



UNIVERSITAT DE BARCELONA



i) EU d'Infermeria

# PLAN DE CUIDADOS VERSUS TRAYECTORIA CLÍNICA EN SALUD MENTAL

ANGELES VERDEGUER ALMARAZ

Tutora: Dra. Margarita Peya  
Curs acadèmic 2011-2012

## Índice

1.- Justificación.....	pag.3
2.- Objetivos.....	pag.6
3.- Introducción.....	pag.7
3.1 Descripción del entorno hospitalario .....	pag.7
3.2 Descripción de la Unidad de Salud mental y Adicciones.....	pag.11
3.2.1 Área de hospitalización de salud mental.....	pag.12
3.2.2 Área comunitaria de salud mental.....	pag.14
4.- Marco teórico.....	pag.19
4.1 Concepto y características de las Trayectorias Clínicas.....	pag.22
4.2 Concepto y características de los Planes de Cuidados.....	pag.23
5.- Variabilidad de las Trayectorias Clínica de la esquizofrenia paranoide.....	pag.28
6.- Propuesta de un nuevo plan de cuidados.....	pag.36
7.- Conclusiones.....	pag.42
8.- Bibliografía.....	pag.44

## **Relación de Anexos**

Anexo 1: Plan Estratégico del Concosci Sanitari del Maresme (CSdM)

Anexo 2: Mapa de las trayectorias clínicas y plan de cuidados del CSdM

Anexo 3: Patrones funcionales de la trayectoria clínica de la esquizofrenia  
paranoide

Anexo 4: Proceso de la trayectoria paranoide de la esquizofrenia paranoide

Anexo 5: Entrevista tipo estructurada del servicio de salud mental del CSdM

Anexo 6: Propuesta de un nuevo plan de cuidados para el servicio de salud  
mental del CSdM

## **1. JUSTIFICACIÓN**

En el año 1997, el Consorci Sanitari del Maresme (CSdM) impulsó un programa de calidad asistencial basado en la promoción y utilización de una nueva metodología asistencial que tuvo su origen en el diseño y elaboración del modelo asistencial basado en las trayectorias clínicas (TC). Desde ese mismo año, se han ido incorporando progresivamente diferentes TC en las unidades de hospitalización del CSdM, de modo que en el año 2000 más del 37% de los pacientes ingresados fueron atendidos de acuerdo a esta metodología.

Fue a finales del año 2008 cuando se inició la elaboración de una primera TC en la unidad de salud mental para realizar un proceso sobre la patología de la esquizofrenia paranoide. Pero no fue hasta el año 2010, cuando se consensuó de manera interdisciplinar y fue aprobada por el departamento de metodología. Entonces se inició su puesta en práctica en dicha unidad de hospitalización. Debido a los resultados negativos que se derivaron de la práctica de este proceso asistencial y por la gran variabilidad observada en su práctica clínica y a pesar de ser revisada en dos ocasiones para una mejor adaptación al tipo de pacientes, se consideró que las TC no eran un método idóneo de trabajo para los profesionales enfermeros del área de salud mental.

Los factores relacionados con esta dificultad incluyen: las características conductuales y específicas que presentan estos pacientes la gran diversidad en la evolución de la patología, la necesidad de intervenciones que abarquen todos los aspectos bio-psico-sociales y el abordaje multidisciplinar experto que necesitan este tipo de usuarios.

Como consecuencia, se decidió implantar un plan de cuidados enfermeros que proporcionara una mejora en el proceso asistencial y que aportara las siguientes ventajas:

- Aplicabilidad práctica de la actividad enfermera para poder expresar el contenido observado en todo su contexto y permitiera facilitar el análisis de los resultados.
- Potenciara el continuum asistencial del paciente en todos los niveles asistenciales del área de salud mental, proporcionando mayor efectividad y eficiencia a los profesionales.
- Aumentara la percepción positiva del paciente sobre la atención recibida con criterios unificados, independientemente del nivel en el que se encuentre en la red de salud mental, hospitalaria o comunitaria.
- Proporcionara una proximidad más cualitativa en la intervención directa y específica que se realiza entre enfermero y paciente.

A lo largo de este proyecto, por tanto, se propone en el servicio de salud mental un cambio respecto a la metodología establecida en el CSdM por el resto de unidades de hospitalización. El nuevo plan de cuidados se basa en criterios unificados y en actividades que han sido consensuadas entre todos los miembros del equipo de enfermería de salud mental. Dicho plan de cuidados debe englobar todas las áreas que afectan al paciente, de forma que permita una visión global, continua e individualizada de sus necesidades y resultados, y que los profesionales enfermeros han de trabajar.

Dada la estrecha relación entre la trazabilidad en las TC en las áreas de enfermería y el cuidado continuado del paciente, así como la dificultad del número de variables y situaciones individuales que existen en el seguimiento, se convierte en un reto el tratar de dimensionar de manera simple y homogénea el proceso de cuidados. Además debe proporcionar a los profesionales enfermeros expertos en psiquiatría, un método de trabajo eficaz y consecuente con las necesidades y cuidados que requieren los pacientes de salud mental.

Por último, es necesario que este nuevo plan de cuidados aporte un registro escrito, claro, comprensible e individualizado del paciente donde quede reflejado, no solo la evolución objetiva del paciente, sino también que permita describir de manera fidedigna lo que éste expresa.

## **2. OBJETIVOS**

En este proyecto se plantean los siguientes objetivos:

### **Objetivo principal**

Implantar un plan de cuidados enfermeros adaptado a las necesidades específicas del paciente de salud mental de la unidad de Psiquiatría del Consorci Sanitari del Maresme (CSdM), como alternativa a la trayectoria clínica (TC) de la esquizofrenia paranoide

### **Objetivos específicos**

- Analizar la variabilidad de la TC en la evolución de la esquizofrenia paranoide durante su proceso de implantación
- Diseñar un nuevo plan de cuidados para los pacientes de salud mental, con esquizofrenia paranoide, como alternativa de las TC.
- Mejorar el seguimiento entre la enfermería hospitalaria y comunitaria en los enfermos de salud mental del CSdM.

### **3. INTRODUCCIÓN**

#### **3.1. Descripción del entorno hospitalario**

El CSdM es una organización de servicios sanitarios que se responsabiliza de la atención sanitaria, sociosanitaria y social y de las necesidades de mejora de salud del ciudadano en su área de influencia. Esta área de influencia abarca a una población de 262.646 (1) personas del territorio del Maresme Central.

La atención hospitalaria general, la proporciona el Hospital de Mataró y además el CSdM, incluye dispositivos de atención primaria, sociosanitaria y de salud mental y adicciones. Esta última, da una cobertura asistencial a una población de 416.185 (RCA 2010) que corresponde a toda la comarca del Maresme.

Los recursos estructurales del CSdM, están formados por

- **Hospital de agudos:**

El hospital general de Mataró, es el hospital referente del área del Maresme Central, con una cartera de servicios basada en el continuum asistencial que abarca los servicios quirúrgicos, servicios médicos que engloban todas las especialidades y servicios centrales. Dispone de:

284 Camas

10 Camas de la unidad de cuidados intensivos

4 Camas y 28 butacas a hospital de día

30 Camas de adultos y 6 de infantojuvenil de salud mental y adicciones

1 Quirófano de urgencias

7 Quirófanos

3 Quirófanos de cirugía mayor ambulatoria (CMA)

66 Consultas externas

34 Boxes de urgencias

- **Atención primaria.**

Representada por 3 áreas sanitarias: El área básica de salud (AB) de Mataró Centre, el AB de Cirera-Molins y ABS de Argentona.

- **Salud Mental y Adicciones:** Este servicio consta de los siguientes dispositivos:
  - 1 Hospital de día adultos con 15 plazas
  - 1 Hospital de día infantojuvenil con 10 plazas
  - 1 Centro de salud mental adultos (CSMA) y 1 Centro de salud mental Infantojuvenil (CSMIJ)
  - 1 Centro de drogodependencias con el programa de dispensación de metadona
- **Atención sociosanitaria.** La prestan:
  - Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena que dispone 99 camas y 40 plazas de Hospital de Día
- **Atención Social.** La componen:
  - Residencia Sant Josep, con 62 camas de residencia y 12 plazas de día de residencia

El CSdM es una empresa pública que tiene como **misión** (2) contribuir a mejorar el estado de salud de la población del área territorial del Maresme. Para ello ofrece una cartera de servicios (sanitarios, sociosanitarios y sociales) adaptada a las necesidades y expectativas de los ciudadanos en un marco de continuo asistencial.

Su organización, centrada en las personas, está orientada a ofrecer servicios de calidad con criterios de eficacia, efectividad, eficiencia y responsabilidad social, implicando para ello a sus profesionales, proveedores y otros agentes del sector salud.

El CSdM parte de la premisa que la docencia, la investigación y la innovación contribuyen a la mejora de la asistencia como partes inseparables.

Como **visión** (2) el CSdM se plantea ser una entidad de excelencia en la atención a la salud de las personas para contribuir conjuntamente, no sólo en la mejora de su estado de salud sino también en la mejora de la calidad de vida y la cohesión social los ciudadanos, de una manera continuada y sostenible.

Por esta razón, ofrece sus servicios no solo en el área territorial del Maresme, sino que también lo hace como centro de referencia del área territorial vecina de Calella de Mar

Los **valores compartidos** (2) del CSdM parten de la misma premisa que considera al ciudadano como eje central de su actividad, le garantiza la accesibilidad y se le proporciona un trato amable, personalizado que genera confianza y credibilidad.

A continuación se describen dichos valores:

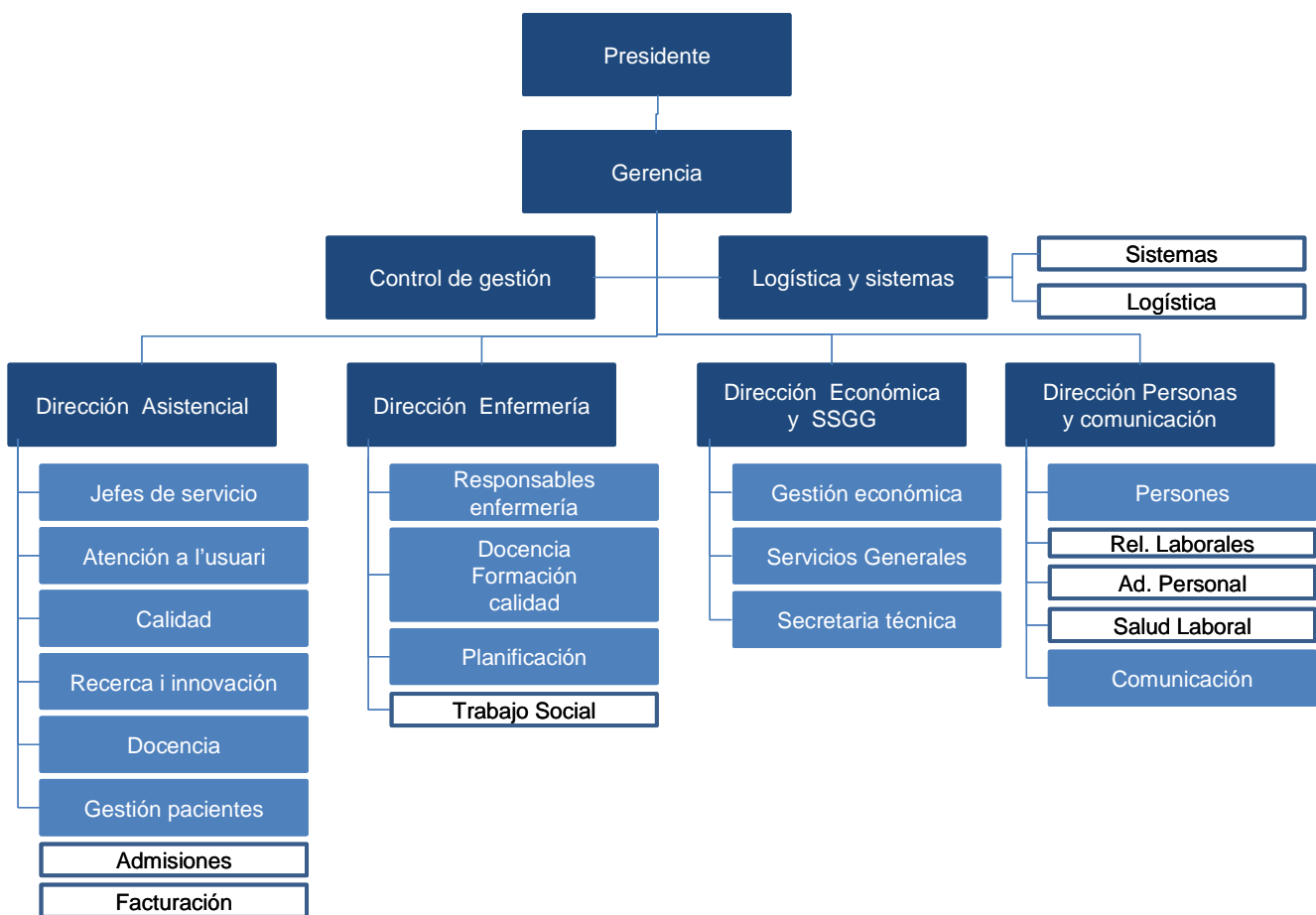
- Asegura la información, ya que es el punto esencial para poder elegir libremente.
- Respeta los valores y creencias religiosas y culturales de todos sus pacientes y familias.
- Se preocupa para favorecer su autonomía y buscar su participación en la toma de decisiones que le afecten durante el proceso clínico.
- Se compromete con la sociedad por ser una organización sanitaria implicada en un territorio y en una comunidad.
- Se compromete en el uso eficiente de los recursos de que dispone y de su rentabilidad social.
- Se compromete con el respeto con el medio ambiente.
- Ofrece una atención integral e integrada a la persona. Asegura la continuidad de la atención en todas las modalidades asistenciales. Pretende ser una organización adaptable y ágil ante el cambio, tanto con las necesidades de la persona como a los cambios tecnológicos que han de posibilitar este tipo de atención.
- Trabaja para la mejora continua de la calidad. Entiende por calidad, no sólo la adecuada respuesta a la necesidad, sino también a las

expectativas de los pacientes que atiende. Los principios de la bioética están presentes en la toma de decisiones a todos los niveles.

- Fundamenta sus actuaciones en la profesionalidad y el profesionalismo, la responsabilidad y la transparencia.
- El trabajo en equipo se convierte en el eje de la asistencia. Considera la formación continuada, como responsabilidad individual y colectiva, imprescindible para el mantenimiento de la excelencia profesional.

Dentro del CSdM trabajan 1500 personas de las cuales, el 24% son médicos, 53% enfermeras y auxiliares, 3% de otro personal asistencial y 20% staff.

El proceso de organización del CSdM está representado por el organigrama de la cúpula directiva siguiente:



Por lo que hace referencia a la dirección de enfermería, está compuesta por una directora de enfermería, apoyada en la gestión, por las responsables de área de los siguientes servicios:

Servicio de medicina general, con dos responsables.

Una responsable para el área de: Medicina interna, oncología, cardiología, hospital de día médico polivalente y hospital de día oncología, hematología e infecciones.

Y otra responsable de área de las especialidades de respiratorio, medicina general, neurología y geriatría e infecciones.

- Responsable del servicio de cirugía y traumatología
- Responsable del servicio de obstetricia, ginecología y pediatría
- Responsable del servicio de cuidados intensivos y consultas externas generales
- Responsable del servicio de urgencias
- Responsable del servicio de salud mental
- Responsable del área de docencia, formación y calidad
- Responsable del área de planificación
- Servicio de trabajo social, depende directamente de la dirección de enfermería

Además, cuenta con el soporte de la supervisión de tarde y de los turnos de noche.

### **3.2. Descripción de la unidad de salud mental y adicciones**

Tal como se ha comentado, el área demográfica de referencia de salud mental y adicciones abarca toda la comarca del Maresme con una población total que supera los 400.000 habitantes(1). Para las urgencias y atención en crisis es la Unidad de referencia de toda la comarca del Maresme desde 1999, actuando como hospital de referencia también para el Hospital de Calella.

El ámbito de salud mental se organiza en 3 áreas asistenciales, Adultos, Infantojuvenil y Adicciones, y 3 niveles de complejidad: atención primaria, atención especializada ambulatoria y atención hospitalaria y urgencias.

Las líneas que ofrece el servicio de psiquiatría son:

Con referencia a hospitalización consta de las unidades siguientes

- Urgencias, unidad de crisis
- Unidad de agudos de adultos
- Unidad de agudos infantojuvenil

El área comunitaria esta constituida por:

- Hospital de día de adultos
- Centro salud mental de adultos (CSMA)
- Hospital de día infantojuvenil
- Centro salud mental infantojuvenil (CSMIJ)
- Adicciones y atención a las drogodependencias

### **3.2.1 Hospitalización:**

Se describen seguidamente las tres áreas de hospitalización:

- **Urgencias, unidad de crisis:** Ubicado dentro de las urgencias generales del hospital. Consta con tres boxes individuales y dos boxes dobles. Atendidos por un médico adjunto, un médico residente, una enfermera y una auxiliar, así como el soporte de seguridad ubicado en el mismo servicio de urgencias.

Su actividad durante el año 2010 fue de un total de 3.597 urgencias psiquiátricas, además de dar soporte a las urgencias de medicina, traumatología y cirugía con un total de 2199 consultas realizadas.

El perfil predominante de los pacientes que utilizan excesivamente este recurso de urgencia durante 2010 identifica usuarios con problemas de abuso de tóxicos, trastornos de la personalidad y conflictos sociales asociados.

- **Hospitalización de Agudos Adultos:** Ubicado en el mismo hospital general, consta de 22 habitaciones, 18 dobles y 4 individuales. De los 40 camas disponibles, en la actualidad son operativas 30 camas. El

equipo profesional multidisciplinar está formado por 10 enfermeras, 10 auxiliares, 4 psiquiatras, 1 psicólogo, 1 trabajadora social, 1 terapeuta ocupacional.

- **Hospitalización de Agudos Infantojuvenil:** Ubicado en el mismo hospital general, consta de 6 habitaciones, 4 dobles y dos individuales, de las cuales actualmente son operativas 6 camas. El equipo profesional está formado por: 4 enfermeras, 4 auxiliares, 1 monitora de actividades, 1 trabajadora social, 1 psiquiatra y 1 psicólogo

En referencia a la actividad asistencial de la Unidad de Salud Mental del CSdM, los principales indicadores de hospitalización en el año 2010 fueron los siguientes:

INDICADORES	2010
Altas	928
Estancias	12.611
Estancia media	13,59
Mortalidad	0,11%
<b>Ingresos involuntarios</b>	<b>111</b>

En este cuadro se describe el volumen de actividad durante el año 2010. D

El Área de Terapia Electro Convulsiva (TEC), también se encuentra ubicada en el área de hospitalización de agudos de adultos. Para poder llevar a término esta actividad, el programa está formado por el siguiente personal: 1 enfermera, 1 auxiliar, 1 médico psiquiatra y un médico anestesista. Es un tratamiento biológico útil para determinadas patologías que no responden a otras terapias:

Los pacientes incluidos en el programa TEC, son usuarios tanto del ámbito de hospitalización como ambulatorio y la actividad realizada durante el año 2010 (1) fue la siguiente:

	Hospitalización	Ambulatorio	Pacientes
Pacientes	37	20	<b>57</b>
Sesiones	394	262	<b>656</b>
<b>Sesión por paciente</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>12</b>

Este cuadro describe el número de pacientes que han recibido tratamiento de TEC, ya sea de forma hospitalaria o ambulatoria.

