

CATARATA

El siguiente Plan de Cuidados de Enfermería ha sido elaborado pensando en los problemas que con más frecuencia presentan los pacientes incluidos en el proceso Catarata y va dirigido tanto a los pacientes como a sus cuidadores, tanto en las etapas pre como pos-quirúrgica, siguiendo a Virginia Henderson según la cual "la enfermera debe meterse en la piel de cada uno de sus pacientes para saber lo que necesita" (1964).

Se ha desarrollado al completo, hemos seleccionado los ítems mínimos para la valoración, los diagnósticos enfermeros, los criterios de resultado, los indicadores para estos criterios, las intervenciones y actividades.

Este plan debe entenderse como una propuesta de trabajo de la que partir, cada enfermera deberá adaptarlo a cada caso utilizando todo o parte del plan sugerido y completarlo con sus propias aportaciones.

Está orientado principalmente a la atención prequirúrgica para facilitar la colaboración del paciente y familia y a la convalecencia tras la intervención quirúrgica.

Comienza con una valoración integral dirigida a obtener la información mínima relevante de estos pacientes. Hemos seleccionado aquellos ítems imprescindibles (TABLA 1), sin olvidar que se trata de una propuesta que en todo caso deberá ser ampliada por cada enfermera según su criterio.

En la TABLA 2 se exponen los diagnósticos esperables, los resultados a conseguir y las intervenciones enfermeras necesarias.

La TABLA 3 desarrolla los resultados, intervenciones y actividades para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados. Hemos incluido actividades orientadas a los cuidadores puesto que asumimos los cuidados domiciliarios cuando el estado del paciente lo permite ya que consideramos que "se gana más ayudando a que cada hombre aprenda a estar sano que preparando a los terapeutas más diestros para servir a los que están en crisis" (Virginia Enderson 1971).

En la elaboración hemos participado enfermeras de distintos niveles asistenciales: consultas externas, hospital de día quirúrgico, planta de hospital, quirófano y de enlace comunitaria, esto nos ha permitido avanzar en la comprensión de las necesidades del paciente con catarata. Con este consenso pretendemos garantizar la continuidad asistencial y la coordinación interniveles.

EQUIPO DE TRABAJO

Maria Luz Flores Antigüedad
Paula Herrera Jiménez
Guillermina Moles Martín
Carmen Pastor Corral
M^a de los Ángeles Béjar Castro

CATARATA

Tabla 1: Valoración mínima específica de enfermería en el Proceso Asistencial Integrado Catarata.

NIVEL ASISTENCIAL	ITEMS	CUESTIONARIOS
Atención Extrahospitalaria y Hospitalaria	1 Dificultad para respirar	Detección consumo de alcohol -Cuestionario Cage Camuflado -
	3 Fumador	
	11 Frecuencia cardíaca	
	12 Tensión arterial	Índice de Barthel
	16 Problemas de dentición	
	18 Sigue algún tipo de dieta	Escala de Lawton y Brody
	22 Náuseas	
	23 Vómitos	Test de Pfeiffer
	25 Incapacidad de realizar por sí mismo actividades de uso del WC	
	35 Síntomas urinarios	Test de Isaacs
	39,3 Encamado	
	40 Nivel funcional para la actividad/ movilidad	Escala de Goldberg
	43 Inestabilidad en la marcha	
	47 Ayuda para dormir...	Test de Yesavage
	52 Temperatura	
	56 Estado de piel y mucosas	Cuestionario de Zarit
	150 Higiene general	
	58 Presencia de alergias...	
	59 Vacunado incorrectamente ...	
	60 Nivel de conciencia...	
	61 Nivel de orientación...	
	62 Dolor...	
	65 Alcohol	
	68 No sigue el plan terapéutico	
	68,3 Se automedica	
	74 Alteraciones sensorperceptivas...	
	75 Dificultad en la comunicación	
	77 Su cuidador principal es...	
	78 Su cuidador no proporciona apoyo, consuelo, ayuda y estímulo suficiente y efectivo	
	81 Describa con quien comparte el hogar	
	95 Ha tenido en los dos últimos años cambios vitales	
	96 Su situación actual ha alterado sus ...	
	97 No se adapta usted a esos cambios	
98 Describa su estado de salud ...		
101 No participa en aspectos relacionados con su enfermedad		
105 Temor expreso		
116 Presenta dificultad para el aprendizaje		
117 Pérdidas de memoria		
119 Desea más información sobre...		

