

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

PROCESO: HEMORRAGIA INTRACRANEAL. GRD 810.

GRD:

Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por una hemorragia intracraneal no traumática como las intracerebrales, subaracnoideas, subdurales y los aneurismas cerebrales rotos incluido el sífilítico roto.

Estancia media prevista:

Límites del proceso de cuidados:

INICIAL: Ingreso en la unidad de Neurocirugía

FINAL: Alta hospitalaria.

CRITERIOS DE APLICACIÓN DEL PLAN.

Este plan de cuidados estandarizados se aplicará a todos aquellos pacientes que ingresen en el servicio de Neurocirugía del HGUA con el diagnóstico de Hemorragia Intracraneal.

Objetivos Generales del Plan:

- * Realizar un cuidado integral del paciente
- * Conseguir registrar todas las actividades de enfermería
- * Educar e implicar al paciente y familia sobre el proceso de su enfermedad y en los cuidados básicos
- * Contribuir a la elaboración de una Guía de Cuidados al alta para paciente/familia, en vías de conseguir la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria.

VALORACIÓN ESTANDARIZADA AL INGRESO SEGÚN EL MODELO DE D. OREM

Respiración:

Alterada: patrón respiratorio ineficaz

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

Alimentación:

Dependiente: dificultad de deglución, parálisis, limitación para alimentarse

- Sistema Parcialmente compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

Eliminación

Dependiente: estreñimiento, déficit de autocuidado uso WC, incontinencia

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

Descanso

Alterado: insomnio, ansiedad, depresión, alt. Ritmo del sueño habitual del paciente

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

Higiene personal

Dependiente: déficit de autocuidado en la higiene y vestido

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

Movilidad

Dependiente: limitación de la movilidad, hemiplejía, deficiencias sensoriales, coma

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

Seguridad

Alterado: riesgo de traumatismo, deterioro de la movilidad, disminución de la sensibilidad, obnubilación, confusión, desorientación...

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

Estado de consciencia: confuso, obnubilado, delirio...
Riesgo de caídas elevado, precisa elementos de seguridad.

Valoración del dolor a través de la escala analógica visual

0 _____ 5 _____ 10
(Ausencia de dolor) (Dolor moderado) (Máximo dolor)

Estatus funcional

La puntuación será de 3-4.

3= sólo puede cuidarse en parte. Permanece encamado más del 50% de las horas de vigilia

4= totalmente inválido e incapaz de cuidarse. Encamado por completo.

Estado de piel y mucosas.

No alterado

Alterado: eritemas cutáneos, úlceras por presión, laceraciones...

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

Riesgo UPP

Valoración del riesgo de úlcera por presión a través de la escala de Braden.

Riesgo moderado (13-14 puntos)

Riesgo alto (menor de 12 puntos)

Capacidad sensorial

Alterada: déficit visual, táctil...

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

Aspectos psicológicos y sociales

Alterada: ansiedad, depresión, estupor...

- Sistema Parcialmente Compensatorio
- Sistema Totalmente Compensatorio

DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA EL PACIENTE CON HEMORRAGIA INTRACRANEAL

Intervenciones propias de la hospitalización	Actividades
Cuidados de enfermería al ingreso (7310)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentarse a sí mismo y su familia en los cuidados. 2. Orientar al paciente y familia sobre las normas y funcionamiento de la unidad. 3. Realizar la valoración de enfermería al ingreso. 4. Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos, resultados e intervenciones. 5. Establecer procedimiento de identificación y protección de pacientes vulnerables (valoración de riesgos) del HGUA
Protección de los derechos del paciente (7460)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar al paciente la Carta de derechos y obligaciones del paciente. 2. Proteger la intimidad del paciente durante las actividades de higiene, eliminación y aseo personal. 3. Mantener la confidencialidad de la información sanitaria del paciente.
Intermediación cultural (7330)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tienen el paciente y el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento. 2. Identificar, con el paciente, las prácticas culturales que pueden afectar negativamente a la salud, de manera que el paciente pueda elegir de manera informada. 3. Facilitar la comunicación intercultural (uso de traductor, materiales/medios bilingües por escrito...). 4. Modificar las intervenciones convencionales (enseñanza al

