

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DEL PACIENTE GERIÁTRICO

INSTITUTO PROVINCIAL DE REHABILITACIÓN
DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO
GREGORIO MARAÑÓN

Arias Baelo Cristina; Espinosa Morales Pilar; De la Iglesia Pérez Carmen; Perero González Silvia; García Ortega Ana; Prieto Manga, Alicia.



INTRODUCCIÓN:

- Según Mayers (1983), un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.
- Dentro del Instituto Provincial de Rehabilitación (IPR), perteneciente al Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Comunidad de Madrid), se encuentra la Unidad de Convalecencia de Geriatría.



INTRODUCCIÓN:

- Dada la variabilidad de patologías del paciente geriátrico, es muy importante conocer su perfil, para así poder aplicar unos cuidados con criterios uniformes de calidad y seguridad.
- Determinar las características comunes de estos pacientes en el momento del ingreso nos posibilita la realización de un plan de cuidados estandarizado, para su posterior puesta en práctica durante su estancia hospitalaria.



OBJETIVOS:

Objetivos operativos:

- Conocer el perfil de los pacientes geriátricos, a través de la valoración de enfermería al ingreso en nuestra unidad.
- Definir los diagnósticos de enfermería, resultados (NOC), intervenciones (NIC), así como las actividades de enfermería.

Objetivo final:

- Establecer un plan de cuidados estandarizado al ingreso para pacientes geriátricos en una unidad de convalecencia.



MATERIAL Y MÉTODOS:

- Se ha realizado un estudio descriptivo transversal de los pacientes que ingresan en nuestra unidad.
- Las variables analizadas en este estudio, son las que aparecen en la Escala de Barthel y en la hoja de valoración de enfermería, en el momento del ingreso.
- De esta forma se ha obtenido la situación clínica al ingreso, punto de partida para la elaboración de un plan de cuidados estandarizado siguiendo metodología enfermera.



POBLACIÓN DE ESTUDIO:

■ Pacientes geriátricos que ingresan en la unidad de convalecencia del citado Hospital.

Criterios de inclusión:

■ Pacientes geriátricos mayores de 70 años, ambos sexos.

■ Pacientes que ingresan en la Unidad durante el periodo de estudio.

Criterios de exclusión:

■ Reingreso durante el periodo de estudio.

■ Estancia menor de 48 horas.



TIPO DE MUESTREO:

- Se ha realizado un muestreo de oportunidad en las fechas 2 de enero de 2009 / 10 marzo de 2009.
- Durante el periodo de estudio han ingresado 60 pacientes cumpliendo los criterios de inclusión, que no han tenido que ser excluidos.
- No se predetermina tamaño muestral.



RECOGIDA DE DATOS:

 Las variables se han recogido mediante la revisión de la hoja de valoración de enfermería al ingreso, y la realización de la escala de Barthel, todo en el momento de la acogida de cada paciente en nuestra unidad.



Comunidad de Madrid

Unidad _____ N.º cama _____ Fecha de ingreso _____ Hora _____ Procedencia: ☐ Consulta ☐ Urgencia ☐ Otros _____

Edad _____ En caso de necesidad avisar a _____ Teléfono/s _____ / _____

Motivo del ingreso _____ Diagnóstico médico _____ Enfermedades asociadas _____

Medicación previa al ingreso _____

ALERGIAS _____ PRECAUCIONES _____ RIESGO DE PROBLEMA SOCIAL: ☐ Sí ☐ NO

- Respiración
- Alimentación
- Eliminación
- Movilización
- Reposo/Sueño
- Higiene/Est. piel
- Vestido
- Temperatura
- Seguridad
- Comunicac/Relac.
- Creencias/Religión
- Aprendizaje
- Autorrealización
- Ocio

Fecha / /

NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA:

Estado físico	Estado mental	Movilidad	Actividad	Incontinencia	TOTAL	RIESGO
4. Bueno	4. Alerta	4. Total	4. Ambulante	4. Ninguna		
3. Mediano	3. Apático	3. Disminuida	3. Camina con ayuda	3. Incont. ocasional		
2. Regular	2. Confuso	2. Muy limitada	2. Sentado	2. Incont. urinaria o fecal		
1. Muy malo	1. Estuporoso/Comatoso	1. Inmóvil	1. Encamado	1. Incont. urinaria y fecal		