TABLA 2. Resumen del plan de cuidados enfermeros en el Proceso Asistencial Integrado Catarata.

DIAGNÓSTICOS

- 00148 Temor
- 00078 Manejo infectivo del régimen terapéutico
- 00035 Riesgo de caídas
- 00132 Dolor agudo
- 00004 Riesgo de infección
- 00062 Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador

RESULTADOS

- 1402 Control de la ansiedad
- 1813 Conocimiento: régimen terapéutico
- 1909 Conducta de seguridad: prevención de caídas
- 1916 Control del riesgo: deterioro visual
- 1605 Control del dolor
- 2102 Nivel del dolor
- 1608 Control del síntoma
- 1902 Control del riesgo
- 1803 Conocimiento: conductas sanitarias
- 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario

INTERVENCIONES

- 5240 Asesoramiento
- 5820 Disminución de la ansiedad
- 5618 Enseñanza: procedimiento/ tratamiento
- 5340 Presencia
- 7310 Cuidados de enfermería al ingreso
- 4920 Escucha activa
- 4260 Modificación de la conducta
- 6490 Prevención de caídas
- 2210 Administración de analgésicos
- 2870 Cuidados post-anestesia
- 6482 Manejo ambiental: confort
- 1400 Manejo del dolor
- 6550 Protección contra las infecciones
- 7040 Apoyo al cuidador principal
- 8100 Derivación

CATARATA

TABLA 3. Desarrollo de los objetivos e intervenciones enfermeras para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados.

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS E INDICADORES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES (CUIDADOS ENFERMERÍA)
00148.- Temor	1402.- Control de la ansiedad	5240.- Asesoramiento	Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto
R/C separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (hospitalización, procedimientos hospitalarios), falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales (respuesta aprendida)	04. Busca información para reducir la ansiedad 12. Mantiene la concentración 17. Controla la respuesta de ansiedad	5820.- Disminución de la ansiedad 5618.- Enseñanza: procedimiento/ tratamiento 5340.- Presencia	Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades, si procede Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el tratamiento
M/P sentimientos de inseguridad, miedo e inquietud (aumento de la tensión, excitación, aumento de pulso, náuseas, vómitos)		7310.- Cuidados de enfermería al ingreso	Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante Escuchar con atención Crear un ambiente que facilite la confianza Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos Informar al paciente/ cuidador acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/ tratamiento, si procede Informar al paciente/ cuidador acerca de la duración esperada del procedimiento/ tratamiento Informar al paciente/ cuidador sobre la persona que realizará el procedimiento/ tratamiento Explicar el procedimiento/ tratamiento y su propósito Obtener/ ser testigo del consentimiento informado, si procede Enseñar al paciente/ cuidador cómo participar durante todo el procedimiento/ tratamiento y su recuperación Presentar al personal implicado en el procedimiento/ tratamiento, si procede Explicar la necesidad de ciertos equipos (dispositivos de monitorización) y sus funciones Determinar las expectativas del paciente en el procedimiento/ tratamiento Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes Mostrar una actitud de aceptación Comunicar oralmente Establecer una consideración de confianza y positiva Estar físicamente disponible como elemento de ayuda Presentarse a sí misma Orientar al paciente/ cuidador en las instalaciones del centro Realizar la valoración física al ingreso, si procede Facilitar la información pertinente por escrito Mantener la confidencialidad de los datos del paciente Iniciar plan de cuidados de enfermería Comenzar la planificación del alta Poner en práctica precauciones de seguridad



TABLA 3. Desarrollo de los objetivos e intervenciones enfermeras para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados.

