



ic 

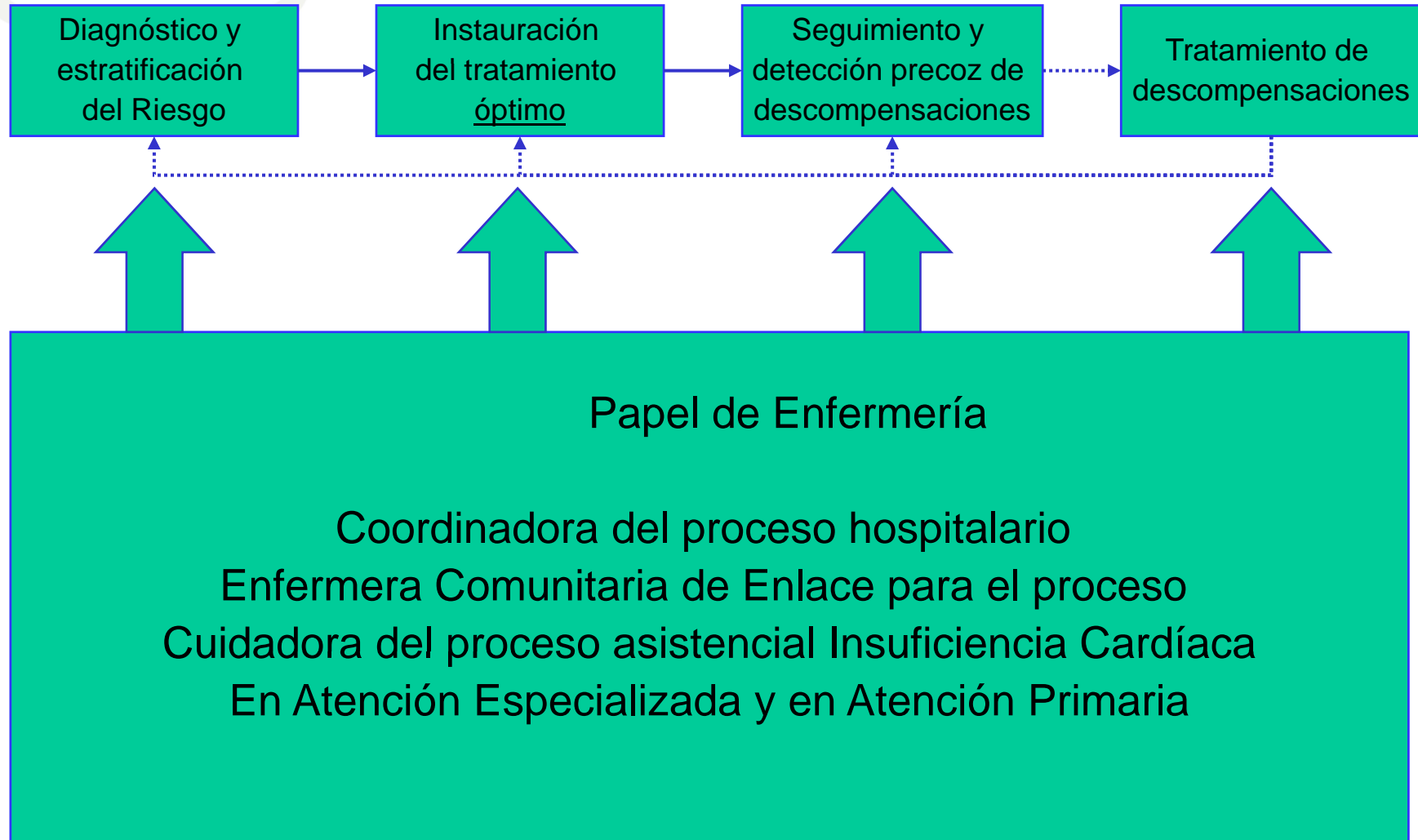
OPTIC “Optimización de procesos en Insuficiencia Cardíaca”,