Riesgo: > 14 puntos = Riesgo mínimo / No riesgo / 12-14 puntos = Riesgo evidente / 5-11 puntos = Muy alto riesgo

PLAN DE ANÁLISIS:

- El análisis de los datos se ha realizado mediante programa estadístico SPSS versión 16.0, obteniéndose de las variables cuantitativas media y desviación estándar y de las variables cualitativas frecuencias y porcentajes.
- Tras el estudio de las variables se ha obtenido la **situación clínica al ingreso** de los pacientes geriátricos en una unidad de convalecencia. La situación clínica es el punto de partida para la elaboración de un plan de cuidados estandarizado; tras una valoración enfermera se han seleccionado los Diagnósticos de Enfermería (NANDA), los Criterios de Resultados (NOC), las Intervenciones de Enfermería (NIC), así como las Actividades de Enfermería.



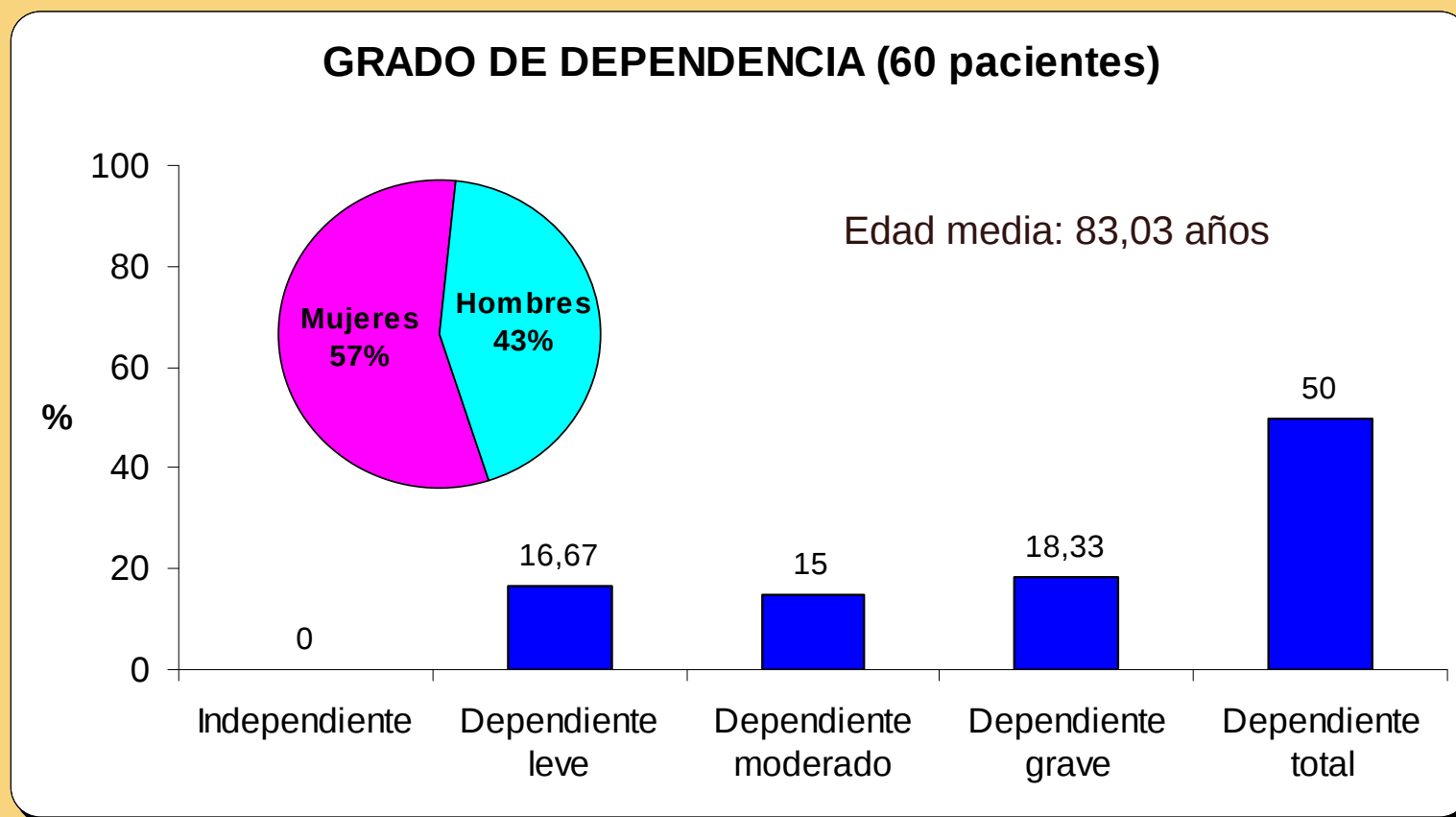
DIFICULTADES Y LIMITACIONES:

