

ARQUITECTURA DE NIVEL 4

PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO: UCAMI-HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO

DELIMITACIÓN DE SUBPROCESOS

- 1) SUBPROCESO HOSPITALIZACIÓN**
- 2) SUBPROCESO UNIDAD DE DÍA**
- 3) SUBPROCESO HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA**
- 4) SUBPROCESO INTERCONSULTORÍA**
- 5) SUBPROCESO CONEXIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA**

1) SUBPROCESO HOSPITALIZACIÓN

	QUÉ	QUIÉN	CÓMO	CUÁNDO	DÓNDE
Ingreso en Hospital	Recepción	S.Admisión (filiación) Enfermería Planta Internista Guardia	Plan de acogida (ANEXO 1) Historia Clínica	A su ingreso en planta	En planta hospitalización
	Identificación	Internista a cargo	Hoja de registro (ANEXO 2) Paciente Pluripatológico	1ª visita de Internista a cargo	En planta hospitalización
	Censado	Internista a cargo Secretaría Planta	Aplicación informática CDCA	Durante el ingreso	En planta hospitalización
	Valoración inicial de Enfermería Valoración funcional Identificación Cuidador	Enfermería asignada de Planta	Hoja de Valoración inicial (ANEXO 3)	A su ingreso en planta	En planta hospitalización
Estancia en Hospital	Activación P.A.C	Internista a cargo	Contacto telefónico y macro alta (ANEXO 4)	Según criterios predefinidos (ANEXO 4)	En planta hospitalización
	Plan de cuidados	Enfermería Planta	Según protocolo (ANEXO 5)	Durante su ingreso	En planta hospitalización
	Interconsultas a Especialidades Técnicas específicas	Internista a cargo Especialidades médicas y quirúrgicas	H. de Consultas Impresos oficiales	Durante su ingreso	En planta hospitalización Salas específicas
	Adiestramiento y actuaciones con cuidador principal	Internista a cargo Enfermería	Entrenamiento en aptitudes y actitudes Programa de formación	Durante el ingreso	Aulas habilitadas Habitación de hospitalización
	Valoración sociofamiliar	Unidad Trabajo Social	Informe social Escala Gijón	Durante el ingreso A indicación de Internista a cargo	En planta de hospitalización
Alta de Hospital	Alta Médica	Internista a cargo	Aplicación informática CDCA	El mismo día del alta	En planta de hospitalización
	Transferencia a Internista Referencia (ANEXO 6)	Internista a cargo Internista de referencia	Consenso previo y paso a Unidad de Día	Al alta	En planta de hospitalización
	Alta Enfermería	Enfermero a cargo	Impreso oficial	El mismo día del alta	En planta de hospitalización
	Transferencia a Enfermería de Enlace (ANEXO 6)	Enfermero a cargo Enfermero de enlace	Impreso oficial	Al alta	En planta de hospitalización
	Encuesta de satisfacción hospitalización	Secretaría Planta	Cuestionario estandarizado SAS	Al alta	En planta de hospitalización
Seguimiento durante PAC	Seguimiento durante la activación del PAC	Internista Referencia Enfermería de enlace hospitalaria	Consensuado con M.Familia y Enfermería enlace primaria	Hasta salida del proceso	Unidad de Día Centro de Salud
	Interconsultas a Especialidades Técnicas específicas	Internista Referencia Especialidades médicas y quirúrgicas	H. de Consultas Impresos oficiales	Durante su seguimiento	Unidad de Día Salas específicas

2) SUBPROCESO UNIDAD DE DÍA

QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	DONDE
Recepción	Administrativa U.Día filiación) Enfermería U.Día	Triptico informativo U.Día (ANEXO 7)	En Primera visita	Unidad de Día
Identificación	Internista Referencia	Hoja de registro (ANEXO 2) Paciente Pluripatológico	En Primera visita	Unidad de Día
Censado	Internista Referencia Secretaría Técnica UCAMI	Aplicación informática CDCA	Durante seguimiento	Unidad de Día
Activación P.A.C	Internista Referencia	Contacto telefónico y/o macro en informe de consulta (ANEXO 4)	Según criterios predefinidos (ANEXO 4)	Unidad de Día
Interconsultas a Especialidades Técnicas específicas	Internista a cargo Especialidades médicas y quirúrgicas	H. de Consultas Impresos oficiales	Durante seguimiento	Unidad de Día Salas específicas
Adiestramiento y actuaciones con cuidador principal	Internista a cargo Enfermería U.Día	Entrenamiento en aptitudes y actitudes	Durante seguimiento	Aulas habilitadas
Seguimiento durante la activación del PAC	Internista Referencia Enfermería de enlace hospitalaria	Consensuado con M.Familia y Enfermería enlace primaria	Hasta salida del proceso	Unidad de Día Centro de Salud
Encuesta de satisfacción	Internista de referencia Secretaría Técnica UCAMI	Cuestionario estandarizado	Tras salida del proceso	Unidad de Día

3) SUBPROCESO HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	DONDE
Recepción (1)	Coordinador UHD Enfermería UHD	Hoja de Consulta Plan de Acogida (Anexo 8)	Previo al alta de hospital Día cita en consulta	UHD y Planta de hospitalización
Recepción (2)	Coordinador UHD Facultativo UHD Internista Referencia	Hoja de Consulta Plan de Acogida (Anexo 8)	Descompensación y tras valoración por Médico Familia	UHD (Familiar) y Domicilio (paciente)
Censado	Coordinador y Secretaría UHD	Hª Clínica Aplicación informática CDCA	Durante seguimiento	UHD
Valoración inicial enfermería	Enfermería UHD	Hoja valoración inicial	A su ingreso en UHD	Planta hospitalización o Domicilio (1ª visita)
Plan de Cuidados	Enfermería UHD	Según protocolo (Anexo 9)	A su ingreso en UHD	Domicilio
Seguimiento durante activación del PAC	Facultativo y Enfermería UHD Médico Familia	Consensuado con Médico Familia y Enfermería Enlace	Hasta estabilización	Domicilio
Adiestramiento y actuaciones con cuidador principal	Facultativos y Enfermeros UHD	Entrenamiento en aptitudes y actitudes	Durante el seguimiento	Domicilio
Actuaciones terapéuticas concretas	Facultativos y Enfermeros UHD	Previa solicitud y contacto telefónico Médico Familia	Puntualmente o durante el seguimiento	Hospital de Día o Domicilio
Interconsultas a Especialidades Técnicas Específicas	Facultativo UHD Especialidades médicas/quirúrgicas	Hoja de Consulta	Durante el seguimiento	Consultas Específicas
Indicación de ingreso hospitalario	Facultativo UHD Internista Referencia	Gestión de ingreso (programado)	Desestabilización clínica grave o motivos familiares	UCAMI
Alta Médica	Facultativo UHD	Informe de Alta Aplicación informática	El mismo día del alta	UHD Domicilio
Transferencia a Internista Referencia (ANEXO 6)	Facultativo UHD Internista referencia	Consenso previo y paso a Unidad de Día	Al alta	UHD Domicilio
Alta Enfermería	Enfermero UHD	Impreso oficial	El mismo día del alta	UHD Domicilio
Transferencia a Enfermería de Enlace (ANEXO 6)	Enfermero UHD Enfermero de enlace	Impreso oficial	Al alta	UHD Domicilio
Encuesta de satisfacción	Facultativo UHD Secretaría UHD (UCAMI)	Cuestionario estandarizado	Tras el alta	Domicilio