Papel de la Enfermería

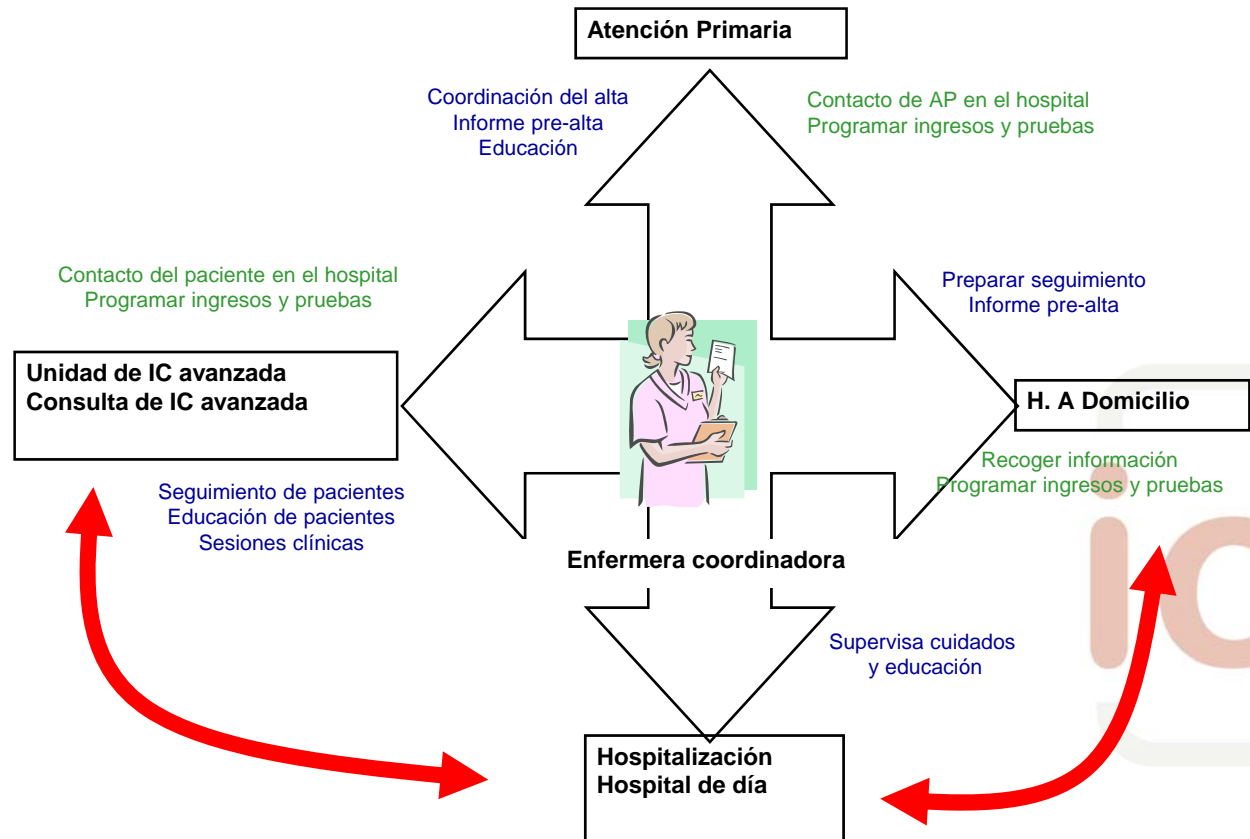
Con la colaboración de  **Almirall**
Soluciones pensando en ti

Programa de Insuficiencia cardiaca

Plan consensuado de protocolos, vías y planes de cuidados



Enfermera Coordinadora Hospitalaria del proceso



Objetivos del puesto Coordinadora hospitalaria del Proceso

- Coordinar el proceso inter-servicios
- Favorecer la continuidad de cuidados
- Evitar estancias innecesarias
- Evitar ingresos innecesarios
- Mejorar la calidad. Seguimiento de indicadores
- Mejorar la Satisfacción
- Mejorar la gestión de recursos



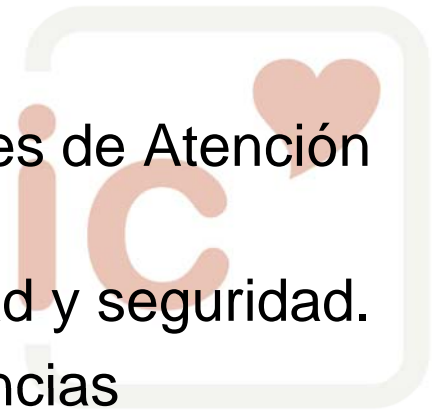
Circuito de Captación para la inclusión en el programa de I.C. en hospital

- Urgencias atendidas e ingresadas.
- Consulta de Cardiología y Medicina Interna
- Enfermera Comunitaria de enlace. Consulta de Atención Primaria.
- 061
- Unidad de hospitalización.
- Alta hospitalaria.