 No se han podido valorar las necesidades de valores / creencias, así como la necesidad de aprendizaje, autorrealización y ocio, por no disponer de datos suficientes en la hoja de valoración de enfermería.



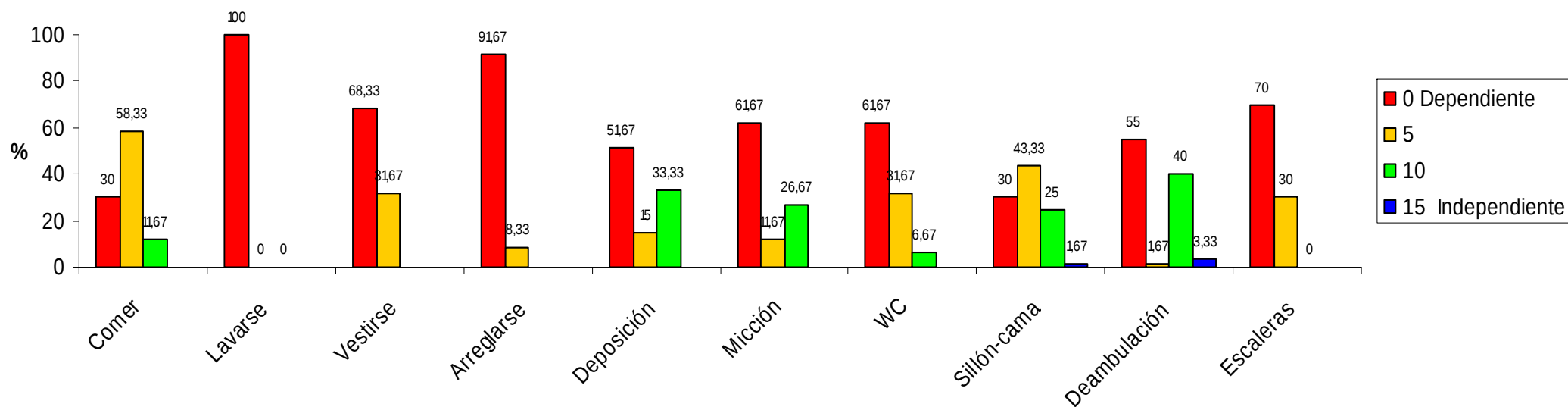
RESULTADOS:

Tras el análisis, los resultados son:



RESULTADOS:

DEPENDENCIA SEGÚN ACTIVIDADES SIGUIENDO LA ESCALA DE BARTHEL



PLAN DE CUIDADOS:

 El plan de cuidados estándar para pacientes geriátricos al ingreso en nuestra unidad de Convalecencia lo dividimos por las necesidades básicas de Virginia Herdenson, a continuación enunciamos los diagnósticos por necesidades:



DIAGNÓSTICOS POR NECESIDADES:



RESPIRACIÓN:

(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

(00039) Riesgo de aspiración.



ALIMENTACIÓN:

(00048) Deterioro de la dentición.

(00103) Deterioro de la deglución.

(00102) Déficit de autocuidado: alimentación.



ELIMINACIÓN:

(00110) Déficit de autocuidado: uso del wc.