(1) El paciente procede del Hospital

(2) El paciente procede de A.Primaria

4) SUBPROCESO INTERCONSULTORÍA

QUE	QUIEN	COMO	CUANDO	DONDE
Identificación	Internista a cargo Hoja de Consulta	Hoja de registro (ANEXO 2) Paciente Pluripatológico	1ª visita de Internista a cargo	En Servicio Origen de H. de Consulta
Censado	Internista a cargo Secretaría Técnica UCAMI	Aplicación informática CDCA	Durante el ingreso	En Servicio Origen de H. de Consulta
Valoración inicial de Enfermería	Enfermería Planta	Hoja de Valoración inicial (ANEXO 3)	A su ingreso en planta	En Servicio Origen de H. de Consulta
Activación P.A.C	Internista a cargo	Contacto telefónico y macro alta (ANEXO 4)	Según criterios predefinidos (ANEXO 4)	En Servicio Origen de H. de Consulta
Plan de cuidados	Enfermería Planta	Según protocolo (ANEXO 5)	A su ingreso	En Servicio Origen de H. de Consulta
Interconsultas a Especialidades Técnicas específicas	Internista a cargo Especialidades médicas y quirúrgicas	H. de Consultas Impresos oficiales	Durante su ingreso	En Servicio Origen de H. de Consulta Salas específicas
Adiestramiento y actuaciones con cuidador principal	Internista a cargo Enfermería	Entrenamiento en aptitudes y actitudes	Durante el ingreso	Aulas habilitadas Habitación de hospitalización
Alta Médica	Especialista origen de H. de Consulta Internista a cargo	Aplicación informática CDCA	El mismo día del alta	En Servicio Origen de H. de Consulta
Transferencia a Internista Referencia (ANEXO 6)	Internista a cargo Internista Referencia	Consenso previo y cita al alta en Unidad de Día	Al alta	En Servicio Origen de H. de Consulta
Alta Enfermería	Enfermero a cargo	Impreso oficial	El mismo día del alta	En Servicio Origen de H. de Consulta
Transferencia a Enfermería de Enlace (ANEXO 6)	Enfermero a cargo Enfermero de enlace	Impreso oficial	Al alta	En Servicio Origen de H. de Consulta
Encuesta de satisfacción hospitalización	Especialista origen H. de Consulta Secretaría Planta	Cuestionario estandarizado SAS	Al alta	En Servicio Origen de H. de Consulta
Seguimiento durante la activación del PAC	Internista Referencia Enfermería de enlace hospitalaria	Consensado con M.Familia y Enfermería enlace primaria	Hasta salida del proceso	Unidad de Día Centro de Salud
Interconsultas a Especialidades Técnicas específicas	Internista Referencia Especialidades médicas y quirúrgicas	H. de Consultas Impresos oficiales	Durante su seguimiento	Unidad de Día Salas específicas
Encuesta de satisfacción	Internista de referencia Secretaría Técnica UCAMI	Cuestionario estandarizado	Durante su seguimiento	Unidad de Día

5) SUBPROCESO CONEXIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO
Entrada al proceso	Médico de familia/ Internista	Tras la sospecha inicial	CS (Centro de Salud)/ Domicilio /Hospital	Por iniciativa propia o a propuesta de otros profesionales sanitarios.
Valoración inicial	Médico de familia Enfermería/ Trabajador social	A la entrada al proceso	CS/Domicilio	Documento N° 1 del proceso.
Informe de valoración integral	Médico familia/ Enfermería/ Trabajador social.	<ul style="list-style-type: none"> • Tras la Valoración inicial y cada vez que existan cambios en los planes de cuidados y tratamiento • A la activación del PAC. 	CS	Documento N° 2 del proceso.
Informes clínicos de asistencia	Médico familia/ Internista	Al asistir al paciente	CS/Hospital	Informe escrito.
Evaluación de estabilidad	Médico familia	Anualmente.	CS	Actualización de Informe de Valoración Integral (Documento N° 2).
Asistencia domiciliaria	Médico familia/ Enfermería AP Enfermera de enlace	Según el grado de inmovilidad	Domicilio	Planes de asistencia domiciliaria de los CS.
Hospitalización domiciliaria	Internista y enfermería del Hospital. Enfermera de enlace	A instancia del médico de familia o tras alta hospitalaria	Domicilio	Documento de atención domiciliaria
Plan de Asistencia Compartida (PAC)	Médico familia/ Internista/ Enfermería AP/ Enfermería hospital	Según criterios de activación del Documento N° 3	CS/Hospital	Documento N° 3 del proceso.
Atención al cuidador principal	Médico de Familia/ Internista/ Enfermería	A la Entrada al proceso y cuando aparezcan cambios.	CS/Hospital/ Domicilio	Documento N° 4 del proceso.
Promoción de salud	Médico familia/ Internista / Enfermería	A la entrada en el proceso y cuando aparezcan cambios	CS/Domicilio	Documentos informativos y actuaciones. Utilización de recursos ya existentes.

EN PÁGINA SIGUIENTE ANEXO 1: PLAN DE ACOGIDA (EN TRÍPTICO)

Ahora que su estancia ha terminado y usted nos conoce puede ayudarnos a mejorar: Rellene, por favor, la encuesta con sus sugerencias y nosotros las tendremos en cuenta.

Unidad clínica de Atención Médica Integral.