### 3.2.2 Área comunitaria de salud mental

Seguidamente se describen los dispositivos de los que consta la atención comunitaria:

- **Hospital de día de adultos:**

Se encuentra ubicado en el edificio del área básica de salud mental, contiguo al hospital y tiene de una capacidad para atender a 15 pacientes. El equipo profesional está formado por 1 enfermera, 1 auxiliar (monitora de actividades), 1 trabajadora social, 1 psiquiatra y 1 psicólogo.

Es un equipamiento dirigido a personas con trastornos mentales graves, que ofrece un conjunto de programas intensivos de tipo diagnóstico, terapéutico y rehabilitador en régimen de hospitalización

Su actividad asistencial radica en la evaluación y diagnóstico con abordaje biológico, psicológico y social. Son adultos con tratamiento interdisciplinar intensivo, de acuerdo con planes terapéuticos individualizados. Este dispositivo atendió en el año 2010 un total de 2.921 usuarios, cuya patología prevalente es la esquizofrenia y otras psicosis con un 52% de usuarios(2)

Proporciona atención y soporte familiar en el desarrollo del plan terapéutico, a través de entrevistas, reuniones y terapias grupales. Aporta

continuidad en los cuidados y coordinación con todos los dispositivos de la red de salud mental que forman el CSdM

- **Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA):**

Esta ubicado en el edificio contiguo al Hospital de Mataró y ofrece atención de psiquiatría, psicología y de enfermería a persona mayores de 18 años. El equipo profesional está formado por 2 enfermeras, 1 trabajadora social, 4 psiquiatras y un psicólogo.

La actividad asistencial que desarrolla está basada en ofrecer atención a adulto. En el año 2010 fueron atendidos un total de 19.957 usuarios, siendo su área de referencia la población residente en los municipios de Mataró, Argentona, Òrrius, Dosrius, Sant Viçenç de Montalt, Caldes d'Estrac y Sant Andreu de Llavaneras.

Esta atención incluye aspectos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores, actuando como referente en la coordinación de otros recursos de la red de salud mental, ofreciendo los programas de: soporte a atención primaria, plan de servicios individualizados (PSI), trastornos mental severo (TMS), tratamiento grupal y programa de soporte sociosanitario.

- **Hospital de Día Infantojuvenil:**

Se encuentra ubicado en el edificio del área básica de salud mental, contiguo al hospital y tiene capacidad para atender de 10 plazas. El equipo profesional está formado por 1 enfermera, 1 auxiliar (monitora de actividades), 1 trabajadora social, 1 psiquiatra y 1 psicólogo. También dispone de una profesora con dependencia del Departament d'Ensenyament con una dedicación de 24 horas semanales.

Su actividad asistencial radica en la evaluación y diagnóstico con abordaje biológico, psicológico y social. Proporciona tratamientos interdisciplinarios intensivos, de acuerdo con los planes terapéuticos individualizados.

Su área de referencia abarca todo el Maresme, sur y central, con un total de 1.678 usuarios atendidos en el año 2010, cuyas patologías mas frecuentes son los trastornos psicóticos (esquizofrenia y otros) seguidos por el trastorno de la conducta alimentaría (TCA)

Proporciona un equipamiento dirigido a personas con trastornos mentales graves, que ofrece un conjunto de programas intensivos de tipo diagnóstico, terapéutico y rehabilitador en régimen de hospitalización parcial.

Ofrece soporte familiar en el desarrollo del plan terapéutico, a través de entrevistas, reuniones y terapias grupales. Aporta continuidad en los cuidados y coordinación con los dispositivos de la red de salud mental

- **Centro de Salud mental Infanto-Juvenil (CSMIJ)**

Se encuentra ubicado junto al hospital de día infantojuvenil, en el edificio contiguo al centro hospitalario Su equipo profesional está formado por 1 enfermera, 1 trabajadora social, 2 psiquiatras, 3 psicólogos y 1 psicopedagoga.

Su actividad asistencial está basada en la atención psiquiátrica, psicológica y de enfermería, a pacientes menores de 18 años con un total de 8.694 visitas efectuadas durante el año 2010, abarcando las áreas de población del Maresme central y Maresme sur.

La atención prestada ofrece aspectos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores e incluye los programas de: Terapia familiar psicoeducativa, programa de soporte a residencias de la Dirección General de Atención a la infancia y Adolescencia (DGAIA), programa de atención específica de los trastornos mentales graves (TMG).

- **Línea de Adicciones y Atención a las Drogodependencias:**

Se encuentra ubicado en el edificio del área básica de salud mental, contiguo al hospitalario y su personal adscrito incluye un equipo multidisciplinar integrado por 2 enfermeras, 3 psiquiatras, 1 auxiliar, 1 psicólogo, 1 trabajadora social, 1 educadora social.

Su actividad asistencial se desarrolla en la atención psiquiátrica, psicológica y de enfermería abarcando tanto a usuarios adultos como adolescentes. En cuanto a visitas realizadas de personas historiadas en el año 2010 7.469 usuarios, más un total de 543 primeras visitas, con un área de influencia que corresponde a el Maresme central y Maresme sur

Esta atención ambulatoria incluye los aspectos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores sobre un abordaje multidisciplinar con problemas relacionados con el consumo y la dependencia de drogas, así como otras conductas adictivas. Su actividad está coordinada con el resto de equipamientos de la Red de Atención a las Drogodependencias y ofrece los programas de: programa de adolescentes con uso o abuso de sustancias, y que incluye los programas y servicios con “Salut i escola”, Justicia juvenil y el centro de Salud Mental Infantojuvenil de Mataró.

Como programas no asistenciales, desarrolla el Plan Municipal de Drogodependencias de Mataró, participación en las comisiones de la Red de Atención a las Drogodependencias, programas de coordinación específica como Unidad de HIV, Comisión Técnica VIH-SIDA, Oficinas de farmacia con el programa de dispensación de metadona

Hasta aquí se ha descrito el entorno de hospitalización del CSdM, haciendo especial énfasis en los aspectos relacionados con la Unidad de Salud Mental y adicciones

A continuación se describe de manera concisa el marco teórico de este proyecto, poniendo especial atención a los conceptos de trayectorias clínicas y planes de cuidados enfermeros. Se adjunta el plan estratégico del CSdM (anexo1)

#### **4. MARCO TEÓRICO**

El desarrollo de la disciplina enfermera como profesión surgió a mediados del siglo XIX gracias a Florence Nightingale, por su firme convicción de que requería un conocimiento propio, diferente al conocimiento médico. Defendió la función propia de la enfermera con la definición de conceptos de salud, la enfermedad respecto a los cuidados enfermeros y su práctica.(3-5)

Con la aparición de los modelos y teorías de la enfermería se pretende describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica enfermera. Se establecen un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones de cuidados que permiten una visión sistemática. Con ello la profesión enfermera consigue aumentar sus conocimientos sobre su propia disciplina al utilizar sistemas de trabajo propio.

Pero fue en los años 50 del siglo XX cuando los profesionales de enfermería empiezan a desarrollar modelos conceptuales diferentes, partiendo de teorías distintas sobre la persona(5).

Respecto a las aportaciones de las teorías psicológicas de los modelos de enfermería se ha de destacar:

- **Modelo de V. Henderson:** Autora del modelo conceptual basado en las 14 necesidades. *“Su énfasis en las necesidades humanas como el foco central de la práctica enfermera ha llevado a la teoría del desarrollo adicional con respecto a las necesidades de la persona y como la enfermería puede ayudar a satisfacer estas necesidades”* (6,7)
- **D. Orem:** Autora de la Teoría general del déficit de autocuidado. Describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Determina cuando y porqué se necesita de la intervención de la enfermera (8,9). Introduce un estudio de escalas de requisitos de autocuidado (ERA) para pacientes (10).

- **Modelo H. Peplau:** Autora del modelo de las Relaciones interpersonales (1952) Destaca la importancia de la enfermería durante el proceso interpersonal, al que define como terapéutico, y en el que resalta la influencia de su personalidad en el aprendizaje. La meta de las enfermería, por tanto, deberá apuntar hacia el desarrollo de la maduración personal de ambos (11)
- **Modelo I. King:** Basa tu teoría, en la teoría general de sistemas, las ciencias de la conducta y el razonamiento inductivo y deductivo y propone un marco conceptual de sistemas abierto como base para su teoría(12)
- **Modelo D. Johnson:** Parte de los principios de modificación conductual y de aprendizaje social. Define 7 subsistemas de cambio en función de factores de aprendizaje. Se centra en como el paciente se adapta a su enfermedad (13)
- **Modelo C. Roy:** Tiene en cuenta las teorías de interacción social y del estrés. Autora del Modelo de adaptación (14,15)
- **J. Watson:** Autora de la Teoría del cuidado humano (1975) y de los factores curativos filosóficos.(16)  
*Los conceptos de la teoría de Jean Watson: parten de la interacción enfermera-paciente, campo fenomenológico, relación transpersonal del cuidado y momento del cuidado. Por ser conceptos de naturaleza abstracta son difíciles de evaluar.*
- **M. Leininger:** Autora del modelo de la diversidad y universalidad. Su teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran el conocimiento acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y práctica todo con la ética adecuada.(17)
- **Modelo M. Rogers:** Considera al individuo como un total en relación con el entorno. El individuo es más que la suma de las partes, no puede ser dividido sino pandimensional. (18,19)

De todas las autoras enfermeras cabe destacar para este proyecto **Marjory Gordon**, que en los años 70, estableció una valoración específica de los pacientes para enseñar a sus alumnos de la Escuela de Enfermería de Boston. (20,21)

Se basaba en la valoración de los 11 Patrones Funcionales de salud que surgen de la evolución entre el cliente y el entorno y que permiten la planificación de las actividades. Estos patrones son los siguientes patrones:

1. Patrón de Percepción y Control de la Salud
2. Patrón Nutricional y metabólico
3. Patrón de Eliminación
4. Patrón de Actividad y Ejercicio
5. Patrón de Reposo y Sueño
6. Patrón Cognitivo y Percepción
7. Patrón de Autopercepción y Autoconcepto.
8. Patrón de Rol y Relación
9. Patrón de Sexualidad y Reproducción
10. Patrón de Afrontamiento y Tolerancia al Estrés
11. Patrón de Valores y Creencias.

Diferentes autores coinciden en afirmar que los 11 patrones funcionales se adaptan bien al ámbito de la atención primaria y hospitalaria de salud, permitiendo estructurar y ordenar la valoración, tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo del ciclo vital de la persona, en situaciones de salud o enfermedad; y facilitan claramente la siguiente fase de diagnóstico enfermero al estar en el origen de la clasificación por dominios de North American Nursing Diagnosis Association) NANDA como herramienta de clasificación de los diagnósticos de enfermería y para la evaluación de planes de cuidados (22-24).

Cabe destacar que debido a conocimiento de los modelos y la aplicación de los patrones funcionales, la profesión de enfermería ha ido evolucionando y consolidándose como ciencia, aplicando un método científico en la práctica

asistencial para ofrecer unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales, adaptados a las necesidades y expectativas de los pacientes y familias.

Para mejor comprensión respecto al proyecto que se presenta y para configurar su marco teórico, se describe a continuación el concepto y características sobre el plan de cuidados y la trayectoria clínica:

#### **4.1 Concepto y características de las trayectorias clínicas**

La creación de las TC, o vías clínicas, se llevó a cabo entre 1985 y 1987 en Nueva Inglaterra Medical Center en Boston (EE.UU) (25) (International Journal of care pathways), inspirado por Karen Zander y Kathleen Bower como respuesta a los resultados de la adaptación de documentos utilizados en industrias (empresas). La TC se puede considerar un procedimiento estándar que tiene como objetivo: mejorar el uso de los recursos y proporcionar los mejores cuidados en un período determinado de tiempo

El término de TC es aceptado internacionalmente en todos los ámbitos de la gestión sanitaria y enfermera y representó el avance y la consolidación del rol enfermero para organizar la práctica de los cuidados, según su propia metodología clínica(26)

Como concepto, la TC son planes asistenciales que definen y ordenan, secuencialmente en el tiempo, un conjunto de actividades e intervenciones sanitarias que deben realizarse en un grupo de pacientes definidos que presentan un curso clínico predecible, permitiendo así la estandarización de las actividades que deben realizarse.

Explicita los objetivos y los elementos clave de la atención fundamentándose en la enfermería y en Medicina Basada en la evidencia (MBE) (27). Las TC se presentan como un proceso asistencial teórico por el que la persona ha de atravesar durante su período de asistencia. Está basadas en la planificación y elaboración de un plan de cuidados, con diagnósticos de enfermería principales para cada caso tipo. De cada caso tipo, se realiza una valoración según los patrones funcionales de M. Gordon.

Las TC marca directrices, mejora prácticas y expectativas del usuario, facilitando la comunicación, la coordinación de funciones y la secuencia de actividades del equipo multidisciplinar, siguiendo y evaluando las variaciones y proporcionando los recursos necesarios y los resultados.

En definitiva, el objetivo de una TC es mejorar la calidad de la atención, reducir los riesgos, aumentar la satisfacción del paciente y aumentar la eficiencia en el uso de los recursos. Promueve la vía de atención integral. Se utilizan como una de las herramientas para el diseño de procesos asistenciales, la aplicación de gestión clínica, la racionalización de la asistencia prestada, mejorar la calidad de la atención clínica y garantizar que dicha atención esté basada en investigaciones recientes. *Por todo ello algunos centros sanitarios, han basado su modelo asistencial en esta metodología, para dar respuesta de calidad a las necesidades sanitarias de una población (28).* Se anexa el manual de la TC y plan de cuidados del CSdM (anexo 2)

#### **4.2 Concepto y características del Plan de Cuidados: Proceso enfermero**

El plan de cuidados es un proceso enfermero sistematizado y dinámico que brinda cuidados enfermeros, centrado en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente. Es sistematizado, porque consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evolución, durante los cuales se lleva a cabo acciones deliberadas para lograr la máxima eficiencia y conseguir a largo plazo resultados beneficiosos. Es humanista porque se basa en la idea que, mientras planificamos y brindamos los cuidados, debemos considerar el interés, ideales y deseos que necesita el consumidor de los cuidados de salud, la persona, la familia y la comunidad (29)

Este plan de cuidados es una herramienta indispensable para proporcionar unos cuidados de enfermería individualizados. Los planes de cuidados también permiten la estandarización y homogeneización de las intervenciones de la enfermería y garantizan la continuidad asistencial. El proceso de estandarización constituye la base para homogeneizar los cuidados para

problemas específicos, sin que por ello se vea limitada la individualización de la atención a cada paciente.

De esta forma el paciente recibirá cuidados de calidad de las enfermeras que lo atienden. Con este conjunto de acciones de cuidados de salud, la persona o grupo de personas a los que van dirigidos, pueden asegurar el cubrir sus necesidades y ofrecerle el mejor cuidado.

Los planes de cuidados de enfermería se acompañan de un registro escrito del proceso de atención enfermero que se lleva a cabo de forma individualizada y de acuerdo a cinco fases (30,31)

- **Valoración:** Recogida organizada y sistemática sobre el estado de salud del paciente.
- **Diagnóstico:** Análisis de los datos recogidos en la etapa anterior identificando los problemas de salud del paciente.
- **Planificación:** Determinación de las prioridades inmediatas y establecimiento de los resultados esperados y de las intervenciones para el logro de los resultados definidos.
- **Ejecución:** Puesta en práctica del plan, realización de las intervenciones, informatización y anotación
- **Evaluación:** Valoración de los criterios de resultados marcados, de la eficacia de las intervenciones y, si es preciso, introducción de cambios en el plan, derivación a una continuidad de cuidados o finalización.

La aplicación de los planes de cuidados permite proporcionar unos cuidados individualizados y actuar de forma sistemática y metodológica. La necesidad mantener un lenguaje común enfermero que permita valorar y demostrar con mayor precisión las actividades efectuadas requiere la utilización de los: Diagnósticos enfermeros NANDA (23)

Margarita Peya describe que: *“la utilización de un lenguaje común nos ayudará a progresar, a comunicarnos mejor y a hacernos más útiles al usuario/paciente, familia/grupo, objeto de nuestros cuidados, y los diagnósticos de enfermería son la clave”* (32)

Con ello se consigue:

- Homogeneizar la actuación enfermera
- Garantizar la continuidad asistencial
- Utilización de un mismo lenguaje común que facilite el intercambio de información entre niveles.
- Optimizar la atención al paciente disminuyendo la variabilidad de las actividades
- Realizar un enfoque coordinado del paciente
- Facilitar la medida de la asistencia enfermera
- Optimizar los recursos disponibles.

Una vez realizado un breve análisis de los conceptos teóricos de TC y plan de cuidados, para una mejor comprensión se presenta un cuadro comparativo entre las trayectorias clínicas y los planes de cuidados:

**TRAYECTORIA CLÍNICA****PLAN DE CUIDADOS****Criterios comunes.**

1. Definidos por consenso interdisciplinar.
2. Asegura la continuidad de atención del proceso
3. El usuario participa en los objetivos
4. La calidad de los cuidados está definida
5. Se detectan las variaciones cuando se producen
6. Se garantiza una utilización adecuada de los recursos
7. Aumentan la calidad de la atención
8. Basado en los 11 patrones funcionales
9. Proporcionan orden y método
10. Utiliza un mismo lenguaje enfermero
11. Coordina los cuidados y tratamiento
12. Controla, registra y revisa la atención del usuario
13. Analiza los problemas relacionados con los cuidados
14. Optimizan la efectividad y eficiencia
15. Proporciona datos para mejorar la calidad

**Criterios específicos:**

1. Agrupa usuarios con una misma patología para un mismo proceso enfermero.
2. Son un grupo de usuarios con necesidades similares, relativamente previsibles
3. Reflejan las acciones para un usuario estándar
4. El proceso viene marcado por un tiempo determinado, de inicio y final
5. Se produce escasa variabilidad en las actividades
6. Patologías con escasa comorbilidad

**Criterios comunes:**

1. Definidos por consenso enfermero
2. Asegura la continuidad de atención del proceso
3. El usuario participa en los objetivos
4. La calidad de los cuidados está definida
5. Se detectan las variaciones cuando se producen
6. Se garantiza una utilización adecuada de los recursos
7. Aumentan la calidad de la atención
8. Basado en los 11 patrones funcionales
9. Proporcionan orden y método
10. Utiliza un mismo lenguaje enfermero
11. Coordina los cuidados y tratamiento
12. Controla, registra y revisa la atención del usuario
13. Analiza los problemas relacionados con los cuidados
14. Optimizan la efectividad y eficiencia
15. Proporciona datos para mejorar la calidad

**Criterios específicos:**

1. Los usuarios no forman parte de una patología única.
2. Proceso enfermero individualizado.
3. Permite flexibilidad en la adaptación de las necesidades
4. Refleja las acciones por necesidades, no por usuario estándar.
5. No existe un tiempo establecido para realizar la actividad.
6. Permite tener variabilidad a la hora de planificar las actividades
7. Permite trabajar con patologías con gran comorbilidad
8. Permite la continuidad del cuidado: hospital-comunitaria.