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS E INDICADORES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES (CUIDADOS ENFERMERÍA)
00078.- Manejo infectivo del régimen terapéutico	1813.- Conocimiento: régimen terapéutico	4920.- Escucha activa	Mostrar interés con el paciente
R/C complejidad del régimen terapéutico; déficit de conocimientos	01. Descripción de la justificación del régimen terapéutico 04. Descripción de los efectos esperados del tratamiento	4360.- Modificación de la conducta	Estar atento a la propia actitud física en la comunicación de mensajes no verbales Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación
M/P verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas y verbalización del problema: seguimiento inexacto de las instrucciones			Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables Comunicar el plan de intervención y las modificaciones al equipo de tratamiento regularmente
00155.- Riesgo de caídas	1909.- Conducta de seguridad: prevención de caídas	6490.- Prevención de caídas	Identificar déficit cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado
R/C factores físicos	01. Uso correcto de dispositivos de ayuda 03. Colocación de barreras para prevenir caídas 20. Compensación de las limitaciones físicas		Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas)
	1916.- Control del riesgo: deterioro visual		Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable
	02. Supervisa los peligros oculares del medio ambiente 04. Utiliza la iluminación adecuada para la actividad que realiza		Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad Ayudar a la familia a identificar los peligros del hogar y a modificarlos
00132.- Dolor agudo	1605.- Control del dolor	2870.- Cuidados post-anestesia	Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo
R/C agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos)	01. Reconoce factores causales 02. Reconoce el comienzo del dolor 05. Utiliza los analgésicos de forma apropiada	1400.- Manejo del dolor	Obtener un informe de la enfermera del quirófano y del anestesista
M/P comunicación verbal o codificada del dolor	07. Refiere síntomas 08. Utiliza los recursos disponibles	6482.- Manejo ambiental: confort	Comprobar la zona de intervención, si procede
	2102.- Nivel del dolor	2210.- Administración de analgésicos	Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/ duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes
	05. Expresiones orales de dolor		Colocación del paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas)
			Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no puedan comunicarse eficazmente
			Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia
			Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes
			Proporcionar información acerca de dolor: causas del dolor, el tiempo que durará y las posibles incomodidades debidas a los procedimientos
			Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos)
			Ayudar al paciente y cuidador a obtener y proporcionar apoyo
			Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia



TABLA 3. Desarrollo de los objetivos e intervenciones enfermeras para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados.

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS E INDICADORES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES (CUIDADOS ENFERMERÍA)
			Proporcionar alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos Comprobar los órdenes médicos en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito Comprobar el historial de alergias medicamentos Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno Determinar el analgésico preferido, vía de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico óptimo Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de la administración, especialmente después de las dosis iniciales y observar señales y síntomas de efectos adversos Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso
00004.- Riesgo de infección	1902.- Control del riesgo	6550.- Protección contra las infecciones	Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada Mantener las normas de asepsia Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos Enseñar al paciente y familia a evitar infecciones
R/C procedimientos invasivos, destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental	01. Reconoce el riesgo 05. Adapta las estrategias de control del riesgo según es necesario		
00062.- Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador	1805.- Conocimiento: conductas sanitarias	7040.- Apoyo al cuidador principal	Determinar el nivel de conocimientos del cuidador Determinar la aceptación del cuidador de su papel
R/C falta de experiencia en brindar cuidados; deterioro de la salud del cuidador; duración de la necesidad de cuidados	02. Descripción de los beneficios de la actividad y el ejercicio 09. Descripción de los efectos de los fármacos prescritos 12. Descripción de las medidas para reducir el riesgo de lesiones accidentales 14. Explicación de las medidas para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas	8100.- Derivación	Enseñar al cuidador la terapia de acuerdo con las preferencias del paciente Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo Informar al personal/ centro de los servicios de emergencias sobre la estancia del paciente en casa, estado de salud y tecnologías utilizadas con el consentimiento del paciente/familia
	2202.- Preparación del cuidador domiciliario		Realizar evaluación continuada para determinar la necesidad de remisión Establecer los cuidados necesarios Ponerse en contacto con el centro/ cuidador correspondiente Cumplimentar el informe de derivación Disponer el modo de transporte Comentar el plan de cuidados del paciente con el siguiente proveedor de cuidados
	01. Voluntad de asumir el papel de cuidador 06. Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado 08. Conocimiento de la actividad prescrita		

