad del paciente para <u>aprender</u>, si procede. . Corregir las malas interpretaciones de la <u>información</u>, si procede. . Incluir a la familia /ser querido, si es posible. <u>Terapia de actividades (4310)</u> . Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. <u>-Proceso de enfermedad (5602)</u> . Dar seguridad sobre el estado del paciente si procede.	Conocimiento: -Medicación (1808) . Descripción de administración correcta de la medicación (180810)1—5 . Descripción del almacenamiento adecuado de la medicación (180812)1—5 . Descripción de la eliminación correcta de la medicación no utilizada (1800815)1—5 . Descripción del aspecto de la medicación (180803)1—5 -Proceso de la enfermedad (1803) . Familiaridad con el nombre (180301) 1—5

PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR

Nombre	PACIENTE CON DEFICIT FACTORIALES		
Población Diana	Paciente con déficit factoriales que acude al hospital de día		
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Resultados/CRE (1)	CIE Intervenciones/Actividades (2)	Evaluación/Modificación (Indicadores)
Riesgo de cansancio en el desempeño del Rol del cuidador (00062) R/c: Estado de salud del receptor de los cuidados. Falta de experiencia en brindar cuidados. M/p: Relaciones cuidador/receptor de los cuidados. Procesos familiares. Definición: El cuidador es vulnerable a la percepción de dificultad para desempeñar su rol de cuidador de la familia.	- Afrontamiento de los problemas de la familia. (2600) - Apoyo familiar durante el tratamiento (2609)	<u>- Fomentar la implicación familiar. (7110)</u> Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal. Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse con el paciente. Animar a los miembros de la familia y al paciente a desarrollar un plan de cuidados, incluyendo resultados esperados e implantación del plan de cuidados. Facilitar la comprensión de aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia. <u>- Apoyo al cuidador principal. (7040)</u> Determinar al nivel de conocimientos del cuidador. Determinar la aceptación del cuidador de su papel. Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador. Enseñar técnicas de cuidados para mejorar la seguridad del paciente. Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.	Afrontamiento de los problemas de la familia. (2600) - Busca asistencia cuando es necesaria (260016) 1_5 - Afronta los problemas (260003) 1_5 - Controla los problemas (260005) 1_5 - Utiliza el apoyo social (260017) 1_5 Apoyo familiar durante el tratamiento (2609) - Los miembros de la familia expresan deseo de apoyar al miembro enfermo (260901) 1_5 - Colaboran con el miembro enfermo en la determinación de los cuidados (260910) 1_5

	- Preparación del cuidador principal domiciliaria (2202)	Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo. <u>-Potenciación de roles (5370)</u> Enseñar las nuevas conductas que necesita el padre/madre para cumplir con un rol. Facilitar las interacciones grupales de referencia como parte del aprendizaje de los nuevos roles. <u>-Fomentar la normalización de la familia (7200)</u> Fomentar el desarrollo de la integración del niño en el sistema familiar sin que el niño se convierta en el centro de la familia. Determinar la accesibilidad y la capacidad del niño para participar en actividades. Comunicar la información acerca del estado del niño a aquellos que la precisen para realizar una vigilancia de seguridad u oportunidades educativas adecuadas al niño. Animar a los padres a que dispongan de tiempo para el cuidado de sus necesidades personales. Proporcionar información a la familia acerca del estado del niño, tratamiento y grupo de apoyo asociados para las familias. Ayudar a la familia a alterar el régimen terapéutico prescrito para que se adapte al horario normal cuando proceda.	-Piden información sobre el proceso-procedimiento(260904) 1_5 Preparación del cuidador principal domiciliaria (2202) -Voluntad de sumir el papel de cuidador principal(220201) 1_5 -Conocimiento sobre el papel de cuidador familiar(220202) 1_5 -Conocimiento del proceso de enfermedad del receptor de los cuidados (220205) 1_5 -Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado (220206) 1_5 -Conocimiento de cuidados urgentes (220210) 1_5 -Conocimiento de dónde obtener el equipamiento necesario(220219)1_5 -Conocimiento de funcionamiento del equipamiento(220220)1_5.
--	---	---	--

PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR

Nombre	PACIENTE CON DEFICIT DE FACTORES
Población Diana	Paciente con déficit de factores que acude al hospital de día
Complicaciones Potenciales / Problemas de colaboración	CIE Intervenciones/Actividades (2)
<u>Infección secundaria a la enfermedad</u>	<u>Manejo de la inmunización/vacunación (6530)</u> Administrar inyecciones a los bebés en la parte antero lateral del muslo, cuando proceda. Documentar la información sobre la vacunación según protocolo del centro. Notificar a la persona/familia cuando deje de ser válida la inmunización. Conocer las últimas recomendaciones sobre el uso de las inmunizaciones. Identificar las técnicas de administración apropiadas, incluyendo la administración simultánea. Seguir los cinco principios de administración de medicación. Conocer las contraindicaciones de la inmunización. Explicar a los padres el programa de inmunización recomendado necesario para los niños, su vía de administración, razones y beneficio de su uso, reacciones adversas y lista de efectos secundarios.

PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR

Nombre	PACIENTE CON DEFICIT DE FACTORES
Población Diana	Paciente con déficit de factores que acude al hospital de día
Complicaciones Potenciales / Problemas de colaboración	CIE Intervenciones/Actividades (2)
Hemorragia	<u>Administración de medicación intravenosa (2314)</u> Documentar la administración de la medicación y la respuesta del paciente de acuerdo con las normas de la institución Comprobar la fecha de caducidad de los fármacos y las soluciones. Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. <u>Control de hemorragia (4160)</u> Aplicar vendaje compresivo si está indicado Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre Comprobar el funcionamiento neurológico Identificar la causa de la hemorragia Comprobar el funcionamiento neurológico. Identificar la causa de la hemorragia. Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente. <u>Manejo de la medicación:(23809)</u> Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse, si procede. Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. Observar si se producen efectos adversos derivados del fármaco. Revisar periódicamente con el paciente/familia los tipos y dosis de medicación administrados.

(1) ORE/NOC: Clasificación de resultados de enfermería

(2) CIE/NIC: Clasificación de intervenciones de enfermería

ESCALA DE EVALUACIÓN (Escala likert) / MODIFICACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

RESULTADO					
INDICADORES					



RESULTADO					
INDICADORES					



RESULTADO					
INDICADORES					

(1) CRE/NOC: Clasificación de resultados de enfermería

(2) CIE/NIC: Clasificación de intervenciones de enfermería

DIAGNÓSTICO DE CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126)

Resultados / CRE (NDC)	CIE Intervenciones / Actividades (NIC)
Conocimiento: Conducta Sanitaria (1805)	Enseñanza individual (5606)
Si ☒ No ☐	CIE 5606-1: Si ☐ No ☒
	CIE 5606-2: Si ☐ No ☒
Motivación (1209)	CIE 5606-3: Si ☐ No ☒
Si ☐ No ☒	Enseñanza: proceso de la enfermedad (5622)
	CIE 5622-1: Si ☒ No ☐
Satisfacción del Paciente / Usuario: Enseñanza (3012)	Asesoramiento (5240)
Si ☒ No ☐	CIE 5240-1: Si ☒ No ☐
	CIE 5240-2: Si ☒ No ☐
Conocimiento del Régimen Terapéutico (1813)	Enseñanza: procedimiento / tratamiento (5618)
Si ☐ No ☒	CIE 5618-1: Si ☐ No ☒
	CIE 5618-2: Si ☐ No ☒
	CIE 5618-3: Si ☐ No ☒
	CIE 5618-4: Si ☒ No ☐
	CIE 5618-5: Si ☐ No ☒

Evaluación / Modificación (Indicadores)

Inicial

Final

Conocimiento: Conducta Sanitaria (1805)

Indicador INI 180515: Indicador FIN 180515:

Motivación (1209)

Indicador INI 120902: Indicador FIN 120902:

Indicador INI 120907: Indicador FIN 120907:

Satisfacción

Usuario: Enseñanza (3012)

Indicador INI 301203: Indicador FIN 301203:

Indicador INI 301206: Indicador FIN 301206:

Indicador INI 301210: Indicador FIN 301210:

Indicador INI 301211: Indicador FIN 301211:

Indicador INI 301216: Indicador FIN 301216:

Indicador INI 301219: Indicador FIN 301219:

Conocimiento del Régimen Terapéutico (1813)

Indicador INI 181306: Indicador FIN 181306:

Indicador INI 181316: Indicador FIN 181316:

Nombre y Apellidos Enfermera

Informes

Utilidades con Registros

Próxima cita

Informes entre fechas



CONCLUSIONES:

- ✓ La puesta en marcha de planes de cuidados facilitan la unificación de criterios asistenciales en las enfermeras, nos permite trabajar de forma autónoma, potenciar nuestro rol y documentar nuestras actuaciones.
 - ✓ *Aseguran el bienestar y la seguridad del paciente y garantizan el incremento en la calidad de los cuidados mediante la aplicación de una metodología científica.*
 - ✓ Constituyen una base de investigación propia.
 - ✓ *La evaluación de resultados mediante los indicadores nos permiten modificar nuestras actuaciones con el fin de asegurar la calidad de los cuidados impartidos al paciente y familia.*
- 

Gracias