## **5. VARIABILIDAD EN LA TRAYECTORIA CLÍNICA DE LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**

Hasta ahora se han descrito el concepto y las características de los planes de cuidados y las trayectorias clínicas desde una perspectiva teórica. Esto permitirá exponer a continuación los motivos por los cuales se sustituirá la utilización de la metodología de TC, en el servicio de salud mental del CSdM, por la implantación de un plan de cuidados adaptado a las características específicas del paciente psiquiátrico(33).

Si bien la metodología de las TC utilizada en el CSdM es una herramienta eficaz en casi todas las patologías somáticas, se destaca que, referente a la salud mental, el abordaje y el enfoque de los cuidados enfermeros requiere otro tipo de metodología y una manera diferente de planificar la actividad propia(34).

Para mantener el mismo método asistencial enfermero que el resto de los servicios de hospitalización del CSdM, los profesionales de enfermería de la unidad de hospitalización de salud mental, elaboraron la TC de la esquizofrenia paranoide para así adaptarse a la misma metodología que el resto de los enfermeros del hospital

A continuación se expondrá de qué manera ha influido la utilización de la TC sobre la esquizofrenia paranoide y los motivos por los que se plantea un cambio de metodología.

El inicio del desarrollo para la implantación de la TC en salud mental fue concretar la definición de la esquizofrenia, su significado y sus criterios de inclusión para poder diagnosticar la esquizofrenia

Para una mejor comprensión, se describirá a continuación el concepto y las características que deben cumplir los pacientes susceptibles de poder ser

incluidos en el proceso de la TC. Se requiere previamente establecer la definición y los criterios de la esquizofrenia.

Se entiende por esquizofrenia a un trastorno psicótico crónico y deteriorante que cursa con alteración del contenido y el curso del pensamiento. La prevalencia de la esquizofrenia, representa el 1% de la población general, siendo la esquizofrenia paranoide la forma más frecuente de esquizofrenia en casi todo el mundo.

El síndrome de la esquizofrenia puede incluir alteraciones clásicas como delirios, alucinaciones y pensamiento, lenguaje y comportamiento desorganizado. Las manifestaciones clínicas pueden además, variar en el tiempo y combinarse con síntomas afectivos (maníaco o depresivo), trastorno de ansiedad, problemas legales y adicción al alcohol y/o a drogas ilícitas. La dificultad para clasificar a las personas con psicosis, sólo ha sido parcialmente resuelta gracias a manuales diagnósticos (35).

Dado que el diagnóstico de la esquizofrenia es clínico, nos basamos en unas clasificaciones internacionales diagnósticas (DSM-IV).

Si el paciente presenta un número determinado de los síntomas especificados en estas clasificaciones, durante el tiempo establecido, se dice que cumple criterios para ser diagnosticado de esquizofrenia. Estos criterios son(36):

**Criterio A: síntomas característicos** Se deben cumplir dos o más síntomas de los que se exponen a continuación, y han de estar presentes durante un período de un mes:

- Ideas delirantes
- Alucinaciones
- Lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente, incoherencia)
- Comportamiento gravemente desorganizado o catatónico
- Sintomatología negativa (aplanamiento afectivo, alógi, abulia)

Nada más se requiere un síntoma de criterio, si las ideas delirantes son extrañas, o si consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento de la persona; o si dos o más voces hablan entre ellas.

**Criterio B: Disfunción social/laboral** que se produce durante un tiempo significativo desde el inicio de la alteración. Afecta a una o más áreas importantes de la actividad, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, encentrándose por debajo previo al inicio del trastorno, también cuando el inicio se produce en la infancia o adolescencia, afectando el rendimiento académico, interpersonal o laboral.

**Criterio C: Duración** Persisten signos continuos de alteración durante por lo menos 6 meses. En estos 6 meses se debe incluir por lo menos un mes de síntomas que cumplen el criterio A. Puede incluir períodos prodrómicos o residuales.

Los **criterios D, E y F** se relacionan con exclusión del diagnóstico en aquellos casos en el que haya otras patologías (Trastornos esquizoafectivos, consumo de sustancias, de trastorno generalizado del desarrollo) que justifiquen la clínica

Con la definición y criterios establecidos de la esquizofrenia, seguidamente se expone, la definición y criterios concretos de la esquizofrenia paranoide como patología tipo susceptible de TC. Los usuarios que cumplan dichos criterios de esquizofrenia paranoide serán los que puedan ser incluidos en el proceso de la TC.

A la esquizofrenia paranoide se le considera una enfermedad mental grave, que se caracteriza, según el DSM-IV-TR, como una enfermedad que ha de cumplir los criterios de la esquizofrenia y los criterios propios de la esquizofrenia paranoide.

Se hace imprescindible describir la sintomatología, criterios y clasificación longitudinal que presenta la esquizofrenia paranoide, para la elaboración de la TC.

**Sintomatología de la esquizofrenia paranoide:** Los pacientes presentan, preocupación por una o más ideas delirantes de grandeza o persecución, alucinaciones auditivas frecuentemente, no tienen lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada y también pueden presentar ansiedad, ira, tendencia a discutir y violencia.

**Criterios de la esquizofrenia paranoide (295.30):** Es un tipo de esquizofrenia que puede cumplir los siguientes criterios:

- **Criterio A:** Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.
- **Criterio B.** No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

**Clasificación del curso longitudinal.** Los pacientes con esquizofrenia paranoide pueden presentar:

- **Episodios con síntomas:** La evolución del paciente a lo largo del tiempo se desarrolla con episodios con sintomatología residual entre episodios y se determinan por la reaparición de síntomas psicóticos destacados.
- **Episodios sin síntomas:** Sin sintomatología residual entre episodios. Es continuo existiendo síntomas psicóticos a lo largo del período de observación. Se especifica si son síntomas acusados negativo.
- **Episodio único en remisión parcial:** También se debe especificar si existen síntomas negativos.
- **Episodio único en remisión total**

Después de la descripción realizada de la esquizofrenia paranoide, se expone a continuación los criterios que se consideraron necesarios para que los pacientes ingresados en la unidad de agudos adultos de salud mental fueran incluidos en el proceso TC de esquizofrenia paranoide:

- Individuos ingresados con diagnóstico de Trastorno de esquizofrenia paranoide, de 6 meses de evolución
- Individuos comprendidos en la franja de edad entre los 18 a 50 años
- Sin otros trastornos psiquiátricos
- No abuso de sustancias tóxicas
- Sin resistencia al tratamiento antipsicótico (menor a 3 antipsicóticos utilizados)
- Sin patología médica descompensada

Se anexa patrones funcionales de la TC de la esquizofrenia paranoide (anexo 3)

### **Descripción del proceso de Temporalidad de la TC de la esquizofrenia paranoide durante el ingreso**

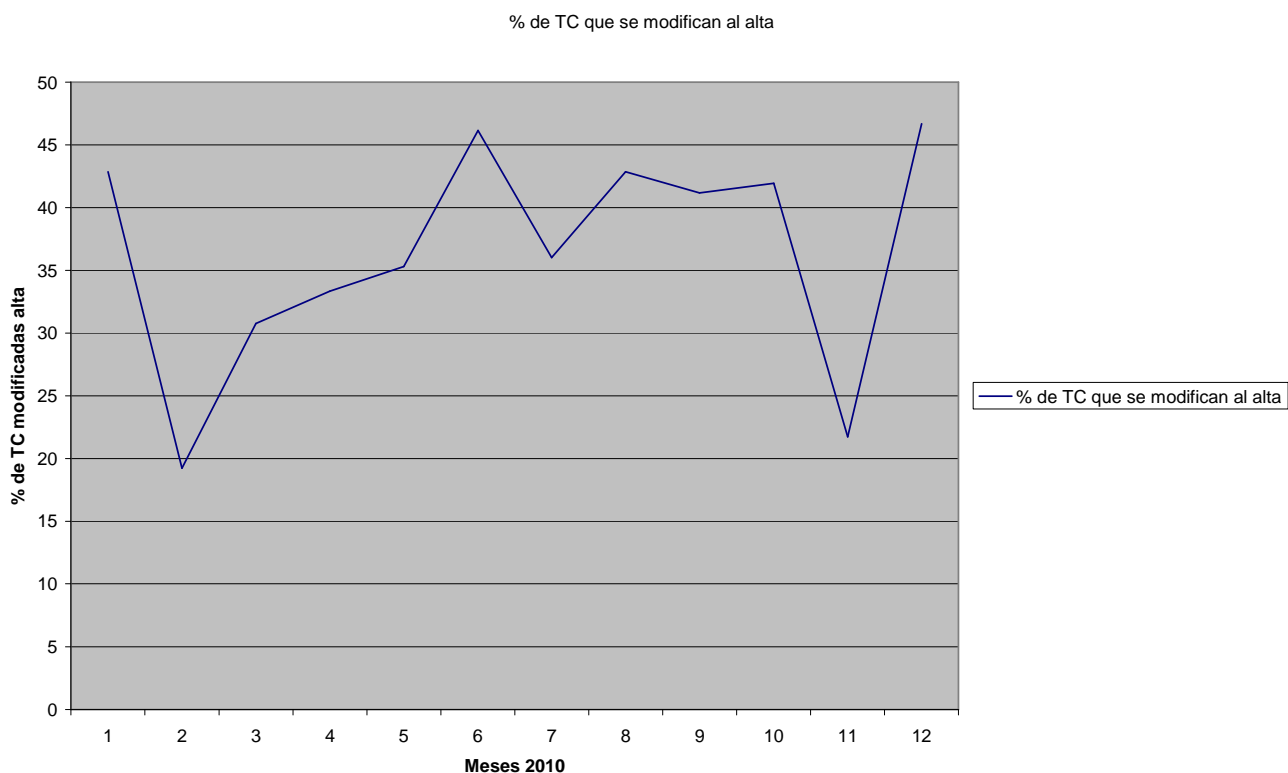
**SMA01 (Salud Mental Adultos 01):** Equivalente a la 1ª semana de ingreso. La TC se inicia en el momento que el paciente llega a la unidad de salud mental. Tiene una duración de 7 días

- **SMA01.1:** Equivalente a la 2ª semana y siguientes. Se abre una vez finalizada la primera semana. Se puede repetir tantas veces como sea necesario, siempre que el usuario se ajuste al estándar y en el caso que la evolución sea más lenta.
- **SMA01.2:** Esta TC tiene una duración de 7 días y es necesario abrirla cuando se prevé que la persona será dada de alta.

Establecidos los criterios de inclusión y secuencia en el tiempo de la TC, a continuación se expone de manera gráfica los resultados obtenidos del seguimiento y evaluación de su aplicación. Se trata de demostrar la variabilidad que se produce en esta metodología en pacientes de salud mental.

En el CSdM se llevan a cabo dos tipos de evaluaciones; una cuantitativa (ver gráfico a continuación) y otra cualitativa.

**El análisis cuantitativo**, permite saber el grado de aplicabilidad de las TC. Se compara los pacientes que ingresan en la unidad de Salud Mental a los que se les abre y aplica la TC de la esquizofrenia paranoide, comparándolos con los pacientes que son dados de alta con el mismo diagnóstico (potencialmente candidatos a esta TC).



Tal como se ve en la gráfica, los valores que se exponen a continuación, demuestran una variabilidad errática, lo que sugiere la necesidad de buscar exhaustivamente las causas. La pregunta que se plantea es ¿por qué entre los pacientes candidatos a TC y las TC abiertas hay tantas diferencias? Esperamos encontrar respuestas a partir del análisis cualitativo.

**En el análisis cualitativo** se observa, una por una, las TC abiertas y su grado de validación (cada acción que la TC propone y la enfermera ejecuta y valida). En salud mental y con la TC de la esquizofrenia paranoide se produce una insuficiente validación enfermera

Al analizar el motivo de la baja validación de las acciones de enfermería psiquiátrica en la TC de la esquizofrenia paranoide, se observa que la causa no viene dado por que no han sido realizadas, sino porque la TC no se ajusta a los procesos reales del paciente.

Las enfermeras realizan las acciones que se proponen en la TC, algunas veces fuera de horario, en algunos casos realizan además, otras acciones no previstas en la TC pero necesarias según el estado del paciente, en otras ocasiones las actividades que la TC propone no son las adecuadas en el momento previsto...etc.

Las principales causas de la variabilidad que se ha producido son:

1. **En cuanto al tiempo:** Aunque las acciones son correctas, el tiempo no es el adecuado porque la respuesta del paciente psiquiátrico es muy variable.
2. **En cuanto a las patologías añadidas:** El grupo de pacientes standard con criterios de inclusión (todos tienen el mismo diagnóstico) presentan además, una alta comorbilidad, que es también muy variada.
3. **En cuanto al tratamiento:** El tratamiento que requieren estos pacientes, está condicionado a la respuesta conductual y biológica, dificultando la estandarización del grupo de "pacientes tipo".

El bajo grado de validación de la actividad enfermera viene dado por la dificultad en registrar las actividades, ya que existen un gran número de variables no previstas y difíciles de plasmar en el registro de la TC, las especificidades de este tipo de pacientes no se pueden estandarizar.

Se plantean problemas conceptuales y prácticos que impiden su desarrollo e implantación, entre ellos: la variabilidad e imprevisibilidad de la esquizofrenia paranoide y la medición de resultados (37)

Se adjunta el Manual de trayectorias clínicas y plan de cuidados del CSdM

(Anexo 3)

Se anexa el proceso de temporalidad de la TC de la esquizofrenia paranoide

(Anexo 4)

## **6. PROPUESTA DE UN NUEVO PLAN DE CUIDADOS**

A lo largo de este trabajo, se ha podido constatar que los trastornos mentales son un problema de importante magnitud en nuestra sociedad, si no también porque comprenden un gran número de patologías, generalmente de evolución crónica, que conlleva una enorme carga a la familia, el sistema sanitario y a la propia sociedad (38)

Por ello la primera opción que se debe abordar, son los diagnósticos medico-psiquiátrico, psicológico, enfermero y social para establecer el mejor abordaje, con una visión interdisciplinar y aportando un entorno contenedor y seguro que permita un retorno a una vida social, familiar y laboral dentro de la comunidad

Como Margarita Peya expone en su artículo: *“Desde la práctica asistencial, numerosos estudios avalan el hecho de que los diagnósticos de enfermería ayudan a centrar los cuidados en los problemas de usuarios/pacientes y en la aplicación de intervenciones específicas de enfermería para dar respuesta a ellos. Es de todos conocido que en salud, cuanto más específica e individualizada sea la intervención, más efectiva es y por tanto la calidad de los cuidados proporcionados se incrementa enormemente”* Margarita Peya(32).

Los profesionales enfermeros de salud mental del CSdM, también han de ofrecer una práctica asistencial específica e individualizada para mayor efectividad y calidad en los cuidados enfermeros.

El planteamiento de un nuevo plan de cuidados en el servicio de salud mental del CSdM viene determinado por la variabilidad producida por la puesta en práctica de la TC de la esquizofrenia paranoide y los resultados obtenidos.

En primer lugar, se ha de considerar que en la especialidad enfermera de salud mental, el instrumento terapéutico principal es la prestación de cuidados basado en la utilización de la relación interpersonal para poder promover, prevenir y afrontar los problemas psiquiátricos. A consecuencia de ello, se ha de tener presente, que no es fácil poner en práctica un método tan estandarizado como la TC que solo permite un desarrollo explícito y concreto

de una actividad. En cambio, los pacientes de salud mental, requieren una descripción precisa y amplia de lo expresado, lo que dificulta su registro que no permite la TC

Otra característica diferencial en este tipo de pacientes, es la gran variabilidad de su diagnóstico, que hace que la persona no se pueda incluir en un grupo diagnóstico tipo, requerimiento obligado en la TC. La alta comorbilidad dificulta establecer en un diagnóstico concreto, debido a encontrar varios trastornos mentales en un misma persona. Esta comorbilidad tiene graves consecuencias para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los individuos afectados, ya que el abordaje depende de la sintomatología principal. Todo ello, lleva al planteamiento de que existen problemas conceptuales y prácticos que impiden el desarrollo de la TC, a causa de la variabilidad e imprevisibilidad de la enfermedad mental (37)

También, se han de considerar los factores externos que influyen en el desarrollo de la enfermedad y que afectan de manera significativa. La educación, el ambiente familiar y social, la personalidad, la inteligencia, las tradiciones y costumbres de la persona(38). Son algunos de los aspectos que deben tenerse en cuenta como factores a la hora de planificar y proporcionar los cuidados.

Por todas estas razones se requiere implantar una metodología en el que proceso enfermero se pueda desarrollar de manera satisfactoria. Los profesionales enfermeros básicamente necesitan herramientas para el cuidado del paciente de salud mental que son: las entrevistas (se anexa entrevista tipo estructurada del servicio de salud mental (anexo 5), la observación, la contención verbal, el lenguaje verbal y no verbal. Por tanto han de plasmar y exponer de forma distinta a la exigida por la TC los cuidados enfermeros que se realizan. De ello se desprende que precisan de un registro escrito, descriptivo y amplio para poder explicitar el contenido concreto y de forma literal lo que el paciente expresa y lo que haya observado y detectado la

enfermera. De esta manera se consigue dar consistencia y validez al proceso enfermero en salud mental.

A continuación se describe el proceso de trabajo que se utilizó para el desarrollo de este nuevo plan de cuidados.

Para conseguir los objetivos de instauración de un nuevo plan de cuidados en el servicio de salud mental del CSdM, se puso en marcha un proceso de estudio y valoración, con la metodología de lluvia de ideas y con la participación de toda la enfermería de salud mental: hospitalaria y comunitaria, para conseguir ofrecer una continuidad de cuidados a los pacientes.

Todas las enfermeras se reunieron para establecer un objetivo común y diseñar una metodología que abarcara las intervenciones y actividades que fuera útiles y necesarias en el servicio de salud mental.

Es importante destacar, la estrecha relación que debe existir entre los profesionales enfermeros del ámbito hospitalario y comunitario, para conseguir el propósito de ofrecer una atención integral y continuada del paciente.