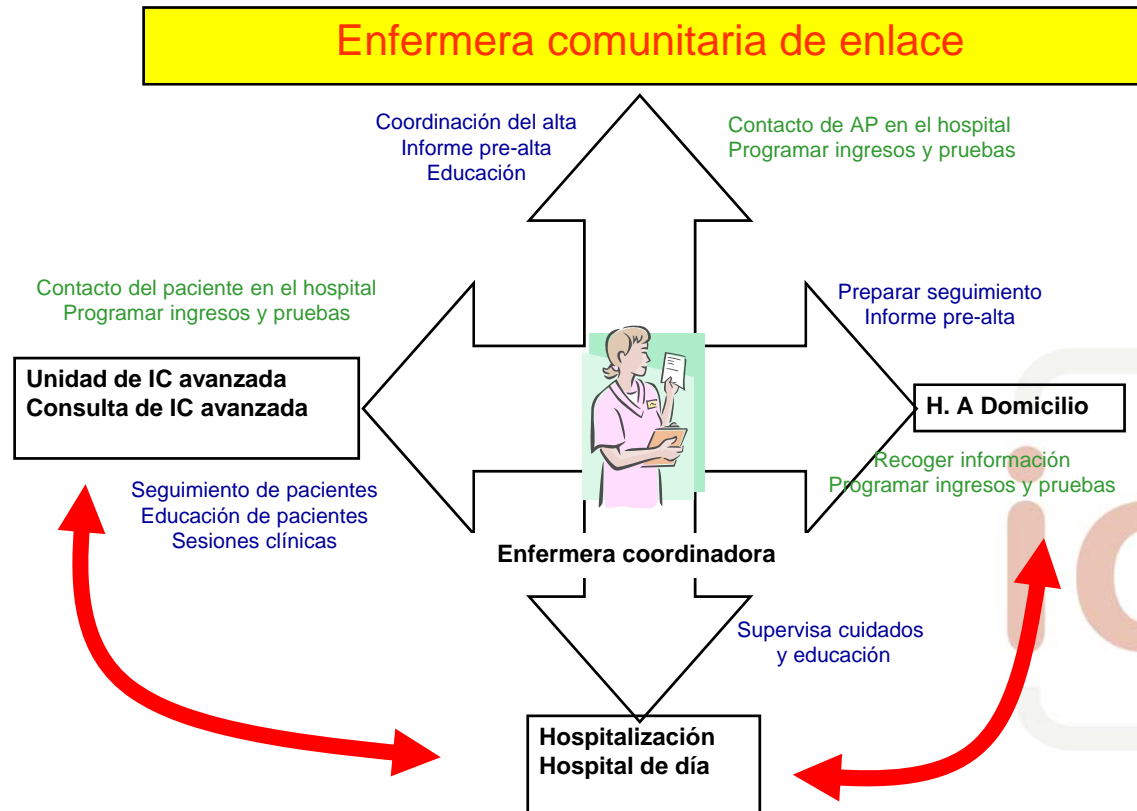


Plan funcional Coordinadora hospitalaria del proceso

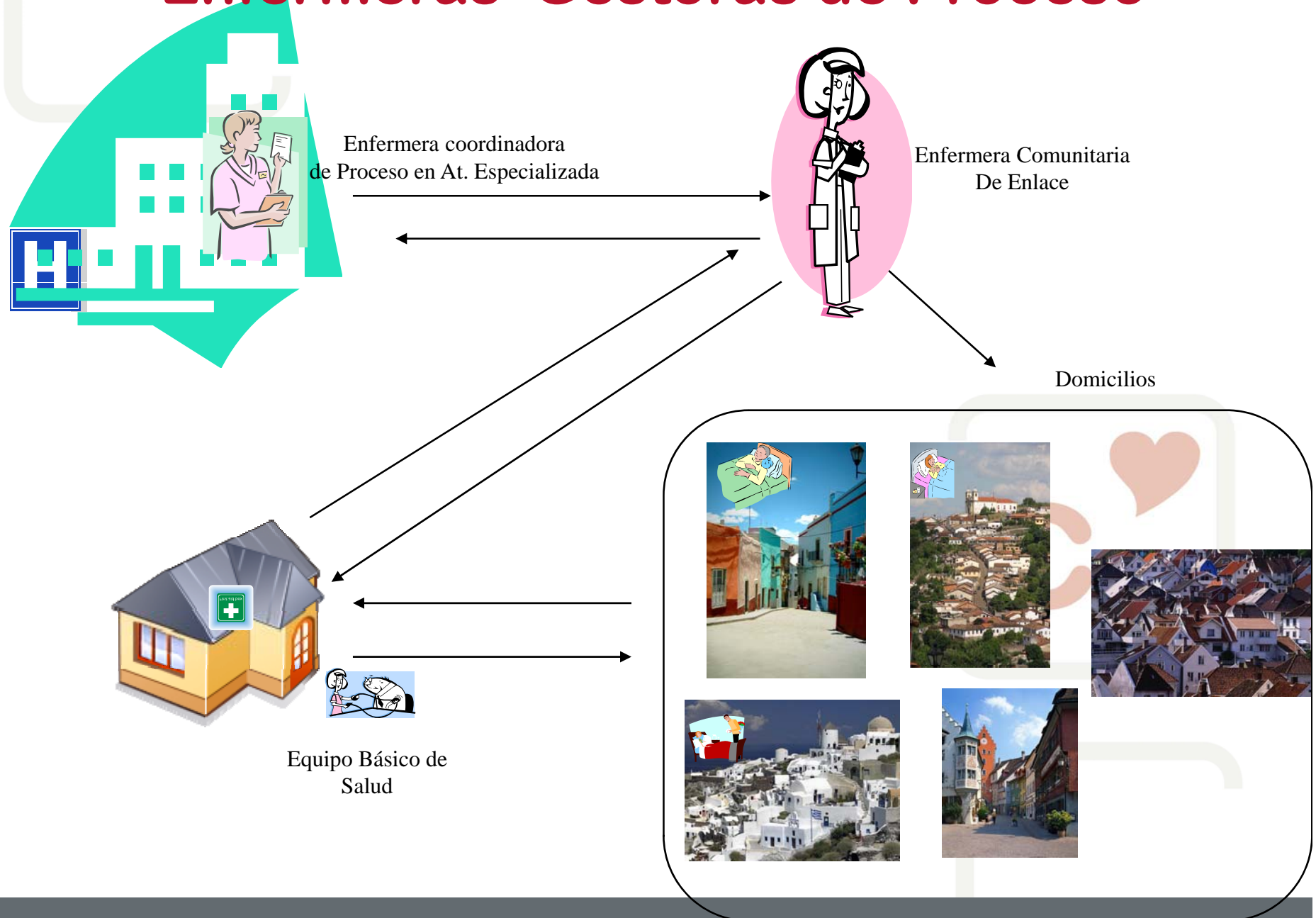
- Captación e inclusión de pacientes en el programa de I.C.
- Supervisión de cuidados.
- Coordinación de pruebas
- Coordinación de citas para consultas.
- Coordinación de alta y traslados.
- Consulta de teleenfermería con Profesionales de Atención Primaria y con pacientes.
- Proceso de Indicadores de actividad, calidad y seguridad.
- Análisis de Estancia media, ingresos y estancias inadecuadas.



Relaciones del puesto de: Enfermera Coordinadora Hospitalaria del proceso



Enfermeras Gestoras de Proceso



Objetivos enfermera comunitaria de enlace

- Facilitar la atención domiciliaria desde los equipos básicos de atención primaria a las personas que cumplan los criterios de inclusión en el programa.
- Facilitar la prestación de la Atención Domiciliaria al Equipo de Atención Primaria.
- Conocer y colaborar en la mejora de los mecanismos de coordinación del Equipo de Atención Primaria con la red de Servicios Sociales.
- Mejorar la coordinación y participar en la mejora de mecanismos de comunicación con otros niveles asistenciales, para que garantice la continuidad de los cuidados.
- Colaborar y apoyar la actuación de los diferentes equipos de atención a domicilio (Atención Primaria, Atención a Domicilio Hospitalario y Cuidados Paliativos) con la pretensión de realizar una atención a domicilio más integrada y continuada, disminuyendo la variabilidad en el plan de acción.
- Contribuir en el diseño, desarrollo y evaluación de los circuitos de asignación, recogida y reutilización de material específico para el desarrollo de la atención domiciliaria.
- Mantener, mejorar y facilitar la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores principales.