	<p>paciente) de manera adecuada.</p>
<p>Informe de turnos (8148)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las enfermedades y razones principales del ingreso, si procede. 2. Identificar los diagnósticos médico y de cuidados clave, si procede. 3. Dar la información de forma concisa, centrándose en los datos recientes e importantes necesarios para el personal que asume la responsabilidad en cuidados. 4. Describir el régimen de tratamiento. 5. Identificar las pruebas de laboratorio y de diagnóstico que deban completarse en las próximas 24 horas. 6. Describir los datos del estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno. 7. Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo. 8. Resumir los progresos en las metas fijadas.
<p>Planificación del alta (7370)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar las capacidades del paciente para el alta 2. Colaborar con el médico, paciente/familiar/ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados. 3. Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta. 4. Registrar todos los cuidados al alta en el informe de enfermería al alta. 5. Establecer continuidad de cuidados al siguiente nivel asistencial de cuidados.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

LIMPIEZA INEFICAZ DE LA VÍA AÉREA (00031)

R/C retención de secreciones, inmovilidad, infecciones respiratorias, etc.

DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN (00103)

R/C limitación de la conciencia y afectación de musculatura deglutoria.

RIESGO DE ESTREÑIMIENTO (00015)

R/C inmovilidad

INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL (00020)

R/C limitaciones neuromusculares y deterioro de la cognición

INCONTINENCIA FECAL (00014)

R/C deterioro cognitivo

DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (00085)

R/C afectación neuromuscular

TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO (00198)

R/C ansiedad, dolor, etc.

ANSIEDAD (00146)

R/C las consecuencias de su enfermedad

DISFUNCIÓN SEXUAL (00059)

R/C alteración de la función corporal

AFRONTAMIENTO INEFICAZ (00069)

R/C la carencia de sistema de apoyo, falta de confianza en la capacidad de afrontar la situación

AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO (00074)

R/C desorganización familiar, cambio de roles temporales, etc.

DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL (00045)

R/C ayuno de más de 24 horas, deshidratación, IOT, instauración de SNG.

RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00047)

R/C factores mecánicos, hidratación y deterioro de la circulación

RIESGO DE INFECCIÓN (00004)

R/C procedimientos invasivos y defensas primarias inadecuadas (estasis de los líquidos corporales).

RIESGO DE CAÍDAS (00155)

R/C debilidad y la reducción de la coordinación.

DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL (00051)

R/C lesión cerebral

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126) ACERCA DEL PROCESO DE ENFERMEDAD

R/C falta de familiaridad con los recursos para obtener la información

RIESGO DE DISFUNCIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA (00086)

R/C inmovilidad y obstrucción vascular

INTERVENCIONES RELACIONADAS CON LA HOSPITALIZACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	<u>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</u>	<u>INTERVENCIONES (NIC)</u>
Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)	<p style="text-align: center;">Estado respiratorio: permeabilidad vías respiratorias (0410)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias (/06) 	<p>Manejo de las vías respiratorias (3140):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eliminar las secreciones fomentando la tos o la succión - Estimular al paciente durante la realización de la espirometría. - Administrar tratamientos con aerosol, si está indicado. - Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, si procede. <p>Fisioterapia respiratoria (3230):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Practicar percusión con drenaje postural (clapping) - Controlar la cantidad y tipo de expectoración de esputos.
Deterioro de la deglución (00103)	<p style="text-align: center;">Estado de deglución (1010)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controla las secreciones orales (/02) - Distribución del bolo alimentario a la hipofaringe en concordancia con el reflejo de deglución (/05) 	<p>Terapia de deglución (1860):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a sentarse en una posición erecta (90º aprox.) para la alimentación/ ejercicio - Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia delante en preparación para la deglución ("barbilla metida"). - Observar si hay signos y/o síntomas de aspiración - Ayudar a mantener una posición semisentada durante 30 minutos después de terminar de comer. - Enseñar al cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.