El servicio de salud mental del CSdM, se basa en los pilares de las unidades de hospitalización de agudos, infantil y adultos, además de los dispositivos de hospital de día infantil y adultos, área ambulatoria infantil y adultos y drogodependencias y metadona. Por tanto, se destaca que el ámbito comunitario tiene una implicación importante en el proceso enfermero del paciente de salud mental. Es en estos dispositivos, es donde se hace posible establecer un mejor vínculo que asegure la continuidad asistencial, donde se pueden desarrollar estrategias de rehabilitación y enseñar habilidades psicosociales que faciliten vivir de la manera más autónoma y plena posibles, y ofrecer apoyo y asesoramiento necesarios a las familias. (39)

El área comunitaria fomenta la salud mental a través de la promoción de distintos programas, en las escuelas, a los jóvenes en salud mental y adicciones y se hace visible a las necesidades de la población

Por todo ello es obligado la colaboración, implicación y asesoramiento de todos los profesionales de atención comunitaria en la elaboración del nuevo plan de

cuidados que permita una asistencia continuada, una atención global e integral y que asegure un nivel de calidad óptimo.

La decisión de realizar un nuevo plan de cuidados obligaba a las enfermeras a iniciar reuniones semanales, durante casi dos meses, donde se pudo discutir la visión que cada uno tenía sobre un plan de cuidados adecuado para los pacientes de salud mental y que se adaptara a las necesidades que se pretendían. Se realizaron distintas revisiones bibliográficas sobre conceptos teóricos de planes de cuidado y su aplicación en salud mental.

Se produjeron diferentes discusiones de nuevas ideas, que permitió ir delimitando lo que se perfilaba como un nuevo planteamiento del enfoque y trabajo enfermero.

Tras la recogida de documentación y unificación de criterios, se han iniciado los primeros trazos del proyecto del nuevo plan de cuidados.

De las revisiones bibliográficas, los diferentes enfoques aportados y la experiencia profesional de las enfermeras, se consideraron comunes a todas las patologías las siguientes intervenciones:

- Conciencia de enfermedad
- Adherencia al tratamiento
- Autocuidado
- Alteraciones sensorio-perceptivas
- Ansiedad
- Sueño/ reposo
- Habilidades sociales
- Familia

Se ha de destacar que para el desarrollo de esta metodología se requiere el diseño y la aplicación de un programa informático adaptado a estos objetivos sobre el que se está trabajando actualmente.

Se anexa el proyecto plan de cuidados que se está elaborando en el servicio de salud mental anexo 6)

Dada la complejidad del paciente con esquizofrenia paranoide y de la variedad de acciones que se deben acometer, se valorará a través de la entrevista inicial las intervenciones prioritarias de acuerdo a los problemas de salud mental que presente. Por otro lado, se debe tener en cuenta, que ciertas intervenciones son más adecuadas para trabajar en determinados períodos del día o según el dispositivo en el que se encuentra el paciente. Por ejemplo a nivel hospitalario, en el paciente que se prioriza la necesidad de abordar la problemática familiar, será más adecuado realizarlo cuando las familias visiten al paciente, que suele ser por la tarde, por lo que esta actividad será trabajada por las enfermeras que se encuentren en ese turno. A nivel comunitario en los dispositivos de hospital de día o CSMA, se trabajará la adherencia y continuidad del tratamiento.

Es importante remarcar que el seguimiento del plan de cuidados que esté trabajando la enfermera, quedará reflejado en la gráfica de valoración del paciente y su contenido pasará directamente al curso clínico del mismo, evitando duplicidades de registro por parte de las enfermeras. Esto puede aportar un beneficio en favor de la fluidez del trabajo y aumento de la comunicación interdisciplinar

Este nuevo plan de cuidados, que se puede ver en el anexo que acompaña al trabajo, y que se está elaborando en la actualidad, pretende que el paciente tenga una atención individualizada y más adecuada a sus problemas de salud mental. Por otra parte la enfermera puede sentirse más satisfecha de su trabajo, al disponer de un contacto más próximo e individual con el paciente. De este modo, permite abarcar el cuidado del paciente desde distintas intervenciones y tener una visión más amplia de sus necesidades, aportando un trabajo en equipo que facilita la coordinación del trabajo enfermero. Para coordinar todo el proceso de los cuidados que se realizarán al paciente, será la enfermera referente quien coordine el proceso asistencial. La enfermera referente, es la responsable del proceso asistencial que garantiza la continuidad de los cuidados para poder individualizar y organizar las actividades que se ofrece a cada paciente. Es ella la encargada de realizar

la primera valoración al ingreso del paciente y quien establece el plan de acción que define los problemas, objetivos y actividades a realizar. La elección de una actividad, determina las acciones del resto de profesionales enfermeros que también forman parte del cuidado continuo y deberán desarrollar diariamente y por escrito la asistencia prestada, valorando dicha asistencia de acuerdo a una escala. De esta manera se podrá ir evaluando el progreso de la actividad y el momento en que se encuentra la persona respecto a cada actividad . (0 a 5, siendo 0 nula implicación y 5 máxima implicación). Ello permitirá además, crear grupos de registros enfermeros que puedan vincularse a las bases de datos de la asistencia sanitaria para poder medir la calidad del servicio enfermero realizado.

## **7.- CONCLUSIONES**

Con referencia a los cuidados enfermeros, su análisis y su relación con las características de las diferentes patologías en salud mental, hay que tener una reserva en su generalización dada la variabilidad de cada persona, su entorno y características.

El paciente con trastornos de salud mental presenta unas características especiales en el abordaje de los cuidados de enfermeros que requieren un desarrollo e intervención diferente al resto de patologías somáticas. Todo ello quedó de manifiesto con la implantación de la TC de la esquizofrenia paranoide en la unidad de salud mental del CSdM. Se observó que su práctica presentaba una alta variabilidad y que no se adaptaba a las características conductuales y específicas que requieren los pacientes con esta patología.

Por otra parte, su análisis cuantitativo ha demostrado una variabilidad errática que evidencia la dificultad en la predicción del comportamiento de estos pacientes.

Así mismo, el análisis cualitativo ha permitido detectar la baja validación de las acciones establecidas en la TC por parte de las enfermeras, debido a que las actividades no se adaptan a la realidad de los procesos reales que presenta el paciente con esquizofrenia paranoide, tampoco quedan reflejadas las actividades trabajadas fuera del horario establecido por la TC no permite dejar constancia de otro tipo de acciones que sí son realizadas. Destacar también, que hay acciones concretadas en el tiempo por la TC que no corresponden con el paciente de salud mental debido a la respuesta variable e imprevisible de estas personas

La alta comorbilidad que presentan los pacientes con esquizofrenia paranoide, la característica de que el tratamiento no sigue un proceso lineal ya que está condicionado a la respuesta conductual y biológica del paciente y la aparición de variables imprevistas que dificultan la estandarización del proceso y considerando importante, también, que su aplicación solo se realiza en el ámbito hospitalario que no permite un continuum asistencial, hace difícil el uso de esta metodología en el servicio de salud mental.

Por todo ello, se implanta un nuevo plan de cuidados donde quede reflejado el trabajo enfermero basado en la relación interpersonal, para promover, prevenir y afrontar los problemas psiquiátricos. Se basará en poder establecer una descripción precisa y amplia del contenido de cada intervención y las actividades que de ella se desprenden, y dar así consistencia y solidez al proceso enfermero para ofrecer una práctica asistencial de calidad hacia el paciente.

Este nuevo plan de cuidados permite una continuidad asistencial y global, al haber colaborado todos los profesionales de enfermería de salud mental y que desarrollan su actividad en las dos áreas que forman el servicio, hospitalaria y comunitaria. Esto ha permitido recoger las acciones que debe trabajar cada una de las áreas y reflejar las características y necesidades que son específicas de cada dispositivo

El nuevo plan de cuidados permite establecer las intervenciones más importantes y genéricas, expresadas durante este trabajo, que representan las características del paciente de salud mental con mayor prevalencia. De cada una de las intervenciones, se especifican unas actividades que la enfermera trabajará y desarrollará de forma escrita y evaluable con una escala (0 a 5), permitiendo observar el seguimiento del progreso del paciente. Ello permitirá, poder crear una base de datos para posibles investigaciones. Así mismo, aportará fluidez y mayor comunicación entre el equipo interdisciplinar debido a que el registro realizado por la enfermera, pasará directamente al curso clínico del paciente, evitando duplicidad de tareas.

El nuevo plan de cuidados, estará en continua evolución para poder ir adaptándose y perfeccionando según las necesidades que expresen y presenten las enfermeras, para poder seguir ofreciendo mayor calidad a los cuidados de los pacientes de salud mental.

## 8- BIBLIOGRAFIA

- (1) Àrea d'influència Salut Mental i Addiccions del Consorci Sanitari del Maresme. 2011; Available at: <http://www.csdm.cat/index.jsp?menuId=27&id=&jsp=home.jsp&subMenuId=27&menuActiu=2>. Accessed 20 febrero, 2012.
- (2) Memòria d'activitats. Salut Mental i Addiccions. Consorci Sanitari del Maresme 2010.
- (3) Dossey BM. Florence Nightingale's Vision for health and healing. *J Holist Nurs* 2010 Dec;28(4):221-339.
- (4) Amaro Cano, María del Carmen. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería* 2004;20(3):0-0.
- (5) Rigol A UM. *Enfermería de salud mental y psiquiatria*. Barcelona: Masson; 2001.
- (6) Virginia Henderson's Need Theory. 2012; Available at: [http://currentnursing.com/nursing\\_theory/Henderson.html](http://currentnursing.com/nursing_theory/Henderson.html). Accessed 30 Mayo, 2012.
- (7) Herrmann EK. Virginia Henderson: signature for nursing. *Conn Nurs News* 1996 05;69(5):1.
- (8) Grando VT. A self-care deficit nursing theory practice model for advanced practice psychiatric/mental health nursing. *SELF CARE DEPEND CARE NURS* 2005 12;13(1):4-8.
- (9) Horan P, Doran A, Timmins F. Exploring Orem's self-care deficit nursing theory in learning disability nursing: philosophical parity paper: part 1. *LEARN DISABIL PRACT* 2004 05;7(4):28-33.
- (10) Roldan JF, Royo D, Ortiz JM, Osorio Y, Jalvo J, Miguel D. Trayectoria clínica en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide crónica en una unidad de hospitalización de agudos. 2008; Available at: <http://hdl.handle.net/10401/4485>. Accessed 30 Enero, 2012.
- (11) Enfermeras teóricas: Hildegard Peplau. Available at: <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias4.htm>.
- (12) King IM. *A theory for nursing: systems, concepts, process*. 1981: Delmar; 1981.
- (13) Cortés J. La resiliencia: una mirada desde la enfermería. *Ciencia y Enfermería* 2010;XVI(3):27-32.

- (14) Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. 6th ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- (15) Bonfill E, Lleixa M, Sáez F, Romaguera S. Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy. *Index Enferm* 2010;19(4):279-282.
- (16) Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto - Enfermagem* 2007;16(1):129-135.
- (17) Leininger M. Madeleine Leininger's culture care: diversity and universality theory. *Understanding the Work of Nurse Theorists*; 1991. p. 93-98.
- (18) Whall A FJ. Conceptual models of nursing, analysis and application . 4th ed. Paris: Lavoisier; 2004.
- (19) Rogers M. Teoría de los seres Humanos Unitarios. Available at: [http://webs.ono.com/aniorte\\_nic/archivos/teoria\\_marta\\_rogers.pdf](http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/teoria_marta_rogers.pdf). Accessed 12 abril, 2012.
- (20) Gordon M. Manual of Nursing Diagnosis. Twelve ed. Mississauga, Ontario: Jones and Bartlett Publishers International; 2010.
- (21) Gordon M. Toward Theory-Based Diagnostic Categories. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 1990;1(1):5-11.
- (22) Rigol A UM. Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA. Barcelona: Masson SA; 1999.
- (23) Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Cuarta ed. Barcelona: Elsevier SL; 2009.
- (24) Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Segunda ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2007.
- (25) Green B. Implementing and using care pathways in mental health: Developing an approach for practice. *Journal of Management & Marketing in Healthcare* 2008;1(3):231-242.
- (26) Rodríguez-Martínez A RP. Las vías clínicas. Metodología general. *CONAMED* 2011;16(2):79-90.
- (27) De Bleser L, Depreitere R, De Waele K, Vanhaecht K, Jvlayen J, Sermeus W. Defining pathways. *Journal of Nursing Management* 2006;14(7):553-563.
- (28) Berenguer J, Esteve M, Verdaguer A. La disminución de la variabilidad en la práctica asistencial: del marco teórico conceptual a la implantación y evaluación, una necesidad. *Rev Calidad Asistencial* 2004;19(4):213-215.

- (29) Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso. Barcelona: Masson; 1999.
- (30) EM Gabaldón. Los planes de cuidados como evaluación escrita de las prácticas clínicas. Cibanal Juan, Luis.
- (31) Planes de cuidados enfermeros en SM. 2008; Available at: [http://www.feafesextremadura.org/documentacion/Planes de cuidados enfermeros en SM pdf](http://www.feafesextremadura.org/documentacion/Planes%20de%20cuidados%20enfermeros%20en%20SM.pdf). Accessed 18 Diciembre, 2011.
- (32) Peya Gascons M. Es ya la hora de un lenguaje común. Correo AENTDE 1999;3(1):4-5.
- (33) Jones A. Hospital care pathways for patients with schizophrenia. J Clin Nurs 2001;10(1):58-69.
- (34) Emmerson B, Frost A, Fawcett L, Ballantyne E, Ward W, Catts S. Do clinical pathways really improve clinical performance in mental health settings? Australasian Psychiatry 2006 12/01;14(4):395-398.
- (35) Montero AP, Balderas T, Pereira M, Lizano A, Armas R, Medina R. et al. Resultados de la categorización de una muestra de pacientes con diagnóstico de egreso de esquizofrenia. Acta Médica Costarricense 2002;44(2):74-78.
- (36) López-Ibor J. DSM-IV-TR Breviario, criterios, diagnósticos. Barcelona: Masson; 2003.
- (37) Jones A NI. Managed mental health care: problems and possibilities. J Psychiatr Ment Health Nurs 1998;5(1):21-31.
- (38) Laguna JM JM. Plan de cuidados para el paciente con trastorno mental. Presencia 2006;2(3).
- (39) Rigol A. ¿Qué hacer contra el estigma asociado al trastorno mental? Presencia 2006;2(4).





## 9. ANEXOS

## **Relación de Anexos**

Anexo 1: Plan Estratégico del Concosci Sanitari del Maresme (CSdM)

Anexo 2: Mapa de las trayectorias clínicas y plan de cuidados del CSdM

Anexo 3: Patrones funcionales de la trayectoria clínica de la esquizofrenia  
paranoide

Anexo 4: Proceso de la trayectoria paranoide de la esquizofrenia paranoide

Anexo 5: Entrevista tipo estructurada del servicio de salud mental del CSdM

Anexo 6: Propuesta de un nuevo plan de cuidados para el servicio de salud  
mental del CSdM



UNIVERSITAT DE BARCELONA



## Anexo 1: Plan Estratégico del Consorci Santirari del Maresme (CSdM)



# Consorci Sanitari del Maresme

Mataró, junio de 2012



**CONSORCI SANITARI  
DEL MARESME**

## **1.- Presentación e historia**

El Consorcio Sanitario del Maresme es una organización de provisión de servicios sanitarios que da cobertura integral a las necesidades de mejora de salud del ciudadano de su área de influencia. Como empresa de servicios de salud, estamos al servicio del ciudadano individual y colectivamente. Estamos implicados en la salud de una población determinada y operamos en un territorio definido. El Consorcio Sanitario del Maresme ha sido el instrumento de participación interinstitucional que ha permitido dar un paso adelante en nuestros recursos sanitarios.

### **Nuevo hospital en 1999**

Empezamos trasladando, en abril de 1999, la actividad hospitalaria en un nuevo equipamiento, que hoy es el más moderno de los hospitales comarcales de Cataluña. Gracias a esta facilidad de las nuevas instalaciones ya la ilusión renovada de los profesionales, hemos podido emprender nuevas líneas de trabajo, todas dirigidas a completar y mejorar la atención a la ciudadanía. Desde este nuevo equipamiento hemos podido crecer en actividad, pero no sólo en términos cuantitativos, tan significativos en el caso de las urgencias y los partos, sino que sobre todo ha habido una mejora de la calidad.

En otro sentido, hemos iniciado el despliegue de la atención a los problemas de salud mental, como parte indisociable de la atención integral de la persona, y nos hemos abierto a la atención primaria, el primer escalón de la asistencia donde se pueden resolver la mayoría de problemas de salud y donde los ciudadanos pueden encontrar un consejo sanitario más inmediato. A la apertura de la primera ABS gestionada por el Consorcio en Argentona, seguirán pronto otras. Un ejemplo es la adecuación del antiguo Hospital guardando Jaume y Santa Magdalena como centro sociosanitario con nuevas modalidades de atención. La constitución de la Fundación Jaume Esperalba ha abierto las puertas a la búsqueda desde el Consorcio ya la posibilidad de introducir otros servicios sanitarios que complementen la actual oferta asistencial de la sanidad de provisión pública.

### **Visión Global**

En conjunto, vamos avanzando hacia una visión global de la salud que pasa por una mayor integración y coordinación entre los diferentes ámbitos de la atención (la atención primaria, la especializada, la sociosanitaria y la de salud mental), sin desatender aspectos claves para el futuro de las instituciones y los profesionales sanitarios como son la formación y la investigación.

Con esta línea de trabajo abrimos el objetivo que nos corresponde como parte activa del sistema de salud y respondemos a las expectativas de los ciudadanos que reclaman unos servicios cercanos, resolutivos y de calidad. Basamos nuestra organización en el equipo humano y fundamentamos

nuestras actuaciones en la profesionalidad y la responsabilidad de nuestros profesionales en todos los ámbitos.

## **2. - Misión y valores**

### **Misión**

El CSdM es una empresa pública con la finalidad de contribuir a la mejora del estado de salud de la población del área territorial del Maresme. Para ello ofrece una cartera de servicios (sanitarios, sociosanitarios y sociales) adaptada a las necesidades y expectativas de los ciudadanos en un marco de continuo asistencial.

Su organización, centrada en las personas, está orientada a ofrecer servicios de calidad con criterios de eficacia, efectividad, eficiencia y responsabilidad social, implicando para ello sus profesionales, proveedores y otros agentes del sector salud.

La docencia, la investigación y la innovación contribuyen a la mejora de la asistencia como partes inseparables.

### **Visión**

Ser un centro de excelencia en la atención a la salud de las personas para contribuir conjuntamente con otros dispositivos, no sólo en la mejora de su estado de salud sino también en la mejora de la calidad de vida y la cohesión social los ciudadanos, de una manera continuada y sostenible.

Por ello ofrecerá sus servicios no sólo en el área territorial del Maresme, sino que también lo hará como centro de referencia en las áreas territoriales vecinas.

### **Valores compartidos**

#### El ciudadano es el eje central de nuestra actividad

Le garantizamos la accesibilidad y le ofrecemos un trato amable personalizado que genera confianza y credibilidad.