Nuestra dirección es:
C/Manuel Siurot s/n
41013 SEVILLA

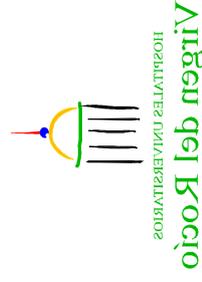
Nuestros teléfonos más importantes:
Serv. atención al usuario: 955012219
2ª Planta ala Norte: 955012280
Secretaría de la unidad: 955012287
Unidad de día: 955012370

Se encuentra usted en la unidad de hospitalización de Medicina Interna (2ªNORTE).

Somos conscientes de que este no es su entorno habitual y con idea de favorecer su adaptación lo antes posible, se ha elaborado esta guía, que esperamos, le sirva de orientación y ayuda permitiéndole conocer un poco mejor el funcionamiento de nuestra Unidad y del Hospital.

Mientras permanezca con nosotros, nos ponemos a su disposición para que su estancia sea lo más agradable posible, bajo un clima de confianza y comunicación.

Le deseamos una pronta recuperación y le rogamos lea estas recomendaciones:



PLAN DE ACOGIDA

- El mobiliario de la habitación consta de: 1 cama, 1 mesilla, 1 armario y 1 butaca por paciente
- A su disposición tiene un timbre de cabecera** para llamarnos en caso de necesidad.
- El funcionamiento de los televisores está a cargo de una empresa privada cuyo teléfono de contacto para llamar en caso de avería es: 955012563
- Las habitaciones disponen de teléfono para recibir llamadas. **El horario es de 9:00 a 22:00h.**
- El personal de enfermería, a su ingreso, le realizará una serie de preguntas sobre su salud y hábitos domiciliarios, con la finalidad de prestarle unos **cuidados personalizados y adaptados a sus necesidades.**
- Así mismo, **a su ingreso**, la primera valoración la realizará el médico de guardia. Su seguimiento posterior lo realizará su internista, que le irá informando de la evolución de su enfermedad.
- Pretendemos que a lo largo de la hospitalización **el paciente y/o cuidador principal adquiera habilidades y conocimientos** que ayuden a satisfacer las necesidades que se vayan planteando orientadas a su seguimiento en domicilio.
- Por favor, si es posible, nombre un portavoz para la comunicación con el equipo de salud, al cual nos dirigiremos como **cuidador de referencia.**
- Recuerde que **la dieta** prescrita por su médico es la más conveniente para usted (elaborada por dietistas). Se sirven dentro del horario establecido. La toma de alimentos fuera de este horario puede interferir en las pruebas diagnósticas. No almacene alimentos en armarios, ventanas ni mesillas.
- Es preferible que le haga entrega de los objetos de valor a sus familiares.
- Un familiar podrá acompañarle de forma permanente**, recomendamos por el bien del enfermo no permanecer más de dos acompañantes en la habitación.
- Las horas de máxima actividad laboral son de 8:00 a 13:00**, les pedimos su colaboración evitando visitas en este horario.
- Su médico le anunciará el **alta con antelación** suficiente para hacer sus preparativos.
- Al alta se entregará **un informe clínico** de su proceso que trasladará a su médico de cabecera. Igualmente si se cree necesario su revisión en la **Unidad de Día** de nuestro servicio, se le entregará cita adjunta.
- Igualmente en el momento del alta **Enfermería le entregará un informe** dirigido a su enfermera del Centro de Salud para garantizar la continuidad de sus cuidados.
- Si precisara atención de nuestro servicio de **Hospitalización Domiciliaria** antes del alta se le proporcionará la información oportuna.
- El hospital dispone de un **Servicio de Atención al Usuario**, situado en la planta baja. Esta Unidad recibe y tramita las sugerencias y reclamaciones que usted desee hacernos.
- Así mismo el Hospital dispone de servicios que pueden ser de su interés (cafetería, servicios religiosos...) situados en la planta baja.

ANEXO 2: HOJA DE REGISTRO DEL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO EN UCAMI

FILIACIÓN

NOMBRE _____ /SEXO: V - M EDAD: _____

ETIQUETA

2. DATOS DEL CUIDADOR PRINCIPAL

NOMBRE: _____ /SEXO: V-M EDAD: _____ TELÉFONO _____ /

RELACIÓN CON EL PACIENTE (esposo-a, hijo-a...) _____ /

3. PROCESOS:

- PALIATIVO
- PLURIPATOLÓGICO
- OTROS

CATEGORÍA A:

- Insuficiencia cardíaca.
Especificar:
- Cardiopatía isquémica.
Especificar:

CATEGORÍA B:

- Enfermedad crónica osteoarticular con limitación funcional¹
Especificar:
- Vasculitis y conectivopatías.
Especificar:
- Insuficiencia renal crónica.
Especificar:

CATEGORÍA C:

- Limitación crónica al flujo aéreo, asma bronquial o hipoventilación alveolar con limitación funcional¹.
Especificar:
- Cor pulmonale crónico
Especificar:

CATEGORÍA D:

- Enfermedad inflamatoria crónica intestinal.
Especificar:
- Hepatopatía crónica sintomática o en actividad.
Especificar:

CATEGORÍA E:

- Enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo que genere discapacidad¹.
Especificar:

CATEGORÍA F:

- Arteriopatía periférica sintomática.
Especificar:
- Diabetes Mellitus con repercusión visceral diferente de la cardiopatía isquémica.:
 - Neuropatía.
 - Nefropatía.
 - Enfermedad vascular peiferica (claudicación, pie, ...).
 - Retinopatía
 - Otra:

CATEGORÍA G:

- Enfermedad hematológica sintomática y no subsidiaria de tratamiento especializado.
Especificar:
- Enfermedad oncológica activa no subsidiaria de tratamiento oncológico activo.
Especificar:

OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS:

- Especificar:
- Especificar:
- Especificar:
- Especificar:
- Especificar:

¹ Se interpreta limitación funcional o discapacidad la presencia de un Barthel < 60.