		- Enseñar a la familia las medidas de emergencia para los atragantamientos.
Deterioro de la mucosa oral (00045)	<p>Higiene bucal (1100)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humedad de la mucosa oral y lengua (/10) - Limpieza de la boca (/01) <p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hidratación (/04) - Piel intacta (/03) 	<p>Mantenimiento de la salud bucal (1710):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer una rutina de cuidados bucales. - Aplicar lubricante en labios y mucosa oral. - Observar presencia de restos alimenticios en la mucosa oral. - Observar si hay signos y/o síntomas de glositis y estomatitis.
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)	<p>Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temperatura (/01) - Hidratación (/04) - Piel intacta (/13) 	<p>Cuidados de la piel: tratamiento tópico (3584):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar higiene de aseo, si precisa. - Proporcionar soporte a las zonas edematosas. - Mojar en baño coloidal, si procede. - Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. - Aplicar protectores a los talones. - Registrar grado de afectación de la piel.
Riesgo de estreñimiento (00015)	<p>Eliminación intestinal (0501)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cantidad de heces en relación con la dieta (/04) - Facilidad de eliminación de las heces (/12) 	<p>Manejo del estreñimiento (450):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el aumento de ingesta de líquidos, si no está contraindicado. - Sugerir el uso de laxantes, si procede. - Instruir al paciente/ familia sobre el uso correcto de laxantes.
Incontinencia fecal (00014)	<p>Continencia intestinal (0500)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantiene el control de la eliminación de heces (/02) - Utiliza la ayuda adecuada para conseguir la continencia (/10) 	<p>Cuidados en la incontinencia intestinal (0412):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la causa física o fisiológica - Controlar la dieta y las necesidades de líquidos. - Proporcionar pañales de incontinencia, si

		<p>es necesario.</p> <p>Manejo intestinal (0430):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlar movimientos intestinales: frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede. - Evaluar medicación para detectar efectos secundarios intestinales.
Incontinencia urinaria funcional (00020)	<p>Continencia urinaria (0502)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconoce la urgencia miccional (/01) - Identifica medicaciones que interfieren en el control urinario (/19) 	<p>Cuidados en la incontinencia urinaria (0610):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios de Kegel - Vigilancia de la piel (periné) - Inserción de sonda vesical. - Controlar eliminación urinaria: frecuencia, olor, volumen y color.
Deterioro de la movilidad física (00085)	<p>Movilidad (0208)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movimiento muscular (/03) - Mantenimiento del equilibrio (/01) - Realización del traslado (/05) 	<p>Terapia de ejercicios: ambulación (0221):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambios posturales - Normas generales en la movilización del paciente. <p>Terapia de ejercicios: control muscular (0226):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar las limitaciones físicas del paciente. - Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor del movimiento o actividad - Favorecer el reposo <p>Manejo ambiental, seguridad (6486):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta del paciente.

		<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar los factores de peligro del ambiente - Proporcionar dispositivos de adaptación para aumentar la seguridad.
Trastorno del patrón de sueño (00198)	<p style="text-align: right;">Descanso (0003)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calidad del descanso (/03) <p style="text-align: right;">Sueño (0004)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Duerme toda la noche (/18) - Despertar a horas apropiadas (/10) 	<p>Mejorar el sueño (1850):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/ vigilia del paciente. - Comentar con el paciente y familia técnicas para favorecer el sueño. - Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias, etc.) y/o psicológicas (ansiedad, etc.) que interrumpan el sueño. - Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño.
Ansiedad (00146)	<p style="text-align: right;">Autocontrol de la ansiedad (1402)</p> <p style="text-align: center;">Adaptación psicosocial: aceptación estado salud (1300)</p>	<p>Disminución de la ansiedad (5820):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. - Crear un ambiente que facilite la confianza. - Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