Le aseguramos la información, ya que es el punto esencial para poder escoger libremente.

Respetamos los valores y creencias religiosas y culturales de todos nuestros pacientes y sus familias.

Nos preocupamos para favorecer su autonomía y buscamos su participación en la toma de decisiones que le afecten durante el proceso clínico.

#### El compromiso con la sociedad por ser una organización sanitaria implicada en un territorio y en una comunidad

Compromiso en el uso eficiente de los recursos de que disponemos y de su rentabilidad social.

Compromiso con el respeto con el medio ambiente.

#### Ofrecemos una atención integral e integrada a la persona

Aseguramos la continuidad de la atención en todas las modalidades asistenciales.

Somos una organización adaptable y ágil ante el cambio, tanto en lo referente a

las necesidades de la persona como a los cambios tecnológicos que han de posibilitar este tipo de atención.

#### Trabajamos para la mejora continua de la calidad

Los principios de la bioética están presentes en la toma de decisiones a todos los niveles.

Entendemos por calidad no sólo la adecuada respuesta a la necesidad sino también a las expectativas de nuestros pacientes.

#### Basamos nuestra organización en el equipo humano

Fundamentamos nuestras actuaciones en la profesionalidad y el profesionalismo, la responsabilidad y la transparencia.

El trabajo en equipo se convierte en el eje de la asistencia.

La formación continuada, como responsabilidad individual y colectiva, es imprescindible para el mantenimiento de la excelencia • excelencia profesional

### **3. - Código ético**

1. El CSdM vela por la salud de las personas en los ámbitos de la prevención, el tratamiento y la paliación de la enfermedad. El individuo será tratado de manera integral, ya que la enfermedad le afecta en todas sus dimensiones: física, psicológica, espiritual y social.

2. La actividad del CSdM se guiará por los objetivos generales de la medicina, esto es: promover, mantener o restablecer la salud, evitar el sufrimiento y acompañar al paciente en todo su proceso, si necesario, hasta la muerte.

3. Las actuaciones asistenciales deben garantizar el cumplimiento de los principios éticos básicos: respeto a la autonomía de las personas, justicia y búsqueda del máximo beneficio para el paciente procurando a la vez evitar los posibles daños derivados de las acciones que se emprenda.

4. El CSdM debe velar porque en la asistencia a las personas no haya discriminaciones de ningún tipo, ya sea por razones de tipo ideológico, religioso, social, de género o de raza.

5. El CSdM velará para que tanto los enfermos como sus familiares o acompañados reciban un trato humano, cordial y digno basado en el diálogo, la participación y la confianza mutuas.

6. El CSdM dispone de un comité de ética asistencial abierto a las consultas que le quieran dirigir tanto los usuarios y familiares como los profesionales que trabajan.

7. El CSdM velará por que se respete la confidencialidad y privacidad de la información que genere la actividad asistencial con las excepciones que prevea la ley.

8. El CSdM debe respetar los derechos de los usuarios y debe garantizar la difusión y el conocimiento de la "carta de derechos y deberes de los usuarios" tanto entre sí como entre los profesionales.

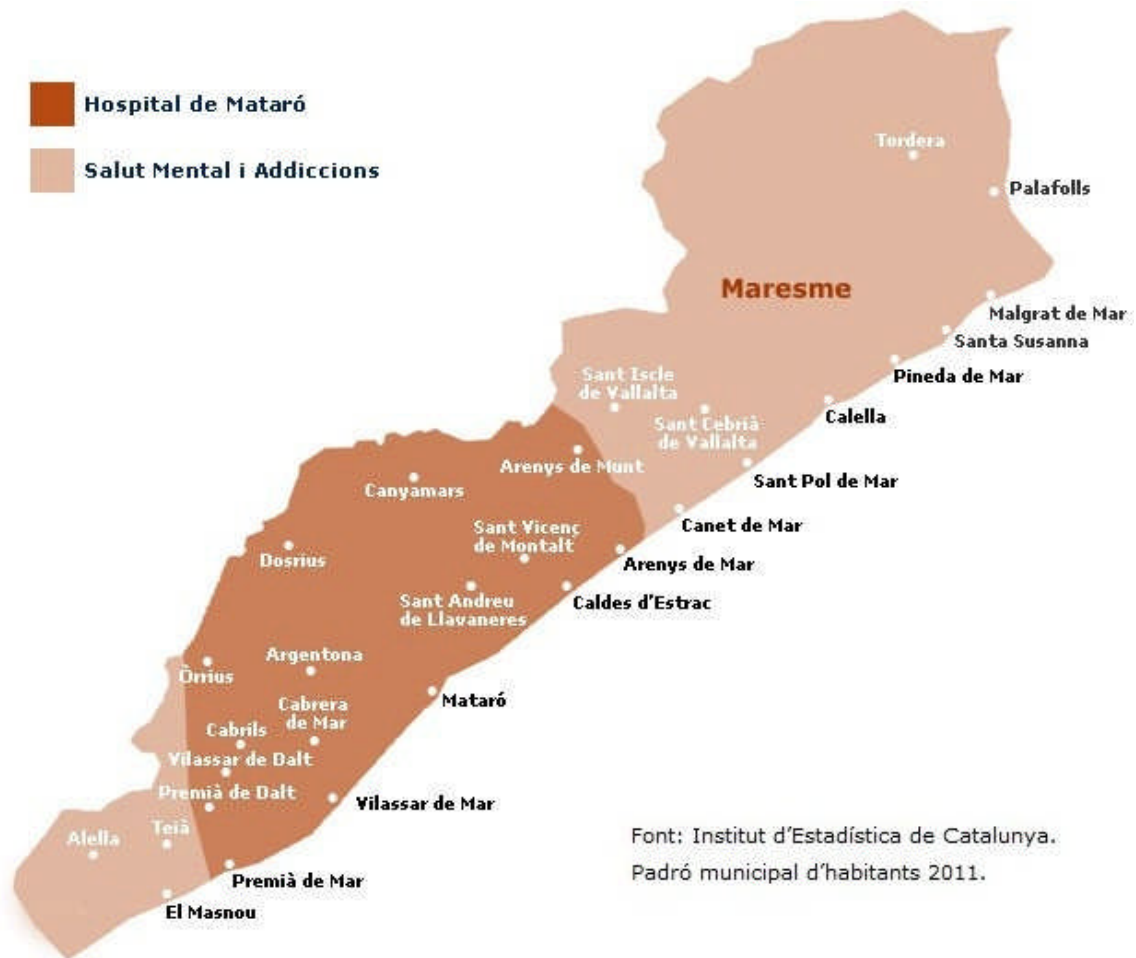
9. El CSdM debe ofrecer las mejores expectativas de tratamiento de acuerdo con sus capacidades humanas y técnicas y de acuerdo con el conocimiento científico del momento facilitando, para alcanzarlo, la formación continuada de sus profesionales.

10. El CSdM incorporará en sus actuaciones la docencia y la investigación, siempre siguiendo las normativas vigentes por las que están reguladas.

11. Toda persona tiene derecho a vivir y morir con dignidad y el CSdM velará para que este derecho sea respetado.

#### **4. - Área de influencia del CSdM**

Hospital de Mataró: da servicio a una población de 262.646 personas. Además de la atención que se hace en el hospital, esta área incluye dispositivos de atención primaria, sociosanitaria, salud mental y adicciones, y dependencias. Salud Mental y Adicciones: el CSdM da servicio de salud mental y adicciones en una población de 416.185 personas situada en la comarca del Maresme.



## 5. - Recursos estructurales del Hospital de Mataró

### Hospitalización

336 camas

56 camas de psiquiatría (infantojuvenil y adultos)

Bloque quirúrgico y Bloque obstétrico

1 Sala de operaciones de urgencias

7 Sala de operaciones convencional

3 salas de operaciones de cirugía mayor ambulatoria

16 Plazas de cirugía mayor ambulatoria

14 Plazas en la Unidad de recuperación post anestesia

2 Salas parte y 3 salas de dilatación,

1 Sala de operaciones de cesáreas

3 Sala de operaciones de cirugía local

1 Central de esterilización

### Consulta externa

44 Consultorios

22 Gabinetes de exploraciones complementarias

Hospital de Día

4 Camas

28 Sillones

Urgencias

33 Boxes

3 Boxes de selección

Servicios Centrales

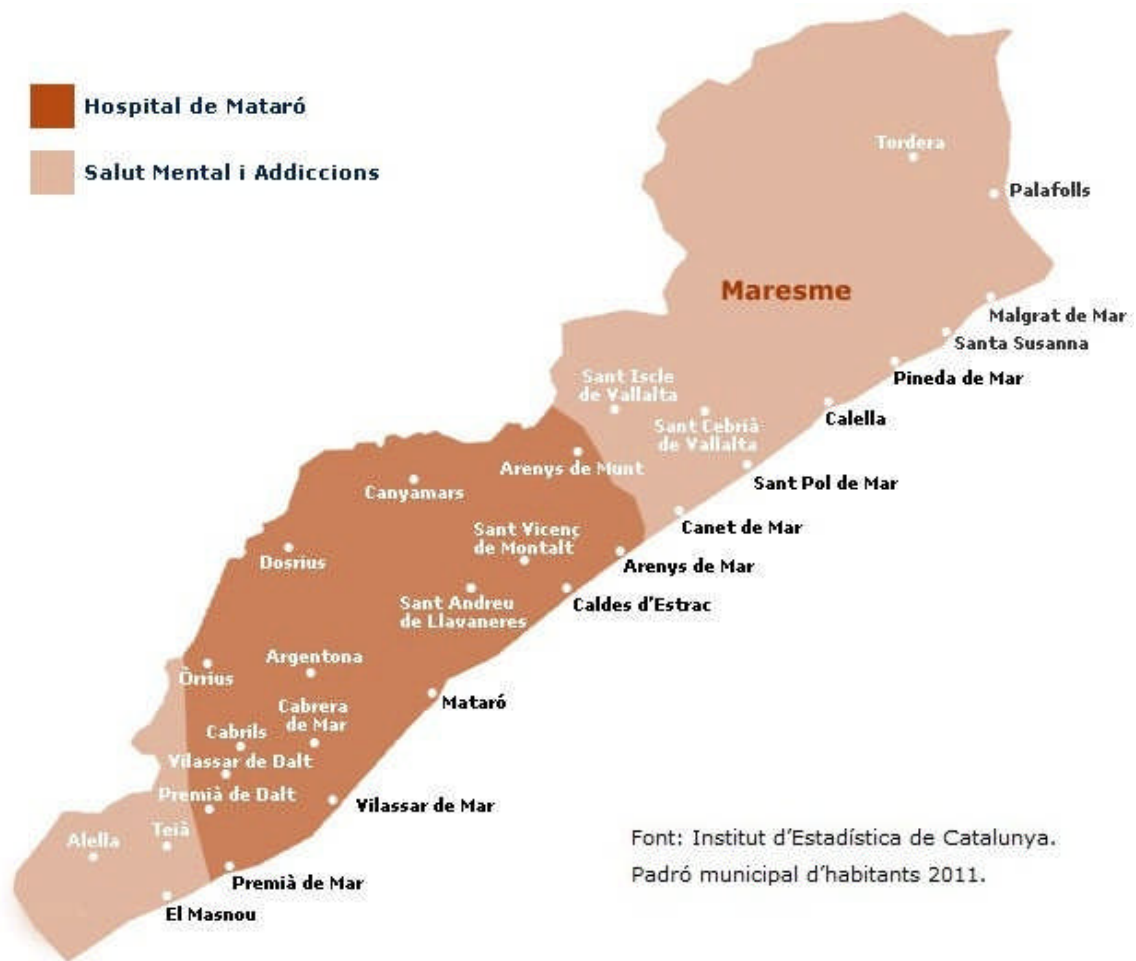
4 Salas de radiología convencional

2 telecomandos con estereotaxia, 1 mamógrafo

3 Ecógrafos, 1 vascular, 1 TAC

1 Resonancia magnética nuclear

## **6. - Área de influencia de Salud Mental y Adicciones**



## 7. - Centros de Salud Mental y Adicciones

Centro de Atención a las Drogodependencias

Edificio Ambulatorio

Planta 1

Carretera de Cirera s / n

08304 Mataró

Tel. 937417700 (Ext. 4701)

Centro de Salud Mental de Adultos

Edificio Ambulatorio

Planta 1

Carretera de Cirera s / n

08304 Mataró

Tel. 937417700 (Ext. 4700)

FAX 937417711

Centro de Salud Mental Infanto-juvenil

Edificio Ambulatorio

Planta 1

Carretera de Cirera s / n

08304 Mataró

Tel. 937417700 (Ext. 4708)

FAX 937417711

Hospital de Día de Salud Mental Adultos  
Edificio Ambulatorio  
Planta 0  
Carretera de Cirera s / n  
08304 Mataró  
Tel. 937417700 (Ext. 4,709)  
FAX 937417711

Hospital de Día de Salud Mental Infanto-juvenil  
Edificio Ambulatorio  
Planta 0  
Carretera de Cirera s / n  
08304 Mataró  
Tel. 937417700 (Ext. 4.760 a 4761)  
FAX 937417711

## **8. - Cartera de Servicios**

Centro de Salud Mental de Adultos y Infantojuvenil

Trabajo social:

El trabajador / a social evalúa la situación social, hace un seguimiento individual y familiar del paciente con trastorno mental y trabaja la incorporación a alternativas educativas, laborales y de ocio. También hace una labor de asesoramiento en los recursos específicos de salud mental como los comunitarios y apoya y ayuda a las familias que conviven con el paciente.

Atención al Usuario:

El Consorcio Sanitario del Maresme garantiza que el usuario pueda ejercer su derecho de opinión sobre la Institución y los profesionales que lo tratan, tal y como se expresa en la carta de derechos y deberes del paciente. Los usuarios del Centro que quieran expresar su opinión, pueden hacerlo la dirección de correo [uau@csdm.cat](mailto:uau@csdm.cat). Quien lo quiera hacer personalmente puede dirigirse a los profesionales del centro o ir a la Unidad de Atención al Usuario del Hospital de Mataró.

### **Drogodependencias**

Trabajo social:

La Unidad de Trabajo Social ofrece a todas las familias que en casa tengan un problema de consumo de drogas, orientación y asesoramiento para tratarlo. Se da información sobre la derivación a otros recursos especializados como comunidades terapéuticas, centros de día y otros servicios relacionados con los tratamientos en drogodependencias, así como la posibilidad de informarse del tratamiento que se hace en el CAS (Centro de Atención y Seguimiento).

Atención al Usuario:

El Consorcio Sanitario del Maresme garantiza que el usuario pueda ejercer su derecho de opinión sobre la Institución y los profesionales que lo tratan, tal y

como se expresa en la carta de derechos y deberes del paciente. Los usuarios que quieran expresar su opinión, pueden hacerlo la dirección de correo [uau@csgm.cat](mailto:uau@csgm.cat). Quien lo quiera hacer personalmente puede dirigirse a nuestros profesionales o ir a la Unidad de Atención al Usuario del Hospital de Mataró.



Anexo 2: Mapa de las trayectorias clínicas y plan de  
cuidados del CSdM

TRAJECTÒRIES CLÍNIQUES  
|  
PLANS DE CURES

---

## Entrada a l'aplicació.

Per iniciar l'aplicació de trajectòries clíniques i plans de cures cal prémer la icona que es troba a l'escriptori de l'ordinador i que té la imatge d'un despertador com la següent:



Trajectòries Clíniques i Plans de cures.Ink

Per poder accedir a l'aplicació el primer pas és identificar-nos. Apareixerà una pantalla on s'haurà d'introduir l'usuari i la contrasenya d'accés particular de cadascú:

Conexión con la base de datos

Parámetros de conexión:

Usuario:

Password:

Aceptar

Cancelar

És important tenir present que el fet d'accedir a l'aplicació amb el password personal ens identifica en qualsevol moviment dins del programa, per aquest motiu **és imprescindible mantenir-lo en secret**.

Un cop identificats apareixerà la pantalla principal de la gestió de trajectòries i plans de cures.

## Pantalla principal de l'aplicació.

Windows - Fira - 1.1.003 (sonacle), Usuario/Administrador

Fichero Acciones Maestros Entradas Consultas Informes Herramientas Ventanas ?

Asignación de Pacientes

Unidad: PEDIATRIA/OBSTETRICI

Usuario: Administrador

Inicio: 11/10/2002 00:00

Fin: 11/10/02 23:59

LogOut

Asignar

Ver Asignaciones

Pacientes dados de alta

Actualizar

Deseleccionar





PLANO DE LA UNIDAD

146/1 TEJERO QUINTERO BARBERAN PEREZ, XAVIER	147/1	148/1	149/1 PELEGRIN MUÑOZ A BARBERAN PEREZ, XAVIER	150/1 EL HADDOLCHI - N GENOVER LLIMONA	151/1	152/1 BAILLE MOERA SE BARBERAN PEREZ, XAVIER
146/2 TORO ELVIRA OSCA BARBERAN PEREZ, XAVIER	147/2 POLIS MARIN RICAR SANE CARTAGENA	148/2 CAMASA - NYLMAVA BARBERAN PEREZ, XAVIER	149/2	150/2 TORRENT TREPANA FORCE SANMARTIN, ULIS	151/2 URBANO NAVARRO R BARBERAN PEREZ, XAVIER	152/2 GL - DAZANA VAN BARBERAN PEREZ, XAVIER
153/1	154/1	155/1	156/1 PERNANDEZ ESTRAD GENOVER LLIMONA	157/1	158/1 DE GEA CABALLERO GRATAOS PERIS, MARIA	159/1 KOLECH - FARIDA GENOVER LLIMONA
153/2	154/2	155/2 HACU - FATMA MADE OLIVERAS, TERESA	156/2 ARJONA FERNANDEZ GENOVER LLIMONA	157/2 RODRIGUEZ JOYAR R GENOVER LLIMONA	158/2 HALL - SOLAD SULLEN OQUEZ, XAVI	159/2 SANCHEZ SANCHEZ SOLE SUJAU, JOSEFA
160/1 EL HARKI - ZAIN GENOVER LLIMONA	161/1 GARCIA GOMEZ JOA SARGATAL RAFOSOND	162/1 DIEZ HERVAS MARI GENOVER LLIMONA	163/1 ALVAREZ VILLAREJ GRATAOS PERIS, MARIA	164/1 TARRIDAS CASTANE GENOVER LLIMONA	165/1 MATAMOROS PELEGR SARGATAL RAFOSOND	166/1 CENI PEÑA PENE BARTRES AMETLER
160/2 TAYLOR PACHECO J GENOVER LLIMONA	161/2 GARCIA BARRER OA SARGATAL RAFOSOND	162/2 RICO BRADO SARA BARTRES AMETLER	163/2	164/2 MARQUE MUESTRA GRATAOS PERIS, MARIA	165/2 ARJERA MARTIN TORRE GONDALEZ PEAR	166/2 RODRIGUEZ ESCUDE SOLE SUJAU, JOSEFA


Ready

Aquí es visualitza l'usuari amb el que s'ha entrat, la unitat amb la que s'està treballant i l'horari que fa l'usuari. En cas de no adaptar-se a l'horari real de treball, s'haurà de modificar, a fi de que la relació de actuacions/activitats a fer per cada trajectòria que es tingui assignada, sigui coherent amb el torn que s'estigui realitzant.