IDENTIFICACIÓN

CENTRO DE SALUD:

MEDICO DE FAMILIA:

INTERNISTA REFERENCIA:

ENFERMERA DE ENLACE:

PROCEDENCIA

- CENTRO DE SALUD
- UNIDAD DE DIA
- URGENCIAS
- OTRO SERVICIO
- OTRO:

INGRESO:

- INTERNISTA:
- N° DIAS DE INGRESO:

DESTINO

- EXITUS
- TRASLADO OTRO SERVICIO.
- ALTA CON PAC Y CITA UNIDAD DE DIA
- ALTA CON PAC SIN CITA UNIDAD DE DIA.
- ALTA
- OTRO

PUNTUACIÓN BARTHEL: Basal: _____ al ingreso: _____ al alta: _____ al mes: _____

ANEXO 3: HOJA DE VALORACIÓN INICIAL AL INGRESO DEL PACIENTE



ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA

Fecha de ingreso: Edad: Teléfono:

Cuidador principal (nombre y parentesco):

ANTECEDENTES

Alergias conocidas:

Enfermedades crónicas:

Tratamiento habitual:

NECESIDADES BÁSICAS

PATRONES

OBSERVACIONES

1-ESTADO SENTIDOS

- 0-ORIENTADO
1-DES/OBNUBILADO
2-AGRESIVIDAD
3-OTROS(dolor,visión,audición...)

2-OXIGENACIÓN

- 0-BUENA
1-DISNEA
2-CIANOSIS
3- SECRECIONES

3-TERMORREGULACION

- 0-NORMAL
1-HIPERTERMIA
2- HIPOTERMIA

4-ALIMENT/HIDRATACION

- 0-AUTOSUFICIENTE
1-ESTIMULACION
2-CON AYUDA
3-INCAP TOTAL
4- DIETA HABITUAL

5-HIGIENE

- 0-AUTOSUFICIENTE
- 1-NECESITA AYUDA
- 2-ASEO EN CAMA
- 3-ESTADO DE LA PIEL

.....

.....

.....

6-MOVILIDAD

- 0-AUTOSUFICIENTE
- 1-ESTIMULO/VIGILAR
- 2-CON AYUDA
- 3- INCAP. TOTAL

.....

.....

.....

7-ELIMINACION

- 0-NORMAL
- 1-DIARREA
- 2-ESTREÑIDO
- 3-INCONT/TIPO
- 4- OTROS (s.vesical...)

.....

.....

.....

8-REPOSO/SUEÑO

- 0-DUERME BIEN
- 1-NECESITA T.T.O.
- 2-OTROS

.....

.....

9-PSICOSOC/AUTOESTIMA

- 0-DESCONOCIMIENTO
- 1-ANSIEDAD
- 2-DEPRESION
- 3-PERCP /ENFERMEDAD

.....

.....

10- VALORACIÓN DEL RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA : Escala E.M.I.N.A.
 Sin riesgo 0 p- riesgo bajo 1-3 p.-riesgo medio 4-7 p.-riesgo alto 8-15 p.

Estado mental	Movilidad	Humedad R/A Incontinencia	Nutrición	Actividad	
Orientado	Completa	NO	Correcta	Deambula	0
Desorientado Apático ó pasivo	Ligeramente limitada	Urinaria o fecal ocasional	Ocasionalmente incompleta	Deambula con ayuda	1
Letárgico Ó hiperkinético	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre precisa ayuda	2
Comatoso	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula	3

Puntuación-----**Riesgo**-----**Aplicación protocolo de prevención**
SI **NO**

IMPRESIONES DE ENFERMERIA:

.....

.....

.....

.....

Firma de Enfermero/a

ANEXO 4: CRITERIOS DE ACTIVACIÓN DEL PLAN DE ASISTENCIA COMPARTIDA (PAC) Y MACRO AL ALTA DE ACTIVACIÓN EL PAC

El **PAC** se activaría en pacientes pluripatológicos con síntomas continuos que presenten:

- Más de dos ingresos hospitalarios en el último año por descompensación de sus enfermedades crónicas.
- Ingreso hospitalario en el último mes por descompensaciones de sus enfermedades de base.
- Revisiones programadas en más de dos especialidades del área médica.
- Más de dos consultas en Urgencias hospitalarias en los últimos tres meses.
- Necesidad percibida por el Médico de Familia y el Internista de apoyo no programable para el control clínico del paciente.

Características del seguimiento durante la activación del PAC.

- La activación del **PAC** requerirá de la **aprobación** del Internista y del Médico de Familia.
- Tras la activación del **PAC**, se realizará una **nueva valoración integral**.
- Los **ingresos hospitalarios** en el Servicio de Medicina Interna se programarán a través del Médico de Familia quien contactará con el Internista de referencia para concertar la cama.
- Durante cualquier episodio de ingreso, el **Internista será avisado** para valorar al paciente, independientemente del motivo y servicio donde se efectúe. Tras la valoración, se decidirá la oportunidad o no del seguimiento durante el ingreso hospitalario.
- Durante la activación del PAC, el **Internista** de referencia y la Enfermería de enlace se encontrarán **disponibles** para comentar los tratamientos y cambios en los planes de cuidados con el Médico de Familia y con la Enfermera de Atención Primaria.
- En los enfermos con el PAC activado, todas las **consultas** a los diferentes servicios médicos o la activación de los dispositivos de apoyo hospitalarios se realizarán a través del Internista responsable.
- Para **desactivar el PAC**, ya sea por finalización del proceso, estabilidad clínica, éxitus o inclusión en otro programa, será necesario emitir un informe de alta, especificando los motivos de la misma.

Traslación a UCAMI

En nuestra Unidad el PAC se activará siguiendo las recomendaciones generales; de ipso es una acción que ya se viene realizando desde hace tiempo por los Internistas de UCAMI, por lo que a priori no supondrá un sobreesfuerzo.

Siguiendo estas líneas genéricas de actuación proponemos DOS circunstancias inequívocas en las que debe activarse el PAC:

- Hospitalización reciente de un paciente pluripatológico: ya sea el ingreso en que se identifique y registre ú otro ulterior por desestabilización de un paciente ya identificado y en seguimiento.
- Revisión por 3 ó más especialistas del área médica.

Por otro lado insistimos que cuando se active el PAC se tenderá a cumplir los siguientes requisitos:

- Conexión estrecha con M Familia y Enfermera de Enlace para programación de actuaciones diagnósticas y terapéuticas.
- Facilidad para localización MUTUA entre M.Familia-Internista mediante móvil.

Documento (MACRO) para activación del PAC.

Para la activación del PAC proponemos adjuntar un sencillo “macro” al informe de alta hospitalaria (en el caso de iniciarse el PAC tras una hospitalización) ó al informe que se emita desde la Unidad de Día, ó U.H.Domiciliaria. A continuación transcribimos el mismo:

“ Dadas las características clínicas y diagnósticos del paciente podemos considerarlo incluido en el PROCESO *PLURIPATOLÓGICO*. Por ello hemos activado el PLAN DE ASISTENCIA COMPARTIDA. Su internista de referencia (DR _____ ; tfnos _____), lo revisará el _____. Asimismo debe ser revisado estrechamente por su MÉDICO DE FAMILIA (DR _____ ; tfnos _____), y por su ENFERMERO DE ENLACE (Sr _____) para los cuidados prescritos en el informe de Enfermería adjunto.”