Enfermera Comunitaria de Enlace

- Incorpora en su modelo de práctica clínica la coordinación como elemento fundamental, constituyendo así un eslabón entre la Atención Primaria y Especializada.
- Estimar y facilitar los recursos socio-sanitarios, coordinándose con los equipos de atención primaria y los trabajadores sociales.
- La enfermera comunitaria de enlace optimiza los recursos materiales y humanos de los servicios sanitarios en el ámbito extrahospitalario, contribuyendo a la reducción de consultas médicas ya sean a primaria como a especializada y contribuyen a la disminución del gasto farmacológico y de pruebas terapéuticas, funcionales y/o diagnóstico.
- Como punto fundamental se hace preciso el trabajo multidisciplinar y en equipo desde el Centro de Salud siendo este un elemento básico de éxito.

Enfermera Comunitaria de Enlace

- La enfermera comunitaria de enlace asegura que los pacientes cuenten con una valoración integral acorde con sus necesidades (realizada por ella o cualquier miembro del equipo básico de atención primaria), que determine un plan de actuación.
- Realiza también todas aquellas actividades dirigidas a la información y formación de cuidadores, prestando apoyo al cuidador principal ya sea a modo grupal como individual.

Enfermera Comunitaria de Enlace: Valoración del paciente

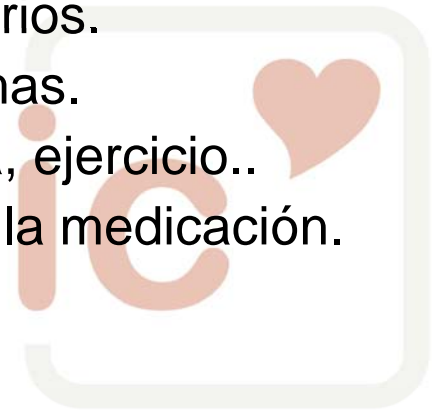
- Primera consulta:
 - Valorar los criterios de inclusión
 - Valoración de las necesidades V. Henderson y plan de cuidados.
 - Cuestionario sobre conocimientos de su enfermedad
 - Cuestionario sobre cumplimiento del tratamiento.
 - Cuestionario de calidad de vida de Minessotta, monitorizado cada 3 meses.
 - Derivación al programa del centro de salud correspondiente

Plan de Atención de enfermería en At. Primaria

- Inclusión en el programa a través de la enfermera de enlace y los informes de alta.
- Atención a demanda.
 - Acceso telefónico directo a la consulta de enfermería de lunes a viernes de 8 a 15 horas. La enfermera identifica posibles signos de desestabilización, problemas de educación, monitorización terapéutica.
 - Visita a domicilio si procede tras la valoración de la llamada o cita para visita programada en consulta de enfermería del centro de salud.
 - Consulta programada sistematizada para seguimiento de pacientes con insuficiencia cardíaca.

Plan de cuidados en Atención Primaria: Educación Sanitaria

- Sesiones de educación para pacientes y cuidadores.
- Encuesta de conocimientos
- Programa:
 - Signos y síntomas de alarma
 - Guía de autocontrol y autocuidados domiciliarios.
 - Valoración de presencia y gravedad de edemas.
 - Factores de riesgo y hábitos higiénicos: dieta, ejercicio..
 - Tratamiento farmacológico, manejo y uso de la medicación.
- Número de alumnos 10-15. Duración 1 hora
- Lugar Centro de Salud
- Folletos de apoyo



Favorecer la atención domiciliaria desde los equipos básicos de atención primaria para las personas que cumplan los requisitos dentro de la cartera de pacientes de inclusión

- Captación activa, junto con las enfermeras de familia y miembros del equipo básico de atención primaria.
- Actualizar el censo con carácter anual, para así incorporar y captar a todos aquellos pacientes nuevos.
- Actualizar los registros de personas susceptibles de recibir cuidados en el domicilio.
- Impulsar la atención integral a las necesidades de cada persona captada por todos los profesionales que intervienen en la provisión del servicio, interviniendo directamente y/o de forma complementaria en todos los casos necesarios.