Tanmateix es poden distingir tres objectes que tenen un significat concret:

-  Informació sobre el malalt. (Dades personals, qui el té assignat, trajectòria/es , etc.)
-  Alarmes. Per consultar les exploracions de Laboratori, Radiologia i Quiròfans que té **pendents** de fer el pacient.
-  Notes sobre l'ingrés. Per introduir anotacions referents al malalt i que es volen posar en coneixement de tothom. Quan presenta aquest aspecte vol dir que no n'hi ha cap anotació feta. En cas contrari (quan hi ha anotacions) aquesta icona canviarà a : 

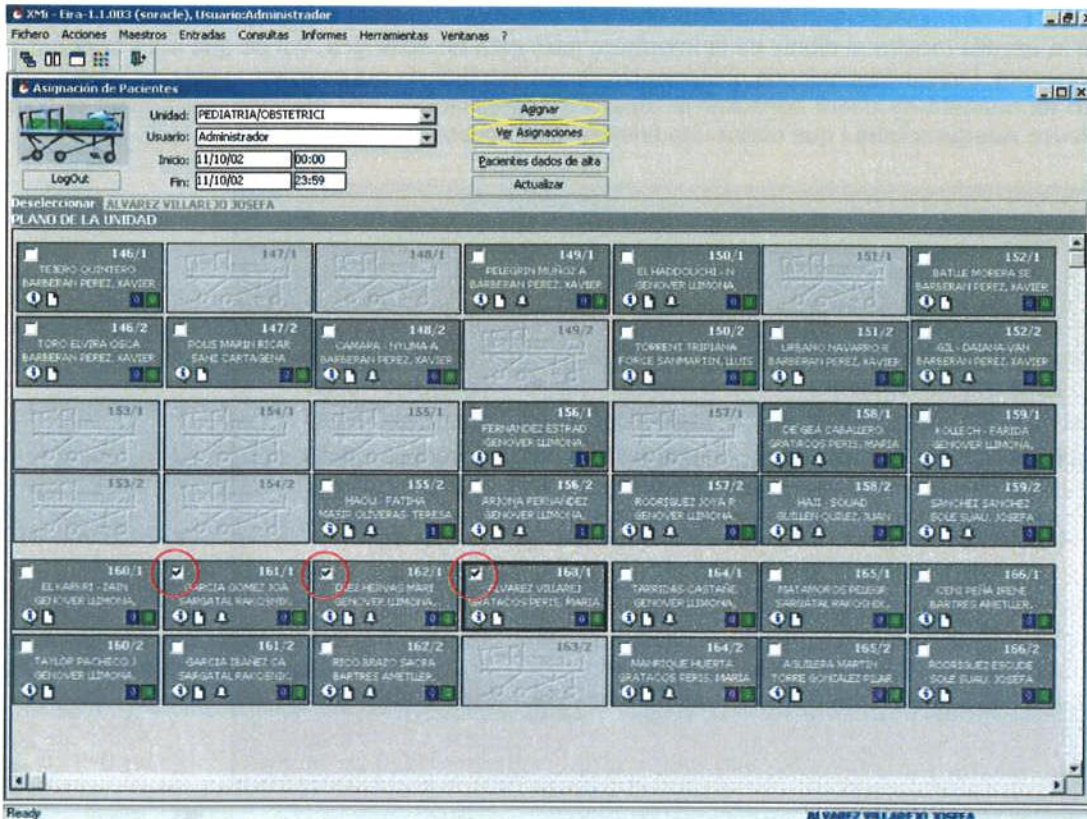
 N° de trajectòries obertes.

 N° de plans de cures oberts.

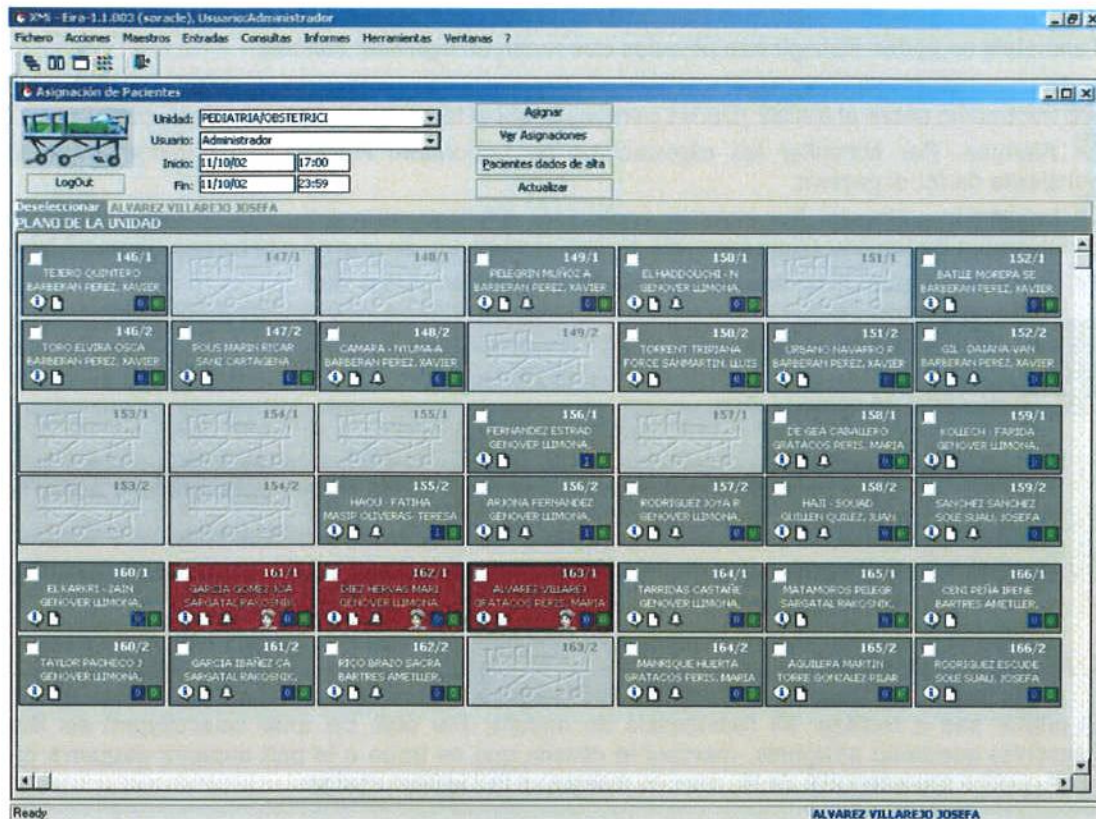
- LogOut** Botó per desconnectar-se de l'aplicació com a usuari, però mantenir activa la pantalla on es visualitza el cens de la unitat.
- Actualitzar** Botó per actualitzar la informació que es visualitza en pantalla referent al cens de la unitat.

### 1. Assignació de malalts.

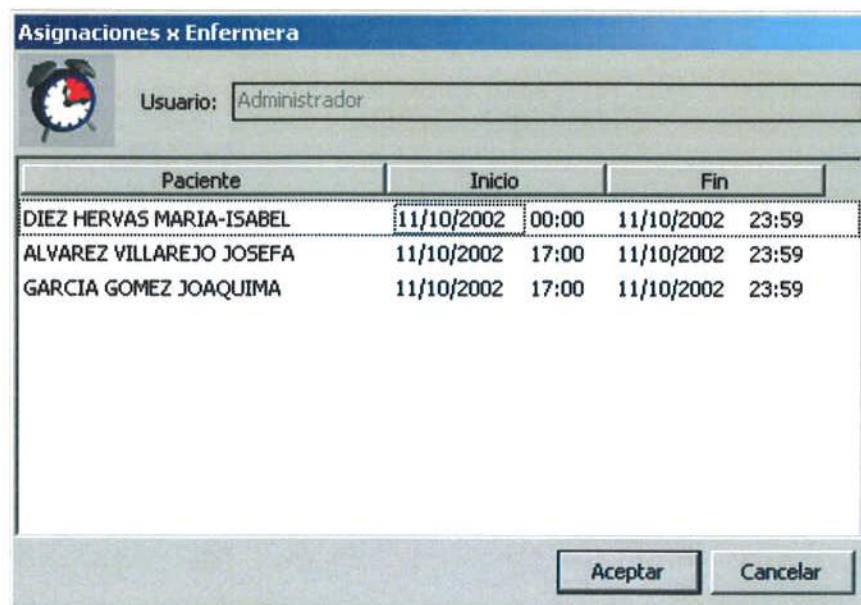
El primer pas a realitzar és l'assignació de malalts. Per això cal anar seleccionant els llits (pacients) que teniu assignats, marcant la casella que es troba a la part superior esquerra de cada quadre representatiu de llit, com es mostra en la següent imatge:



Un cop "marcats" tots els malalts/llits corresponents, el pas següent és prémer el botó **Assignar**. Desapareixeran les marques i apareixerà el dibuix d'una infermera i les caselles es posaran en color vermell.



Si la casella mostra el dibuix de la infermera però està en color gris, vol dir que està assignat a algú altre, i mitjançant la icona d'informació es pot esbrinar de qui es tracta. En tot moment es podrà consultar la relació de assignacions per infermera mitjançant el botó **Veure Assignacions** i que obrirà una finestra com aquesta:

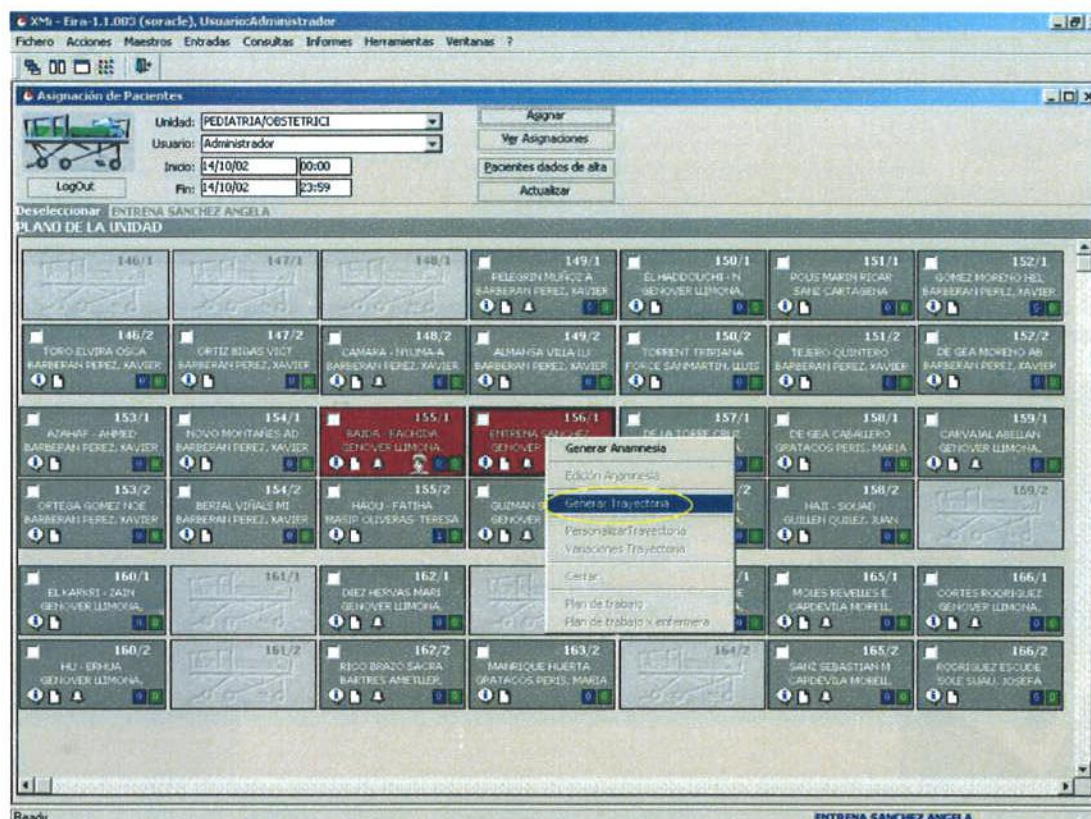


que diu els malalts que té assignats l'usuari i durant quin període.

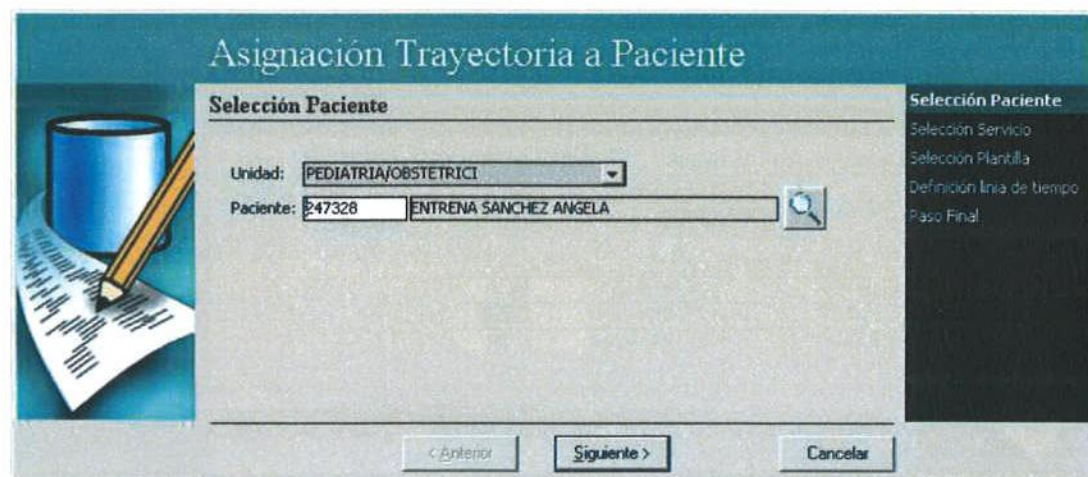
Mitjançant aquesta opció també hi ha la possibilitat de modificar el període d'assignació de cada pacient, molt important i necessari en cas de trasllat del pacient entre unitats o per un canvi de llit i per tant canvi d'infermera responsable.

## 2. Generació de trajectòries.

Un cop fetes les assignacions pertinents, s'ha de generar trajectòria per als malalts que no en tinguin. Per fer-ho cal seleccionar el pacient i, prement el botó dret del ratolí, es desplegarà un menú on apareixerà l'opció **Generar Trajectòria**, tal com s'observa a continuació:



Aquesta opció és un assistent que anirà demanant les dades necessàries per dur a terme l'objectiu. El primer pas de l'assistent és la selecció del malalt.



Seguidament s'ha de seleccionar el servei al que pertany la trajectòria que volem generar:

The screenshot shows the 'Asignación Trayectoria a Paciente' window. The main area is titled 'Selección Servicio' and contains a dropdown menu with 'OBSTETRICIA' selected. On the right, a vertical sidebar shows a progress indicator with 'Selección Servicio' highlighted. At the bottom, there are three buttons: '< Anterior', 'Siguiete >', and 'Cancelar'.

El següent pas és escollir la plantilla de trajectòria correcte, entre totes les disponibles del servei indicat anteriorment :

The screenshot shows the 'Asignación Trayectoria a Paciente' window. The main area is titled 'Selección Plantilla' and contains a table with three rows. The second row is highlighted. On the right, a vertical sidebar shows a progress indicator with 'Selección Plantilla' highlighted. At the bottom, there are three buttons: '< Anterior', 'Siguiete >', and 'Cancelar'.

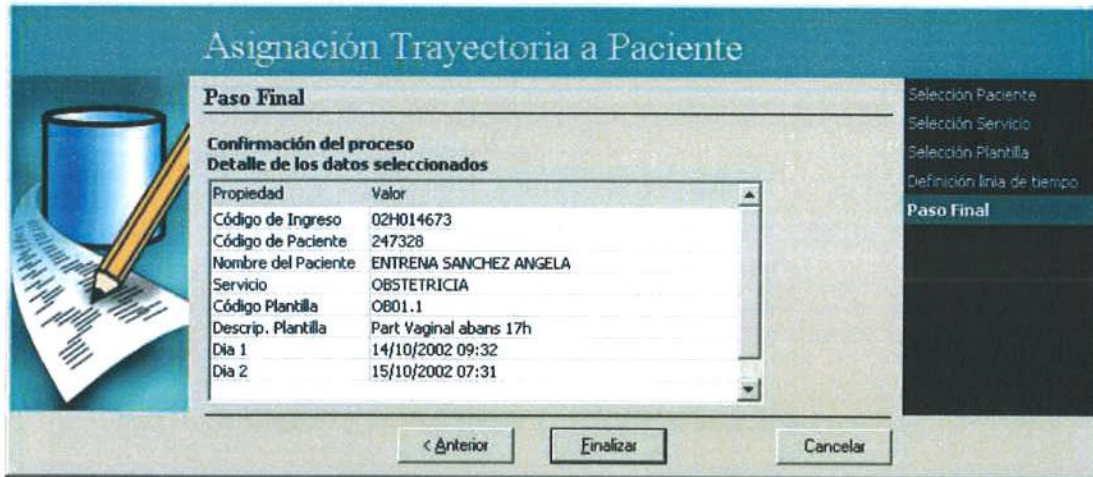
Código	Descripción	Versió
<input type="checkbox"/> OB01.2	Part Vaginal post 17 h	6
<input checked="" type="checkbox"/> OB01.1	Part Vaginal abans 17h	6
<input type="checkbox"/> OB02	CESSÀRIA	3

A continuació s'ha de definir la línia de temps (durada de la trajectòria) que s'està generant. Per defecte, aquesta pantalla mostra la línia de temps calculada tenint en compte el moment de generació de la trajectòria, i segons la línia de temps assignada en la plantilla.

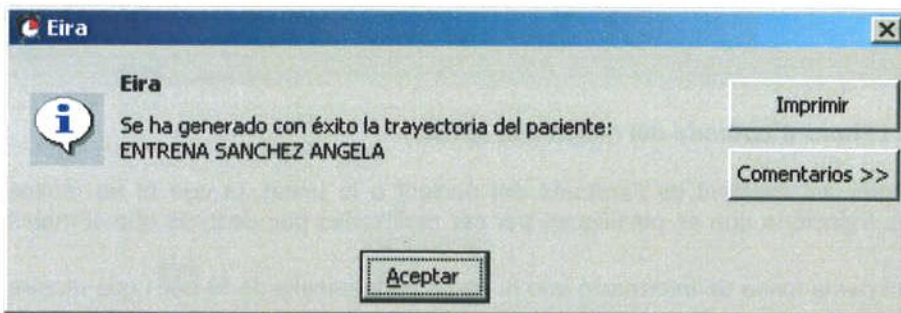
The screenshot shows the 'Asignación Trayectoria a Paciente' window. The main area is titled 'Definición línea de tiempo' and contains a checkbox 'Recalcular Automáticamente' which is checked. Below it is a table with three rows. On the right, a vertical sidebar shows a progress indicator with 'Definición línea de tiempo' highlighted. At the bottom, there are three buttons: '< Anterior', 'Siguiete >', and 'Cancelar'.