“Dadas las características clínicas y diagnósticos del paciente podemos considerarlo incluido en el PROCESO *ATENCIÓN AL PACIENTE PLURIPATOLÓGICO*. Por ello hemos activado el PLAN DE ASISTENCIA COMPARTIDA. Aconsejamos un estrecho seguimiento especialmente durante el primer mes para comprobar la recuperación clínica y funcional. Su médico de familia puede contactar durante la jornada laboral de 8 a 15 horas con su internista de referencia para comentar las incidencias, concertar revisiones o programar ingreso hospitalario. Telefono Unidad de Día de Medicina Interna: 95 501 2370 (H.General) ó 95 501 6346 (H.Duques del Infantado). Internista de referencia Dr: _____ teléfono: “

Documento (MACRO) de atención domiciliaria:

“Dada la necesidad de extremar los cuidados domiciliarios en la fase actual hemos contactado con la enfermería de enlace. Y se adjunta informe de alta de enfermería”

ANEXO 5:

PLAN DE CUIDADOS GUÍA AL PACIENTE PLURIPATOLOGICO HOSPITALIZADO.

INTRODUCCIÓN

Una gran parte de los enfermos que tratamos, sufren más de una enfermedad y, a su vez, cada una afecta, en mayor o menor grado, a más de una de las necesidades básicas de la vida.

Entre el 72 y el 96% de los ancianos, considerados los mayores de 65 años, presentan entre 1.2 y 4.2 patologías crónicas.

En los ancianos, considerados los mayores de 65 años, entre el 72 y el 96% presentan entre 1.2 y 4.2 trastornos crónicos.

Concepto de enfermo pluripatológico:

La idea esencial es la de especial fragilidad clínica por la concurrencia de determinados procesos (anciano frágil, polimedicado, hiperfrecuentadores o reingresadores en los hospitales) que se caracteriza por:

- Enfermedades que el sistema sanitario no cura.
- Enfermedades mantenidas y de progresivo deterioro.
- Disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional.
- Importantes repercusiones profesionales, económicas y sociales.
- Riesgos múltiples secundarios de sufrir patologías interrelacionadas.

Este **Plan de cuidados** nos servirá de guía para, tras valorar al paciente, diseñar un plan de cuidados individualizado que garantice unos cuidados personalizados y empáticos, favoreciendo así la adaptación del paciente y familia a su nueva situación.

PATRONES FUNCIONALES QUE PUEDEN VERSE ALTERADOS

- Patrón de autoimagen –autoconcepto
- Patrón de eliminación
- Patrón nutricional y metabólico
- Patrón reposo-sueño.
- Patrón de actividad-ejercicio.

OBJETIVOS GENERALES

- Detectar respuestas fisiológicas, emocionales y conductuales anormales.
- Detectar y prevenir complicaciones y riesgos.
- Promover actitudes adaptativas ante la hospitalización.
- Proporcionar bienestar y seguridad al paciente.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

00146 - ANSIEDAD r/c falta de información sobre la hospitalización y/o enfermedad y tto. Y experiencia quirúrgica.

DEFINICIÓN:

Sensación vaga de incomodidad cuyo origen con frecuencia es desconocido para la persona.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

Incertidumbre, preocupación, miedo a consecuencias inespecíficas .Nerviosismo, agitación, mal contacto ocular, tensión facial, voz temblorosa, estimulación simpática.

OBJETIVOS

- El paciente y familia expresarán sus sentimientos.
- El paciente y familia manifestarán/demostrarán sentirse mejor.

INTERVENCIONES

5820 – Disminución de la ansiedad.

5610 – Enseñanza prequirúrgica.

5380 – Potenciación de la seguridad.

00002 - RIESGO DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO r/c disminución del apetito por enfermedad, fatiga y cambios de hábitos alimentarios.

DEFINICIÓN

Estado en que una persona presenta un aumento del riesgo de experimentar un aporte de nutrientes insuficiente para cubrir sus necesidades metabólicas.

PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO.

Presencia de factores de riesgo: cambio de hábitos en la alimentación, disminución del apetito por enfermedad, ulceración de la cavidad bucal, expresiones verbales de aversión a comer.

OBJETIVOS

- El paciente ingerirá una cantidad de alimentos de acuerdo a sus necesidades y nivel de actividad durante la hospitalización.

INTERVENCIONES

5246 – Asesoramiento nutricional.

1160 – Monitorización nutricional.

1100 - Manejo de la nutrición.

1020 – Etapas en la dieta

00011 - RIESGO DE ESTREÑIMIENTO r/c cambios en la alimentación, cambio en los hábitos de eliminación, disminución de la actividad física y falta de intimidad.

DEFINICIÓN

Estado en que la persona puede experimentar un cambio de sus hábitos intestinales normales, caracterizado por una disminución en la frecuencia de las deposiciones y/o la eliminación de heces duras y secas.

PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO

Disminución de actividad, cambios de hábitos, cambios en la alimentación, informes verbales de labilidad en el patrón intestinal en cuanto a comodidad e intimidad.

OBJETIVOS

- Mantendrá su patrón de evacuación habitual o realizará una deposición cada dos días.
- Identificará factores para prevenir el estreñimiento.

0440 – Entrenamiento intestinal

0450 - Manejo del estreñimiento/impactación.

00095 - RIESGO DE DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO r/c cambio de hábitos, entorno desconocido y ruidoso, disminución de la actividad física y estrés.

DEFINICION

Estado en que la persona está en riesgo de padecer una alteración de las horas de sueño que causa malestar o interfiere en el estilo de vida deseado.

PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO

Estrés por la hospitalización, enfermedad, cambios ambientales: ruidos ,lucos, cambio de hábitos, disminución de la actividad física. Expresiones verbales de labilidad del patrón del sueño.

OBJETIVOS

- El paciente mantendrá su patrón de sueño habitual o dormirá 5 ó 6 horas ininterrumpidas por la noche ó manifestará sentirse descansado.

INTERVENCIONES

6482 – Manejo ambiental: confort

1850 – Fomentar el sueño.

00102-8-9-10 DEFICIT DE AUTOCUIDADOS: alimentación, baño, higiene, vestido/ acicalamiento, uso del orinal/WC. r/c inmovilidad, problemas sensoriales ó cognitivos, debilidad etc...