<p>Riesgo de infección (00004)</p>	<p>Control del riesgo (1902): de infección - Reconoce factores de riesgo (/01)</p> <p>- Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas (/04) - Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo (/08)</p> <p>Detección del riesgo (1908): de infección - Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos (/01)</p> <p>Estado inmune (0702) - Temperatura corporal (/07)</p>	<p>Protección contra infecciones (6550):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al paciente a tomar antibióticos tal como se ha prescrito. - Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección - Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. - Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en zonas edematosas. <p>Control de infecciones (6540):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
<p>Riesgo de caídas (00155)</p>	<p>Conducta de prevención de caídas (1909) - Uso correcto de dispositivos de ayuda (/01) - Colocación de barreras para prevenir caídas (/03)</p>	<p>Manejo ambiental: seguridad (6486)</p> <p>Protocolo de Actuación de enfermería en la prevención de las caídas</p>
<p>Disfunción sexual (00059)</p>	<p>Funcionamiento sexual (0119) - Expresa conocimiento de las capacidades sexuales personales (/18)</p>	<p>Asesoramiento sexual (5248):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre el efecto de la situación de enfermedad sobre la sexualidad - Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y a hacer preguntas.
<p>Afrontamiento ineficaz (00069)</p>	<p>Afrontamiento de problemas (1302) - Utiliza estrategias de superación efectivas (/12)</p> <p>Aceptación: estado de salud (1300)</p>	<p>Aumentar el afrontamiento (5230):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar todos los procedimientos - Escuchar con atención - Crear un ambiente que facilite la confianza

		<ul style="list-style-type: none"> - Animar la manifestación de percepciones, sentimientos y miedos. - Ayudar la paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad - Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación - Administrar medicación que reduzca la ansiedad, si está prescrito <p>Aumentar los sistemas de apoyo (5440):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el grado de apoyo familiar. - Determinar los sistemas de apoyo social del paciente. - Observar la situación familiar actual.
Deterioro de la comunicación verbal (00051)	<p>Comunicación expresiva</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utiliza el lenguaje escrito (/01) - Utiliza el lenguaje hablado (/02) - Intercambia mensajes con los demás (/08) 	<p>Mejorar la comunicación: Déficit del habla (4976):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje del paciente, si procede. - Dar una orden simple cada vez - Utilizar palabras simples y frases cortas. - Utilizar dibujos y gestos, si procede
Conocimientos deficientes (00126) acerca del proceso de enfermedad	<p>Conocimiento: proceso de enfermedad (1803)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descripción del proceso de enfermedad (/02) - Descripción de la causa o factores contribuyentes (/03) <ul style="list-style-type: none"> - Descripción de los factores de riesgo (/04) - Descripción de los efectos de la enfermedad (/05) <ul style="list-style-type: none"> - Descripción de los signos y síntomas (/06) <ul style="list-style-type: none"> - Descripción de las complicaciones (/09) - Descripción de las precauciones para prevenir las complicaciones (/11) 	<p>Enseñanza: proceso de enfermedad (5602):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educación sanitaria sobre el régimen terapéutico a seguir - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. - Describir signos y síntomas

<p>Afrontamiento familiar comprometido (00074)</p>	<p>Afrontamiento de los problemas de la familia (2600)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afronta los problemas (/03) - Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones (/06) - Utiliza el apoyo social (/17) 	<p>Apoyo a la familia (7140):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente. - Favorecer una relación de confianza con la familia - Orientar a la familia - Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia
<p>Riesgo de disfunción neurovascular periférica (00086)</p>	<p>Perfusión tisular periférica (0407)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilidad (/06) - Coloración de la piel (/07) - Edema periférico (/12) 	<p>Control de hemorragias (4160):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomar nota del nivel de hemoglobina y hematocrito <p>Manejo de la hipovolemia (4180):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener posición adecuada que asegure la perfusión periférica. - Administrar productos sanguíneos, si procede.