Línea de tiempo	Inicio	
Día 1	14/10/2002	09:32
Día 2	15/10/2002	07:31
Día alta	16/10/2002	07:31

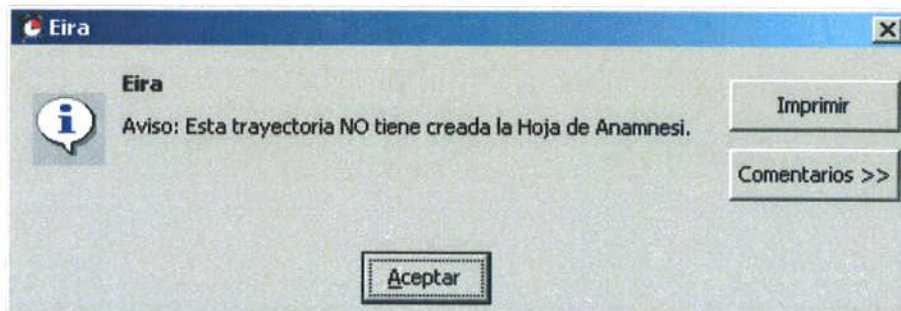
En aquest pas és obligatori modificar l'hora d'inici del dia 2 per l'hora d'inici del dia següent. **Actualment l'inici del dia 2 coincideix amb l'inici del dia natural, o sigui a 00:01.** Finalment cal la confirmació dels passos anteriors, i que en cas d'haver dades errònies dona la possibilitat de tornar enrera per modificar-les.



Si finalitzem la generació de la trajectòria correctament, se'ns mostrarà un missatge com el següent:



Tot seguit en avisarà de que el malalt no disposa de full d'anamnesi:



Al finalitzar el procés el pacient seleccionat ja disposarà de trajectòria clínica i perquè quedi constància en la pantalla principal podem fer <F5> i s'actualitzaran les dades del lliat que estigui seleccionat en aquell moment, tal com es mostra en la següent pantalla:

Unidad: PEDIATRIA/OBSTETRICIA  
 Usuario: Administrador  
 Inicio: 14/10/02 00:00  
 Fin: 14/10/02 23:59

Asignación de Pacientes

Deseleccionar ENTREÑA SANCHEZ ANGELA


PLAN DE LA UNIDAD

146/1	147/1	148/1	149/1 PELEGRÍN MUÑOZ A BARBERÁN PEREZ, XAVIER	150/1 EL HADDOLCHI - N GENOVER LLIMONA	151/1 POLU MARIN RICAR SANZ CASTAÑEDA	152/1 GOMEZ MORENO HEL BARBERÁN PEREZ, XAVIER
146/2 TORO ELIZAB OSGA BARBERÁN PEREZ, XAVIER	147/2 ORTIZ BEAS VICT BARBERÁN PEREZ, XAVIER	148/2 CAMARA - NYLMAA BARBERÁN PEREZ, XAVIER	149/2 ALMANSO VILLA LU BARBERÁN PEREZ, XAVIER	150/2 TORRENT TRIDIANA FORCE SANMARTÍN, LUIS	151/2 TEJERO QUINTERO BARBERÁN PEREZ, XAVIER	152/2 DE GEA MORENO AB BARBERÁN PEREZ, XAVIER
153/1 AZAHAF - AHMED BARBERÁN PEREZ, XAVIER	154/1 NOVO MONTAÑES AD BARBERÁN PEREZ, XAVIER	155/1 BAIZA - FACHOLA GENOVER LLIMONA	156/1 ENTREÑA SANCHEZ GENOVER LLIMONA	157/1 DE LA TORRE CRUZ GENOVER LLIMONA	158/1 DE GEA CABALLERO GRATAÇOS PERIS, MARTA	159/1 OMVAAL ABELIAN GENOVER LLIMONA
153/2 ORTEGA GOMEZ IJSE BARBERÁN PEREZ, XAVIER	154/2 BERRAL VÍVALS MJ BARBERÁN PEREZ, XAVIER	155/2 MAGUI - FATHA MASIP OLIVERAS, TERESA	156/2 GUZMAN SIERRA PA GENOVER LLIMONA	157/2 MIRQUEA RUBIO HIL GENOVER LLIMONA	158/2 HASTI - SOLANO GUILLEN QUESZ, XAMI	159/2
160/1 EL KARRI - ZAIN GENOVER LLIMONA	161/1	162/1 DIEZ HERVAS MARI GENOVER LLIMONA	163/1	164/1 TARRIDAU CASTAÑE GENOVER LLIMONA	165/1 MOLES REVELLES E CARDEVILA MORELL	166/1 ORTES RODRIGUEZ GENOVER LLIMONA
160/2 HU ERHUA GENOVER LLIMONA	161/2	162/2 BICO BRAD SAKHA BARTRES AMETLLER	163/2 PANDIQUE HUERTA GRATAÇOS PERIS, MARTA	164/2	165/2 SANT SEBASTIAN M CARDEVILA MORELL	166/2 RODRIGUEZ ESPUEE SOLE SUANU, JOSEFA


Ready ENTREÑA SANCHEZ ANGELA

### 3. Informar el dia i l'hora d'arribada del malalt a la unitat.

És obligatori informar del moment de l'arribada del pacient a la unitat, ja que hi ha moltes intervencions en la trajectòria que es planifiquen per ser realitzades poc després que el malalt arriba al llit.

Això es fa accedint per la icona de informació que hi ha en cada casella de llit  i que mostra la següent pantalla:

**Datos del Paciente**

 Datos del paciente

Paciente: FORNAGUERA GOMEZ SONIA

F.Nacimiento: 11/06/1976 Edad: 26

Patología: INDUCCIO AL PART

NºAsistencia: 03H007033

Médico: SOLE SEDENO-JOSEP MARIA

Ingreso: 07/05/2003 10:48

Dias ingresado: 2

Asignación actual

Desde Hasta

Trayectorias del paciente

Código	Descripción	Estado	Ident.
OB01.2	Part Vaginal post 15h	Abierta	3148


Datos de la trayectoria

Creación	Ingreso en planta	Intervención	Regreso de quirófano	Cierre
09/05/2003 18:01				


Ingreso en planta Intervención Regreso de quirófano Aceptar

on s'haurà d'indicar el dia i l'hora d'ingrés real del pacient a la unitat, la data i hora d'intervenció i la data i hora de tornada de quiròfans, mitjançant el botó corresponent a cada opció. En qualsevol cas la pantalla a omplir serà com la següent:

**Introducir la fecha regreso de quirófano**

 Fecha: 09/05/2003

Hora: 18:02

 La entrada de esta fecha modificará aquellas intervenciones que dependan de ella

Aceptar Cancelar

Un cop introduïdes el dia i l'hora, apareixerà la següent pantalla:

375 - Eira-1.1.002 (coracle), Usuario:Administrador

Fichero Acciones Maestros Entradas Consultas Informes Herramientas Ventanas ?

Trajectorias (Personalización)

Ingreso: 024014673 F.Ingreso: 13/10/2002 D1:41 Estado Tr... Activa

Trajectoria: Part Vaginal ebans 17h

Paciente: ENTRENA SANCHEZ ANGELA

Patologia: PART EN CURS

Patrones

Patrones	Tipo
<input type="checkbox"/> Percepció i cura de la Salut	Patron
<input checked="" type="checkbox"/> Nutricional-Metabòlic	Patron
<input checked="" type="checkbox"/> Eliminació	Patron
<input checked="" type="checkbox"/> Activitat i exercici	Patron
<input checked="" type="checkbox"/> Son-Rapós	Patron
<input checked="" type="checkbox"/> Cognitiu-Perceptiu	Patron

Diagnòstics

<input type="checkbox"/> Alt risc d'asfíxia
<input type="checkbox"/> Alt risc d'aspiració
<input type="checkbox"/> Alt risc de alteració en el manteniment salut
<input type="checkbox"/> Alt risc de intoxicació
<input type="checkbox"/> Alt risc de lesió
<input type="checkbox"/> Alt risc de lesió periperatòria

Actuacions

Actuacions	Tipo de Actuación	Importancia
<input type="checkbox"/> Assegurar presa medicació en presència personal responsable	S/No	
<input type="checkbox"/> Col·locar col·lins i/o proteccions toves en crisis convulsives	S/No	
<input type="checkbox"/> Col·locar en posició lateral de seguretat	S/No	
<input type="checkbox"/> Col·locar S.N.G.	S/No	
<input type="checkbox"/> Comprovar reflexe tusigen i/o nauseós	S/No	
<input type="checkbox"/> Comprovar retenció gàstrica	S/No	
<input type="checkbox"/> Control i cura de S.N.G.	S/No	
<input type="checkbox"/> Control i seguiment neurològic: Escales de valoració	Un Número	
<input type="checkbox"/> Elevar capçal lit a 45º	S/No	
<input type="checkbox"/> Preparar aspirador i sondes d'aspiració	S/No	
<input type="checkbox"/> Proporcionar mesures confort: adequar llum	S/No	
<input type="checkbox"/> Proporcionar mesures confort: evitar sorolls	S/No	

Observacions:

Registros consultados: 1

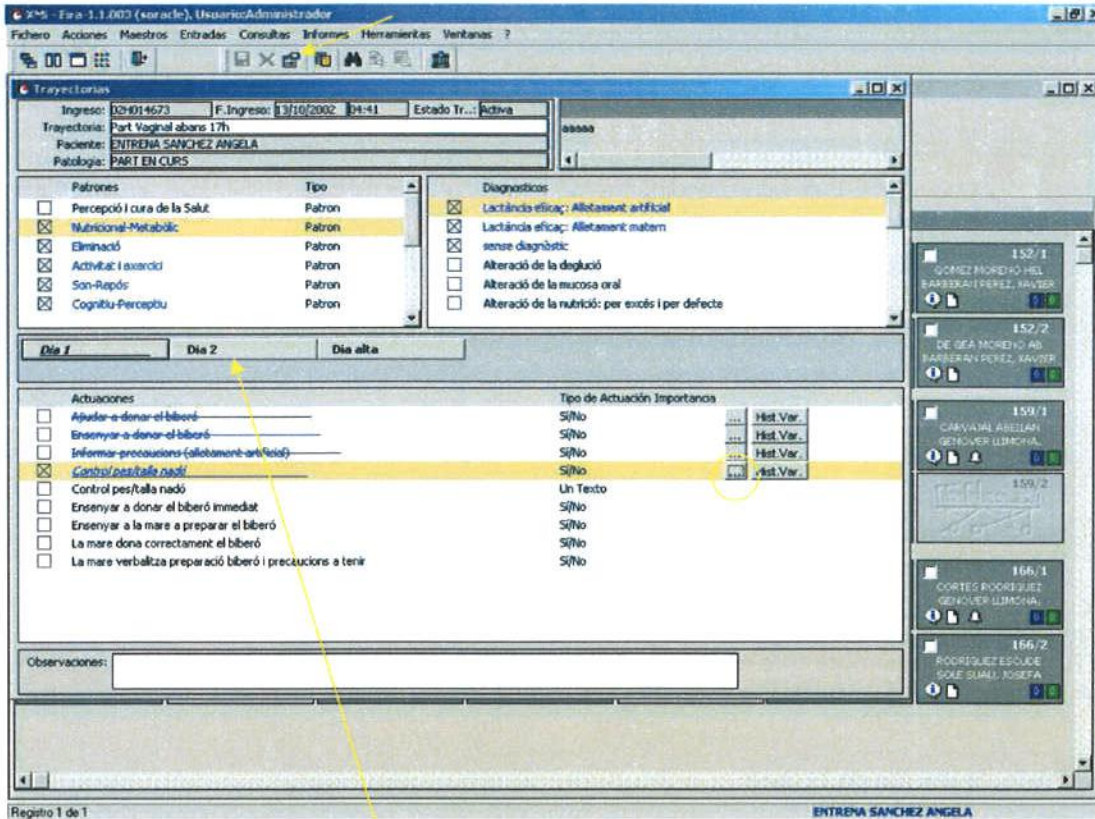
ENTRENA SANCHEZ ANGELA

En color blau, apareixeran els patrons, diagnòstics i actuacions propis de la plantilla de trajectòria que té assignada aquest malalt.

En *blau, cursiva i subratllat* apareixen les variacions/personalitzacions afegides.

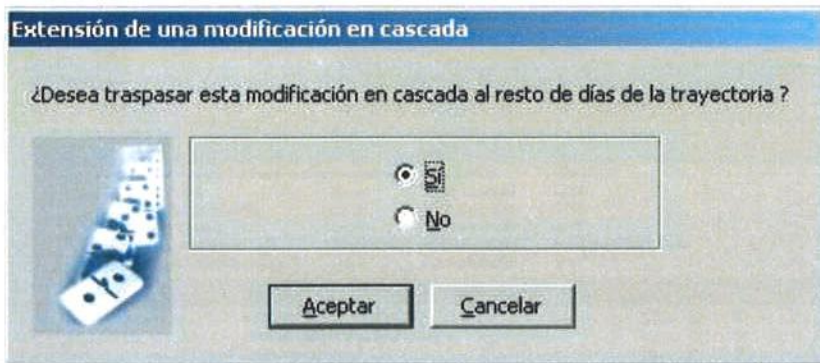
En *blau, cursiva i taltat*, les variacions/personalitzacions eliminades.

Una vegada s'ha desplegat aquesta pantalla, per poder fer qualsevol canvi s'ha de clicar el botó de modificar la trajectòria, tal com s'indica a continuació:



**U!!! Abans de fer qualsevol modificació, verificar que es vol fer sobre el dia que està seleccionat en la línia de temps de la trajectòria.**

A l'eliminar un diagnòstic complet ens apareixerà una pantalla com la següent:



i que ens permetrà treure el diagnòstic només del dia seleccionat en la línia de temps o bé durant tota la durada de la trajectòria.

A més a més d'afegir o eliminar actuacions es pot modificar la planificació de les activitats afegides mitjançant el botó situat a la dreta de l'actuació (quadre gris amb punts suspensius que apareix després de gravar les modificacions efectuades), que mostrarà la següent finestra:

Passos a fer:

1. Haurem de seleccionar en la part superior esquerra, l'assignació que volem validar.
2. Prémer el botó de **Validació Automàtica** i d'aquesta manera totes les actuacions que hagin estat definides en la plantilla com automàtiques, es validaran.
3. Validar de forma manual les actuacions no definides com a automàtiques, marcant la casella de Validat i enregistrant la resposta correcta i les observacions si cal (4)
5. Gravar les respostes. Un cop executada aquesta opció **no hi ha la possibilitat de modificar les validacions ja efectuades.**

**Només es podran validar les actuacions amb hora de planificació anterior a la del moment de validació, i el temps màxim per poder validar són 14 hores a partir de l'hora planificada en l'actuació. Superar aquest temps límit de validació suposarà demanar al Cap d'Àrea corresponent que habiliti permís a l'usuari per fer validacions fora de termini.**

En el cas de Pla de treball x Infermera el procés és el que segueix:

Confirmar el nostre usuari:

The screenshot shows a web application window titled "Introducción de criterios de selección". On the left, there is a dark sidebar with the text "Confirmación Usuario" and "Fecha Inicial y Final". The main content area is titled "Confirmación Usuario" and contains a form with a label "Usuario:" followed by a text input field containing "ADMIN" and a dropdown menu showing "Administrador". At the bottom of the window, there are three buttons: "< Anterior", "Siguiente >", and "Cancelar".

Confirmar el període durant el qual es tenen assignats els malalts que es vol validar:

The screenshot shows the same web application window, now on the "Fecha Inicial y Final" step. The sidebar now highlights "Fecha Inicial y Final". The main content area is titled "Fecha Inicial y Final" and contains two date and time selection boxes. The left box is labeled "Desde" and has a date field set to "14/10/2002" and a time field set to "00:00". The right box is labeled "Hasta" and has a date field set to "14/10/2002" and a time field set to "23:59". At the bottom of the window, there are three buttons: "< Anterior", "Finalizar", and "Cancelar".

I apareixerà la pantalla:

Intervencions de la Enfermeria

Nombre: BAIDA - RACHIDA  
 Hbz./Cama: 155 / 1  
 Ingreso: 14/10/2002 01:38

Fecha	Hora	Descripción	Código	Validado	Anulado	Auto.
Dia 1		Control hemodinámico	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI
Dia 1		Control hemodinámico (inmediat)	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI
Dia 1		Control vía endovenosa i perfusió	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI
Dia 1		Control vía endovenosa i perfusió	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI
Dia 1		Control vía endovenosa i perfusió	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI
Dia 1		Control vía endovenosa i perfusió (inmediat)	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI
Dia 1		Hemograma	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No
Dia 1		Medicació prescrita (inmediat)	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI
Dia 1		Retirar perfusió al tolerar ingesta	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No
Dia 1		Revisió documentació	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI
Dia 1		Dieta absoluta	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI
Dia 1		Inici dieta si involució uterina<=grau 2 i sagnat=grau 1	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No
Dia 1		Explicar cures ptes i mugró i complicacions	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI
Dia 1		Explicar cures ptes i mugró i complicacions	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI
Dia 1		Ensenyar a donar el biberó	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI
Dia 1		Ensenyar a donar el biberó	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI
Dia 1		Ensenyar a donar el biberó	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI
Dia 1		Ensenyar a donar el biberó	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI
Dia 1		Informar precaucions (alietament artificial)	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI
Dia 1		Informar precaucions (alietament artificial)	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI
Dia 1		Control involució uterina	0601.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No

Respuesta:  SI  NO Fecha: 14/10/2002 Hora: 11:34 Anulado:

Observaciones:

Valid. Autom.

Grabar

En la part superior esquerra hi apareixen els diferents malalts que l'usuari té assignats pel període indicat i s'indiquen les intervencions pendents de validar pel pacient seleccionat.

A la part superior dreta es visualitzen les trajectòries generades al pacient, i mitjançant el botó de **temps** es pot veure la línia de temps de la trajectòria.

El procés de validació és igual que l'explicat en el punt anterior, seleccionant cada vegada un malalt diferent.

Per desplaçar-se entre les intervencions es pot fer servir el mouse (ratolí) o bé les tecles RePàg / Av.Pàg del teclat.