DEFINICIÓN

Estado en que la persona experimenta un deterioro de la habilidad para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/higiene ó vestido, uso del orinal ó alimentación.

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

Incapacidad para lavar todo el cuerpo ó parte de este, deterioro de la capacidad para ponerse ó quitarse la ropa, incapacidad para ir al W/C, incapacidad para sentarse o levantarse del W/C, incapacidad total o parcial para alimentarse.

OBJETIVOS

- El paciente en función de su capacidad y con la ayuda que necesite, aumentará progresivamente las actividades de autocuidado.

INTERVENCIONES

1803 – Ayuda con los autocuidados : alimentación.

1801- Ayuda con los autocuidados: baño/higiene.

1610 –Baño

4480- Facilitar la autorresponsabilidad.

00004 - RIESGO DE INFECCIÓN r/c pruebas o tratamientos, traumatismos ó heridas quirúrgicas aumento de microorganismos en el ambiente.

DEFINICION

Estado en que la persona presenta un aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO.

Presencia de factores de riesgo: defensas primarias inadecuadas (solución de continuidad de la piel, traumatismo tisular, estasis de los líquidos corporales) defensas secundarias inadecuadas: desnutrición, conocimientos insuficientes para evitar la exposición a los agentes patógenos.

OBJETIVOS

- El paciente identificará medidas para prevenir la infección.
- El paciente no manifestará infección durante la hospitalización.

INTERVENCIONES

6550- Protección contra infecciones.

3660- Cuidados de las heridas.

4220 – Cuidados del catéter central insertado periféricamente.

1876 – Cuidados del catéter urinario

00046-7 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (DETERIORO) R/C

Inmovilidad, delgadez extrema, incontinencia...(estos factores de riesgo podrán identificarse y medirse con la aplicación de la escala de valoración del riesgo de úlceras por presión (EMINA).

DEFINICIÓN

Nombra una situación en que la persona está en **riesgo** de sufrir una alteración de la piel.

Si el problema es real (**deterioro**) nombra una situación en la que la persona presenta una alteración de la epidermis o dermis.

PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO

Humedad, inmovilización física, fuerzas de cizallamiento, sujeciones, prominencias óseas, alteración nutricional, alteraciones en la elasticidad de la piel.

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (si el dxe es real)

Dstrucción de las capas de la piel (dermis);alteración de la superficie de la piel (epidermis)

OBJETIVOS

- El paciente mantendrá la integridad cutánea.

- Recuperará / Mejorará la integridad de la piel ,no presentará nuevas lesiones.

INTERVENCIONES

3540.- Prevención de las úlceras por presión

3590.- Vigilancia de la piel

3520.- Cuidados de las úlceras por presión

00155 - RIESGO DE CAÍDAS

DEFINICIÓN

Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO

Alteración del estado mental, debilidad, dificultades visuales, Anemia, demencia, dificultad en la marcha...

OBJETIVO

- No presentará caídas durante su hospitalización.

INTERVENCIONES

6490. - Prevención de caídas.

6486. - Manejo ambiental: seguridad.

00061 - CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

Dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia.

OBJETIVOS:

- Demostrará /manifestará no presentar dificultades en el desempeño del rol de cuidador.

INTERVENCIONES

7040 - Apoyo al cuidador principal.

5230 - Aumentar el afrontamiento.

7260 - Cuidados intermitentes.

COMPLICACIONES POTENCIALES:

- **DOLOR PRECORDIAL**

Intervenciones

4044 cuidados cardiacos agudos.

2300 administración de medicación.

5820 disminución de la ansiedad.

- **DISNEA**

Intervenciones

2300 Administración de medicación.

5820 Disminución de la ansiedad.

3320 Oxigenoterapia.

3390 Ayuda a la ventilación.

- **ASCITIS**

Intervenciones

4130 Monitorización de líquidos.

2300 Administración de medicación.

- **ENCEFALOPATIA**

Intervenciones

6680 Vigilancia de signos vitales

2300 Administración de medicación

- **FIEBRE**

Intervenciones

3740 Tratamiento de la fiebre

3900 Regulación de la temperatura

2300 Administración de medicación

- **DOLOR**

Intervenciones

2300 Administración de medicación.

5820 Disminución de la ansiedad.

ANEXO 6: INTERNISTAS DE REFERENCIA DE LOS CENTROS DE SALUD DEL ÁREA DE LOS HOSPITALES VIRGEN DEL ROCÍO, Y LISTADO DE ENFERMERÍA DE ENLACE

INTERNISTAS DE REFERENCIA	Adscripción	ENFERMERAS COMUNITARIAS DE ENLACE	UBICACIÓN	TELÉFONOS CORPORATIVOS
	Centros de Salud Bellavista y Bermejales	ALCÁNTARA GONZÁLEZ, MIGUEL ANGEL	CS BELLAVISTA	677 90 37 34 73 37 34
Dr. García Morillo	Centro de Salud La Plata	ALCÁNTARA GUTIERREZ, INMACULADA	CS TORREBLANCA	670 94 98 00 74 98 00
Dra. García Contreras	Centro de Salud Torreblanca			
Dr. Bernabeu	Centros de Salud Amate	ÁLVAREZ TELLO, MARGARITA	CS AMATE	670 94 98 06 74 98 06
Dra. González	Centros de Salud: Huerta del Rey	GARCÍA FERNÁNDEZ, ENCARNACIÓN	CS FLEMINS Centros de Salud: Fleming, Huerta del Rey, y Juncal	677 90 37 35 73 37 35
Dra. Martín Sanz	Centros de Salud Juncal			
Dr Stiefel	Centros de Salud Virgen de África	BLANCO RODRÍGUEZ, CONCHA	CS EL CACHORRO	670 94 98 12 74 98 12
	Centros de Salud El Cachorro.			
	Centro de Salud La Campana	BREA RUIZ, MAYTE	CS LA CAMPANA	670 94 98 01 74 98 01
	Centro de Salud El Porvenir	CALZADA GÓMEZ, MARILUZ	CS EL PORVENIR	670 94 15 83 74 15 83