Favorecer la atención domiciliaria desde los equipos básicos de atención primaria para las personas que cumplan los requisitos dentro de la cartera de pacientes de inclusión

- Valoración integral de las personas siguiendo el modelo que se estime, sirviéndose del soporte informático. Posteriormente se establece los diagnósticos de enfermería detectados, ya sean reales y potenciales y aplicar un plan de actuación. La metodología empleada en este plan es NANDA-NOC-NIC.
- La realización y el seguimiento de los planes de cuidados se realizarán por los siguientes profesionales de referencia de los usuarios (enfermera de familia, médico de familia, trabajador social), contando para ello con la participación y apoyo de las enfermeras comunitarias de enlace cuando así sea estimado por dichos profesionales

Mantener, mejorar y facilitar la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores principales de las personas incluidas en Atención Domiciliaria

- Captación de los cuidadores principales Se realizará un censo de cuidadores con carácter anual. Este censo se realizará conjuntamente con los miembros del equipo básico de atención primaria .
- Se adoptarán medidas para la mejora de la atención integral de los cuidadores principales de las personas incluidas en atención domiciliaria.
- Igualmente, a cada uno de los cuidadores se le realizará una valoración, desde un perspectiva integral y aplicando un plan de cuidados específico. Se ofertará acceso a formación específica a los cuidadores principales que así la requieran.
- La formación se realiza de manera individual o grupal a los cuidadores. Esta formación debe de realizarse conjuntamente con las enfermeras de familia y el resto de profesionales según precise.

Facilitar la prestación de la Atención Domiciliaria al Equipo de Atención Primaria

- Sesiones específicas sobre atención domiciliaria.
- Sesiones clínicas con el fin de compartir información relevante en relación a los pacientes.
- Discusión de casos.
- Realización, revisión y evaluación de procedimientos, protocolos, procesos, etc.
- Realización de guías de práctica clínica, trayectorias clínicas, planes de cuidados..
- Las enfermeras comunitarias de enlace facilitarán alternativas de actuación con los cuidadores.
- Consensuar los modelos de actuación para la mejora de la atención domiciliaria.

Conocer y colaborar en la mejora de los mecanismos de coordinación del Equipo de Atención Primaria con la red de Servicios Sociales

- La enfermera comunitaria de enlace establecerá acciones con la trabajadora social conjuntamente para:
- -Diseño de procedimientos y circuitos de actuación conjunta entre atención primaria y las redes sociales para la atención domiciliaria.
- -Colaborará en búsqueda de redes sociales de la zona y elaboración de una guía de recursos sociocomunitarios de la misma.

Mejorar la coordinación y participar en la mejora de mecanismos de comunicación con otros niveles asistenciales, para que garantice la continuidad de los cuidados

- Adecuará, coordinará y propondrá medidas y circuitos para la transmisión efectiva de información entre los distintos niveles asistenciales.
- Asimismo se establecerán los canales de distribución de la información relevante a través del Informe de alta hospitalaria el cual estará dirigido hacia los profesionales de referencia del paciente y viceversa.
- Planificará conjuntamente con la enfermera de enlace hospitalario, coordinadoras de enfermería y enfermeras de atención especializada las altas de los pacientes hospitalizados susceptibles de ser incluidos en el programa.
- Con la finalidad de facilitar la continuidad de los cuidados de los pacientes hospitalizados y dados de alta a su domicilio, las enfermeras comunitarias de enlace a petición de las coordinadoras de proceso hospitalario acudirán a los hospitales para recoger información relativa a la situación del paciente y familia, movilizándolo y anticipando así los recursos necesarios para el cuidado en su domicilio.