(00011) Estreñimiento.

(00021) Incontinencia urinaria total.

(00014) Incontinencia fecal.



MOVILIZACIÓN:

(00088) Deterioro de la deambulaci3n.

(00085) Deterioro de la movilidad física.



DIAGNÓSTICOS POR NECESIDADES:

- **REPOSO/SUEÑO:**
(00095) Insomnio.
- **VESTIRSE/DESVESTIRSE:**
(00109) Déficit de autocuidado: vestido y acicalamiento.
- **TEMPERATURA:**
(00005) Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.
- **HIGIENE/ESTADO DE LA PIEL:**
(00108) Déficit de autocuidado: baño/higiene.
(00046) Deterioro de la integridad cutánea.
- **SEGURIDAD:**
(00155) Riesgo de caídas.
(00004) Riesgo de infección.
- **COMUNICACIÓN/RELACIÓN:**
(00122) Trastorno de la percepción sensorial: auditiva.
(00061) Cansancio del rol de cuidador.
(00054) Riesgo de soledad.



RESPIRACIÓN:

Diagnóstico de Enfermería NANDA (Real)	R/C	M/P
(00031): LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS. Definición: Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.	-Disfunción neuromuscular. -Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. -Mucosidad excesiva.	Sonidos respiratorios adventicios (sibilancias, estertores, crepitantes). Cianosis. Ausencia de la tos. Disnea.



RESPIRACIÓN:

NOC (Resultados): Indicadores	ESCALA	NIC (Intervenciones): Actividades
(0410) ESTADO RESPIRATORIO: PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS. Definición del NOC: Vías traqueobronquiales abiertas, despejadas y limpias para intercambio de aire. Indicadores: -(041004) Frecuencia respiratoria. - (041012) Capacidad de eliminar secreciones. - (041020) Acumulación de esputos.	(b) (n)	(3140) MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS. Definición del NIC: Asegurar la permeabilidad de la vía aérea. Actividades: -Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.-Realizar fisioterapia respiratoria si está indicado.- Enseñar a toser de manera efectiva.-Enseñar al paciente a utilizar los inhaladores prescritos, si es el caso.-Administrar tratamientos con aerosol, si está indicado.-Administrar oxígeno humidificado si procede.-Colocar al paciente en una posición que alivie la disnea.



RESPIRACIÓN:

Diagnóstico de Enfermería NANDA (Riesgo)	R / C
(00039) RIESGO DE ASPIRACIÓN. Definición: Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidos o líquidos.	•Alteración de la deglución. •Reducción del nivel de conciencia.



RESPIRACIÓN:

NOC (Resultados): Indicadores	ESCALA	NIC (Intervenciones): Actividades
(1010) ESTADO DE DEGLUCIÓN. Definición del NOC: Tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hasta el estómago. Indicadores: (101003) Producción de saliva.(101004) Capacidad de masticación. (101016) Acepta la comida.(101012) Atragantamiento, tos o náuseas. (0403) ESTADO RESPIRATORIO: VENTILACIÓN. Definición del NOC: Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones. Indicadores: (040309) Utilización de los músculos accesorios. (040313) Disnea de reposo.	(a) (n)	(3200) PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN. Definición del NIC: Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración. Actividades: Vigilar el nivel de consciencia, reflejo de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva. Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica o de gastrostomía antes de la alimentación. Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes. Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible.

CONCLUSIONES:

- Los datos recogidos en la Historia de Enfermería permiten evaluar la situación clínica al ingreso, para elaborar un plan de cuidados estandarizado del paciente geriátrico en una Unidad de Convalecencia.
- Después de realizar el plan de cuidados, esperamos, tras su implantación en la unidad, cumplir los objetivos planteados y así dar unos cuidados unificados y de mayor calidad a nuestros pacientes.
- Una vez puesto en marcha, y a través de una hoja de registro, se podrán evaluar los resultados obtenidos.



*“A veces sentimos que lo que hacemos
es tan solo una gota en el mar,
pero el mar sería menos si le faltara
una gota”.*

Beata M. Teresa de Calcuta





Hospital General Universitario
Gregorio Marañón



MUCHAS GRACIAS