INTERNISTAS DE REFERENCIA	Adscripción	ENFERMERAS COMUNITARIAS DE ENLACE	UBICACIÓN	TELÉFONOS CORPORATIVOS
	Centros de Salud Marqués de Paradas y San Jerónimo	HORTELANO RODRÍGUEZ, PASTORA	CS MARQUÉS DE PARADAS	670 94 98 02 74 98 02
Dr Andreu	CS POLÍGONO SUR	JIMÉNEZ LÓPEZ, MANUEL	CS POLÍGONO SUR CS INMACULADA VIEIRA	670 94 98 07 74 98 07
Dr Varela	CS INMACULADA VIEIRA			
Dr Muñiz	CS AMANTE LAFFÓN	MIRA RUBIO, MERCEDES	CS AMANTE LAFFÓN	670 94 98 05 74 98 05
Dr Ollero	CS CANDELARIA	RIVERA DOMÍNGUEZ, MARIA		670 94 98 04 74 98 04
Dr Bernabeu	CS CERRO DEL AGUILA			
	Mallen	RODRÍGUEZ PAVÓN, ASCENSIÓN	CS MALLÉN	677 90 37 33 73 37 33
Dr González de la Puente	P. San Pablo	Begoña López López	P. San Pablo	670949803/ 749803
Dr Calderon	Montequinto			
Dr Ollero	Camas	Mª ANGELES BURGOS GORJON	Camas	670949894 / 749894

EN PÁGINA SIGUIENTE ANEXO 7: TRIPTICO INFORMATIVO PARA PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE DÍA DE UCAMI

ETIQUETA IDENTIFICATIVA

UNIDAD DE DÍA

Unidad Clínica de Atención Médica Integral

Estamos en:

2ª Planta Norte de Hospital General
Avda. Manuel Siurot s/n
41013 SEVILLA

Tfno: 955 01 2370

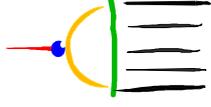
1ª Planta Impar de H. Duques del
Infantado

c/ Sor Gregoria de Sta Teresa s/n
41013 SEVILLA

Tfno: 955 01 6346

Usted va a ser atendido en la Unidad de Día de Medicina Interna.

En esta Unidad atendemos a personas con enfermedades de diferentes órganos y aparatos (corazón, pulmón, digestivo, etc..) y especialmente aquéllos con múltiples problemas o sin diagnóstico claro. Realizamos nuestro trabajo en colaboración con los médicos de familia y con otros especialistas



HOSPITALES UNIVERSITARIOS

Virgen del Rocío

UNIDAD DE DÍA DE MEDICINA INTERNA

UCAMI

(Unidad Clínica de Atención Médica Integral)

PRÓXIMAS CITAS Unidad de Día UCAMI

DÍA	MES	HORA

del hospital. Nuestro objetivo es la atención integral del paciente.

¿Cómo funciona la Unidad de Día?

La Unidad se encuentra en la misma planta de Hospitalización de Medicina Interna y el médico que le atiende generalmente es el mismo en la consulta y durante la hospitalización si necesita ingresar en el Hospital.

Nuestras Administrativas y enfermeras atienden a las llamadas y programan las citas para el seguimiento de su proceso.

¿Seré atendido puntualmente?

En la Unidad no sólo se realiza la consulta sino que se hacen gestión de pruebas, extracciones analíticas, curas, exploraciones diversas y se ponen tratamientos intramusculares e intravenosos, que ayudan a mejorar su enfermedad y acortar mucho los tiempos de espera, aunque puede prolongar su estancia en la Unidad. Por tanto, cuando acuda a la cita tenga prevista la **posibilidad de permanecer toda la mañana en la Unidad** dado que pueden surgir imprevistos como la realización de pruebas y exploraciones no programadas.

Por todo lo comentado los horarios de citas son orientativos pudiendo demorarse en alguna ocasión. Si ocurriera le rogamos comprensión y paciencia pues probablemente

se deba a que se está atendiendo alguna situación no demorable.

¿Cómo puedo contactar con mi internista si surge un problema?

Si surge un empeoramiento o cualquier duda respecto a su proceso **debe acudir a su médico de familia**. El puede contactar inmediatamente con nosotros a través de teléfonos fijos o móviles y si es necesario le atenderemos sin demora

¿Cómo puedo contactar con la Unidad de día?

Cualquier duda referente a citas, exploraciones etcétera puede ser resuelta llamando por teléfono a la Unidad. Los **teléfonos de contacto** a los que nos puede llamar son:

Unidad Día H. General 955 012370

Unidad Día H. Duques Infantado 955 016346

¿Cuál es el horario de la Unidad?

El horario de nuestra Unidad es:
Días laborables de **8 a 15 horas**.

¿Qué hacer si presento algún problema urgente?

No disponemos de servicio de urgencias, por lo que, en caso de surgir una

situación no demorable debe acudir a los dispositivos de Urgencias habituales.

¿Puede mi familia llamar a la Unidad de día?

Es muy importante que contemos con la colaboración de una persona fija a la que llamamos **cuidador principal** que participe estrechamente en el proceso de su asistencia médica, y al que ofreceremos todo el apoyo necesario ya sea emocional o de conocimientos y habilidades encaminadas a satisfacer sus necesidades asistenciales. Es preferible que cualquier consulta se canalice a través de esta persona.

¿Es posible una nueva revisión después del alta de la Unidad?

Cuando el proceso de su asistencia haya finalizado se le entregará un informe de alta médica dirigido a su médico y enfermera de familia que mantendrán su continuidad asistencial.

No obstante estamos abiertos a ulteriores contactos si usted precisara nuevamente asistencia. Estos contactos **los canalizará usted a través de su Médico de Familia** que puede localizarnos en los teléfonos que él dispone o llamando a:

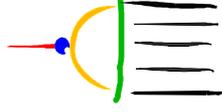
Unidad Día H. General 955 012370

Unidad Día H. Duques Infantado 955 016346

**EN PÁGINA SIGUIENTE ANEXO 8: PLAN DE ACOGIDA A LOS PACIENTES
PLURIPATOLÓGICOS DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA**

HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

Unidad Clínica de Atención
Médica
Integral



HOSPITALES UNIVERSITARIOS

Virgen del Rocío

Nuestra dirección es:

Avda. Manuel Siurot s/n
41013 SEVILLA

Temporalmente usted va a ser atendido por
la Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

Nuestra asistencia pretende, de forma coordinada con su médico y enfermera de familia, garantizarle la continuidad de cuidados y tratamiento necesarios **en su propio domicilio**, mejorar su confort y evitarle algunos riesgos hospitalarios.

PLAN DE ACOGIDA

A través de visitas médicas y de enfermería programadas y de las consultas telefónicas que estime necesarias, trataremos de prestarle una asistencia integral, resolver las dudas que le puedan surgir y atender aquellas sugerencias que crea oportuno hacernos con el fin de mejorar nuestro servicio.