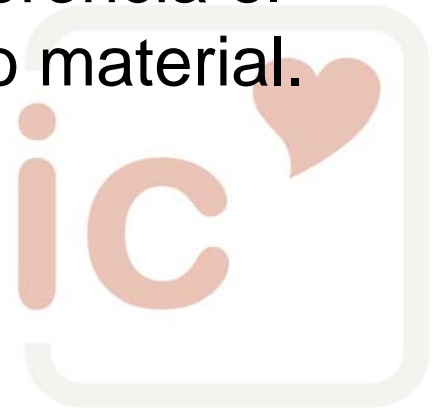
Colaborar y apoyar la actuación de los diferentes equipos de atención a domicilio (Atención Primaria, Atención a Domicilio Hospitalario y Cuidados Paliativos a Domicilio) con la pretensión de realizar una atención más integrada y continuada, disminuyendo la variabilidad del plan de acción

- Contribuirá como órgano de apoyo, a la realización de planes de acción conjuntamente.
- Se reunirá con los equipos de atención y establecerá el plan de cuidados registrándose en los formatos estipulados.
- Facilitará la comunicación entre los diferentes niveles de atención.
- Será nexo de comunicación y asegurará la adecuada interrelación entre profesionales



Contribuir en el diseño, desarrollo y evaluación de los circuitos de asignación, recogida y reutilización de material específico para el desarrollo de la atención a domicilio

- La enfermera comunitaria de enlace, junto con el resto de los miembros del equipo básico de atención primaria, realizara la asignación del material de ayuda teniendo como referencia el procedimiento de asignación de dicho material.



Plan de cuidados estandarizado

Insuficiencia Cardíaca

DIAGNÓSTICOS NANDA	NOC (resultados)	NIC (intervenciones)
<p>INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desequilibrio entre aporte y demandas de oxígeno. <p>m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disnea de esfuerzo. • FC o presión arterial anormales en respuesta a la actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> – Tolerancia a la actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> – Manejo de energía. – Ayuda con los autocuidados: alimentación. – Ayuda con los autocuidados: aseo (eliminación). – Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal. – Ayuda con los autocuidados: baño / higiene.
<p>RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD.</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia de intolerancia previa. • Problemas circulatorios e historia de intolerancia previa. 	<ul style="list-style-type: none"> – Conservación de la energía. 	<ul style="list-style-type: none"> – Manejo de energía. – Ayuda con los autocuidados: alimentación. – Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal. – Ayuda con los autocuidados: baño / higiene.

Plan de cuidados estandarizado

Insuficiencia Cardíaca

<p>ANSIEDAD</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amenaza de cambio en el entorno y estado de salud. <p>m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación creciente • Miedo de consecuencias inespecíficas. • Sueño discontinuo. 	<ul style="list-style-type: none"> – Control de la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> – Cuidados de enfermería al ingreso. – Disminución de la ansiedad. – Fomentar el sueño.
<p>RIESGO DE ESTREÑIMIENTO</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad física insuficiente. • Cambios ambientales. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminación intestinal. 	<ul style="list-style-type: none"> – Manejo del estreñimiento / impactación.
<p>RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA</p> <p>r/c</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmovilidad física. • Factores mecánicos. 	<ul style="list-style-type: none"> – Control del riesgo. – Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Prevención de las úlceras por presión.

Plan de cuidados estandarizado

Insuficiencia Cardíaca

RIESGO DE INFECCIÓN <i>r/c:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos invasivos (catéter venoso periférico). 	<ul style="list-style-type: none"> - Estado infeccioso - Control del riesgo (utilizado en deterioro de la integridad cutánea). 	<ul style="list-style-type: none"> - Control de infecciones - Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)
CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (Sobre el régimen terapéutico)	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento. régimen terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñanza: proceso de enfermedad. - Enseñanza: dieta prescrita. - Cuidados cardíacos: rehabilitación. - Planificación del alta.
COMPLICACIONES POSIBLES	NIC (intervenciones)	
<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del gasto cardíaco. • Arritmias. • Edema agudo de pulmón. • Dolor. • Insuficiencia cardíaca grado III-IV. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados cardíacos. 	
REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS	NIC (intervenciones)	
	<ul style="list-style-type: none"> - Punción intravenosa (IV). - Terapia intravenosa (IV). - Administración de medicación: oral. - Administración de medicación: subcutánea. - Oxigenoterapia. 	

Bibliografía

- [Manual de Procedimientos de la Enfermera Comunitaria de Enlace \(Versión 3\) - Servicio Andaluz de Salud.htm](#)
- [insuficienciacardiacaajuntaandalucia.pdf](#)
- [Insuficiencia CardiacaSERIS.doc](#)
- [Boletín Oficial del Estado_ Texto del Documento.htm](#)