Nuestro objetivo básico es garantizar su **continuidad asistencial**, por ello es muy importante que contemos con la colaboración de una persona (**cuidador principal**) que participe estrechamente en los cuidados que el paciente requiera y al que ofreceremos todo el apoyo necesario ya sea emocional, de conocimientos y habilidades encaminadas a satisfacer las necesidades del paciente.

El **horario de nuestra Unidad** es:

- Dias laborables de **8 a 21 horas.**
- Sábados de **8 a 15 horas.**

Los **teléfonos de contacto** a los que nos puede llamar son:

- **955012133**
- **670946875**

Este último móvil, le rogamos que lo utilice en horario de 15 a 21 horas, los sábados y siempre que no pueda contactar con nosotros en el teléfono fijo previamente indicado.

Si precisa **asistencia URGENTE o fuera de este horario** deberá llamar al Servicio de Urgencias:

- **902505061**

Cuando por mejoría o estabilización de su proceso, no sean necesarios nuestros servicios, se le entregará un informe de alta médica y otro de alta de enfermería dirigidos a su médico y enfermera de familia que mantendrán su continuidad asistencial.

ANEXO 9: PLAN DE CUIDADOS PARA PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

INTRODUCCIÓN

Las actuaciones de los profesionales de enfermería en Hospitalización Domiciliaria tienen unas características especiales, además de la atención integral al propio paciente, debe estar encaminada a fomentar los autocuidados y apoyar al cuidador principal desde el punto de vista técnico, formativo y emocional. Así los planes de cuidados irán dirigidos al paciente/familia y al cuidador principal.

PATRONES FUNCIONALES QUE PUEDEN VERSE ALTERADOS

- Patrón de autoimagen- autoconcepto.
- Patrón de percepción-manejo de la salud.
- Patrón nutricional y metabólico.
- Patrón de actividad-ejercicio.
- Patrón cognitivo-perceptual.
- Patrón de rol y relaciones.

OBJETIVOS GENERALES

- Detectar respuestas fisiológicas, emocionales y conductuales anormales.
- Detectar y prevenir complicaciones y riesgos.
- Proporcionar educación para la salud al paciente/cuidador.
- Favorecer la adaptación del paciente /cuidador al entorno domiciliario y cuidados requeridos.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

00146 - ANSIEDAD

DEFINICIÓN

Sensación vaga de incomodidad cuyo origen con frecuencia es desconocido para la persona.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

Incertidumbre, preocupación, miedo a consecuencias inespecíficas. Nerviosismo, agitación, mal contacto ocular, tensión facial, voz temblorosa, estimulación simpática.

OBJETIVOS

- El paciente y la familia expresarán sus sentimientos.
- Expresarán sentirse mejor.

INTERVENCIONES

5820 Disminución de la ansiedad.

5230 Aumentar el afrontamiento.

00085 - DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

DEFINICIÓN

Situación en que la persona tiene una limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades.

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

Inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades habituales de la vida diaria; movimientos descoordinados ó espasmódicos; limitación de la amplitud de movimientos: dificultad para cambiar de posición en la cama....

OBJETIVOS

- Demostrará un aumento progresivo de su nivel de actividad.

INTERVENCIONES

0221 Terapia de ejercicios: deambulacion.

0222 Terapia de ejercicios: equilibrio.

0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular.

6654 Vigilancia: seguridad.

00046-7 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA(DETERIORO)

DEFINICIÓN

Nombra una situación en que la persona está en **riesgo** de sufrir una alteración de la piel.

Si el problema es real (**deterioro**) nombra una situación en que la persona presenta una alteración de la epidermis ó dermis.

PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO

Humedad, inmovilización física, fuerzas de cizallamiento, sujeciones, prominencias óseas, alteración nutricional, alteraciones en la elasticidad de la piel.

OBJETIVOS

- Mantendrá/recuperará la integridad de la piel.
- No presentará nuevas lesiones.

INTERVENCIONES

0840 Cambio de posición.

3540 Prevención de las UPP.

3520 Cuidados UPP.

3660 Cuidados de la herida.

3584 Cuidados de la piel.

00080 - MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPEUTICO FAMILIAR

DEFINICIÓN

Nombra situaciones en que el patrón de regulación e integración en los procesos familiares de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

Actividades familiares inapropiadas para alcanzar los objetivos de un programa de prevención o tratamiento; falta de atención a la enfermedad de un miembro de la familia; aceleración (esperada ó inesperada) de los síntomas de enfermedad de un miembro de la familia...

OBJETIVOS

- Mostrará/n integración del programa de tratamiento requerido, de forma efectiva.

INTERVENCIONES

7040 Apoyo al cuidador principal.

7770 Fomento de la implicación familiar.

6610 Identificación de riesgos.

00126 - CONOCIMIENTOS DEFICIENTES(del paciente / cuidador principal) ESPECIFICAR:

DEFINICIÓN

Situación en que la persona carece de información cognitiva relacionada con un tema específico o la que tiene es deficiente.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

Verbalización del problema; seguimiento inexacto de las instrucciones; realización inadecuada de las pruebas; comportamientos inapropiados o exagerados....

OBJETIVOS

- Demostrará/n la adquisición de conocimientos necesarios para llevar a cabo los cuidados requeridos.

INTERVENCIONES

5520 Facilitar el aprendizaje.

ESPECÍFICAS

1874 Cuidados de la sonda gastrointestinal.

1876 Cuidados del catéter urinario.

0480 Cuidados de la ostomía.

00061-2 - RIESGO/CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR

DEFINICIÓN

Nombra una situación en que la persona percibe/demuestra dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia.

PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO

Adicción o codependencia; el receptor de los cuidados muestra un comportamiento desviado, aberrante; aislamiento de la familia o del cuidador; falta de descanso y distracción del cuidador; falta de experiencia en brindar cuidados...

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (REAL)

Aprensión sobre la posible institucionalización del receptor de los cuidados; aprensión sobre la futura salud del receptor de los cuidados y la capacidad del cuidador para proporcionarlos; dificultad para realizar las actividades requeridas; incapacidad para completar las tareas de los cuidados; cambio en el estado de salud del cuidador....

OBJETIVOS

- Demostrará/manifestará no presentar dificultades en la ejecución del rol de cuidador.

INTERVENCIONES

5240 Asesoramiento.

7140 Apoyo a la familia.

7040 Apoyo al cuidador principal