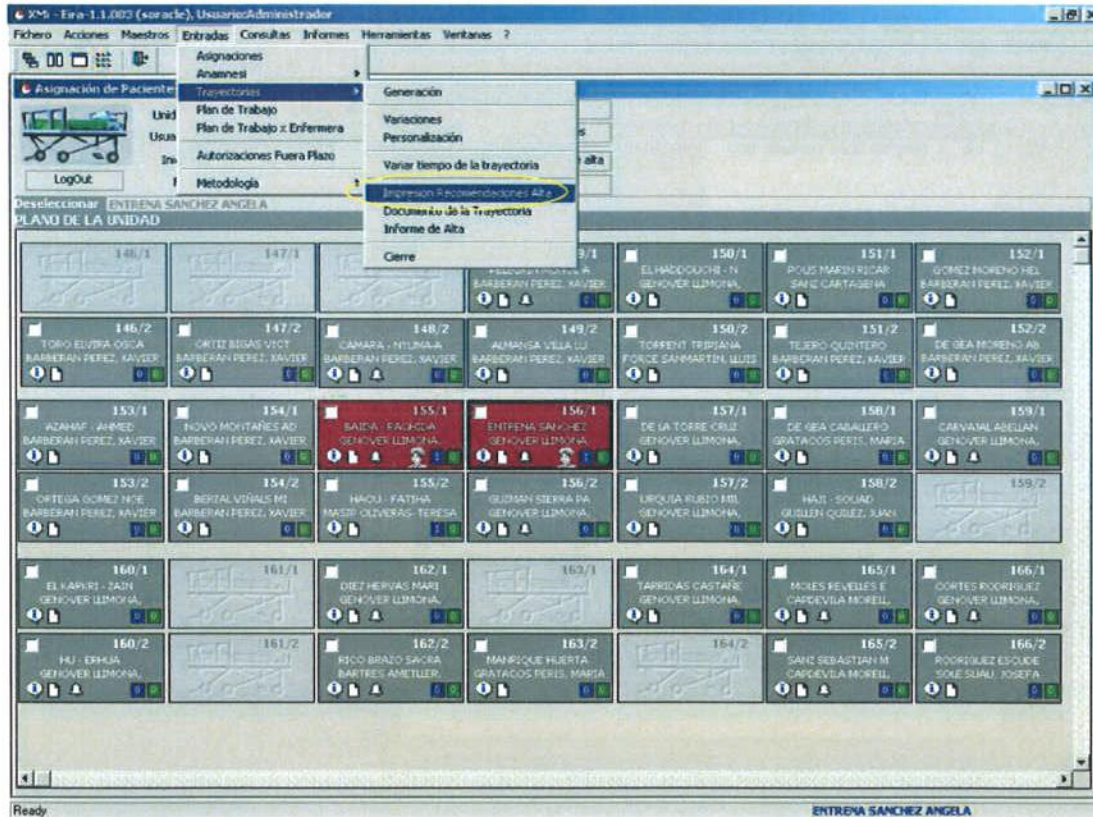
A destacar, que en la part superior esquerra de la pantalla, sota el dibuix del dietari, hi ha un text que ens indica en tot moment el nombre d'intervencions PENDENTS DE RESULTAT, i que ens pot ajudar a l'hora de veure si ens hem deixat actuacions sense validar.

## 7. Impressió documents d'alta.

**Abans de tancar una trajectòria** i un cop totes les actuacions estan validades, hi ha la possibilitat d'imprimir el full de Recomanacions a l'alta, el document de la trajectòria i l'Informe d'alta si són necessaris.

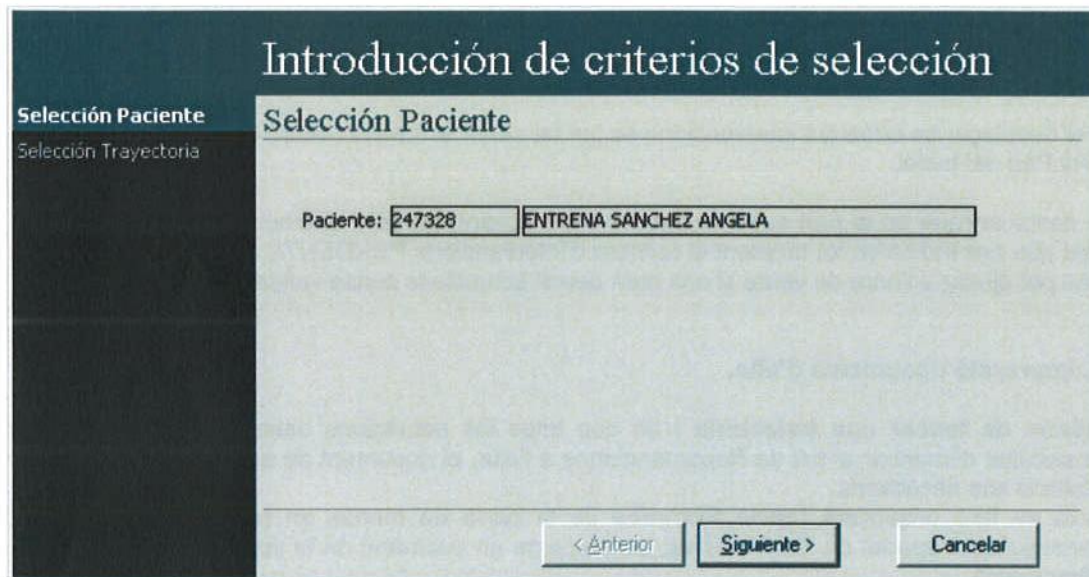
Això es farà mitjançant l'opció **Entrades** de la barra de menús en la pantalla principal, i seleccionant l'apartat de **Trajectòries**, es desplega un submenú on hi apareixen les 3 opcions d'impressió.

El procés es reflexa en les següents pantalles:

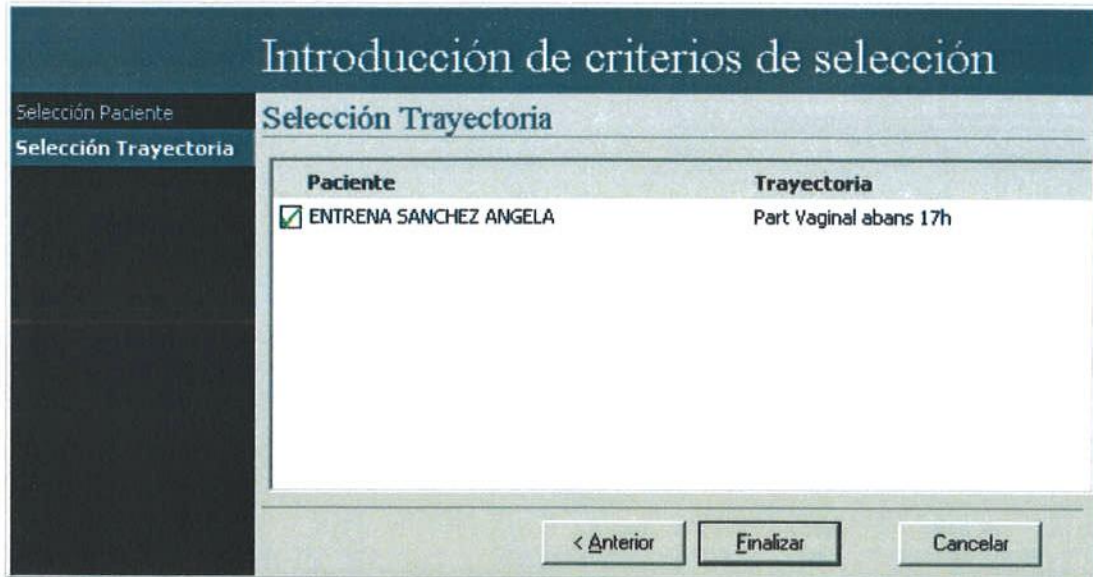


La impressió del Full de Recomanacions a l'alta segueix els següents passos: **Actualment ó no està operativa**

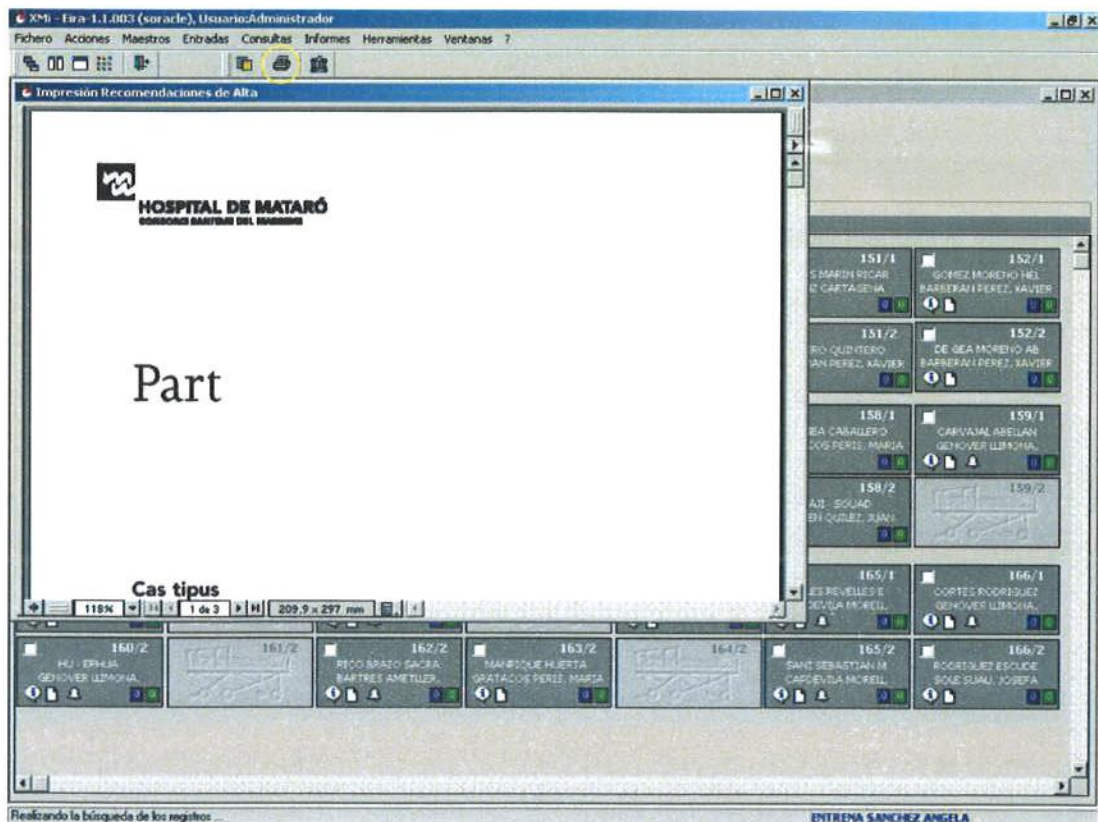
1. Selecció del malalt corresponent:



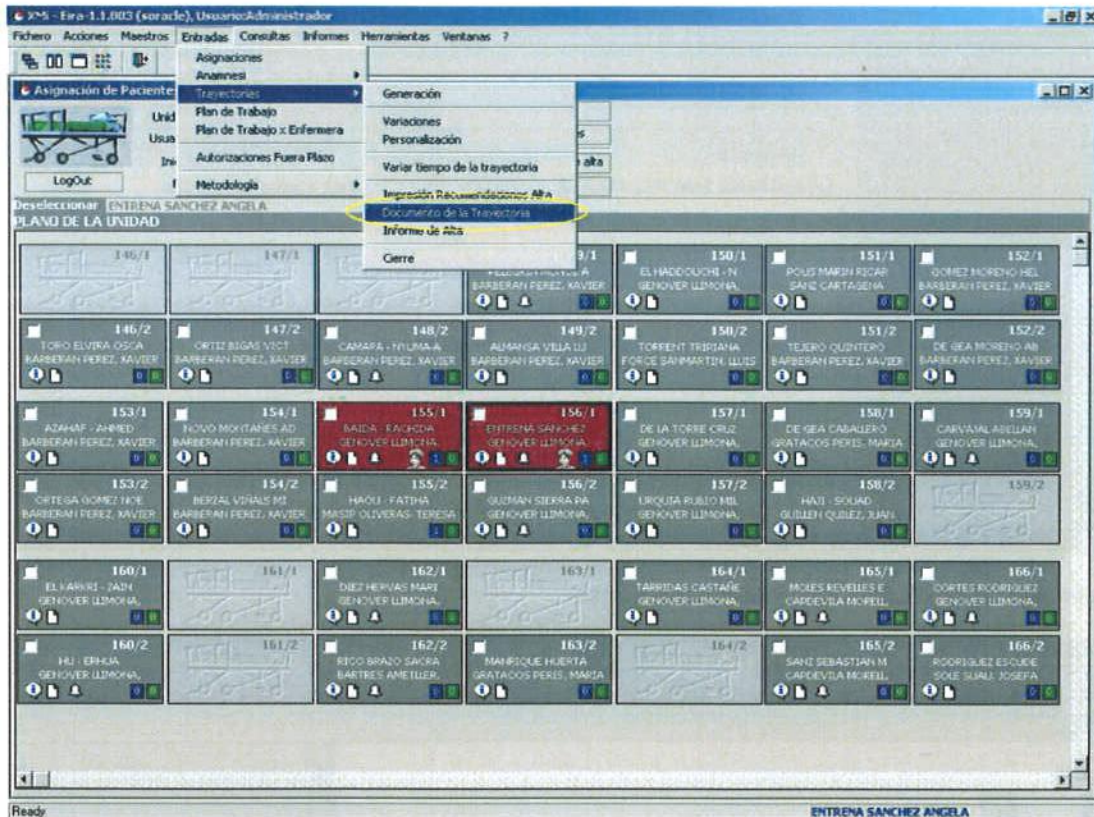
2. Seleccionar la trajectòria:



3. Impressió del Full de Recomanacions a l'alta:



La impressió del document de la Trajectòria es fa mitjançant l'opció corresponent en el mateix menú que l'anterior:



i apareixerà la següent pantalla:

Trayectoria Clínica

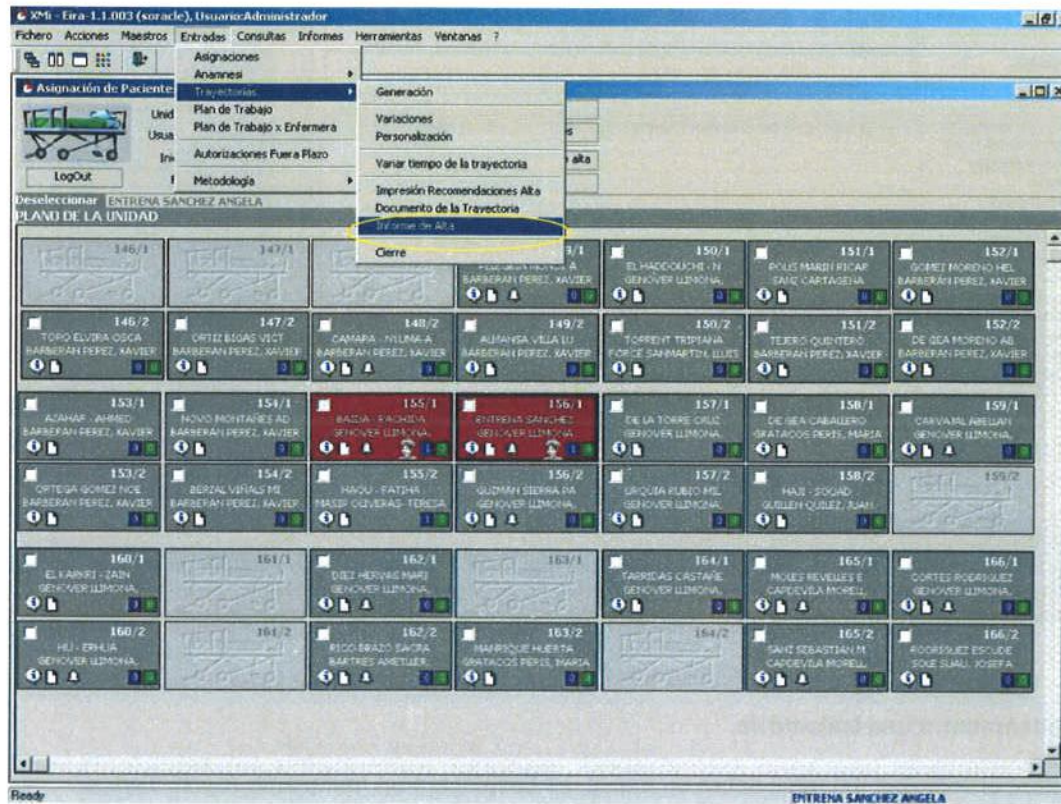
Part Vaginal abans 17h

Dia Ingreso:      Dia ret.amidat:  
 Hora Ingreso:      Hora ret.amidat:

		Dia 1 (14/10/02 09:32)	Dia 2 (15/10/02 07:31)	Dia alta (16/10/02 07:31)
Activitat i esquadre	sanxo diagnòstic	Deambulació segons tolerància 18:00, 02:00 Higiene perineal assistida 14:00 Repòs absolut fins recuperar mobilitat EEII 10:01	<b>LA MARE PRESENTA TOTAL AUTONOMIA</b> 08:00, 16:00, 23:00	08:00
Cognició-Percepció	Dolor	Administració analgèsia immediat 10:01 Oxiteràpia local 18:00, 02:00 Oxiteràpia local immediat 10:01 Terçons de ventre 18:00, 02:00 Terçons de ventre (enxanxo) immediat 10:01 Valoració dolor epistomia 18:00, 02:00 Valoració dolor epistomia immediat 10:01 Valoració dolor hemorroides 18:00, 02:00 Valoració dolor hemorroides immediat 10:01	<b>DOLOR CONTROLAT</b> 08:00, 16:00, 23:00	08:00
Eliminació	Risc alteració eliminació urinària	Control primera micció espontània Sondatge vesical intermitent si s'escau Valorar globus vesical 12:00, 14:00, 16:00 Valorar globus vesical (inmediat) 10:01	<b>NO PRESENTA CAP ALTERACIÓ EN ELIMINACIÓ URINÀRIA</b> 08:00, 16:00, 23:00	08:00
	Risc restrenyiment	Institir ingesta líquids i deambulació *08:00, 16:00	Administrar microenema (si s'escau) Valorar restrenyiment 08:00, 16:00, 23:00	La mare presenta bona evacuació intestinal 08:00
	sanxo diagnòstic	Control involució urinària 10:01		

Registro 1 de 62      ENTRENA SANCHEZ ANGELA

La impressió de l'Informe a l'alta es fa mitjançant l'opció corresponent del menú principal:



Que demanarà la confirmació del pacient: *Aquesta opció no està operativa*

## Introducción de criterios de selección

**Selección Paciente**

Paciente:

i que com a resultat obtindrem la següent pantalla, que serà la que s'imprimirà, un cop introduïdes i gravades les dades pertinents. Per modificar l'Informe d'alta cal prémer el botó encerclat en verd en la següent pantalla:

Informe de Alta

(ENTRENA SANCHEZ ANGELA)

### HOJA DE ALTA DE ENFERMERÍA

■ Resumen de ingreso

■ Alergias

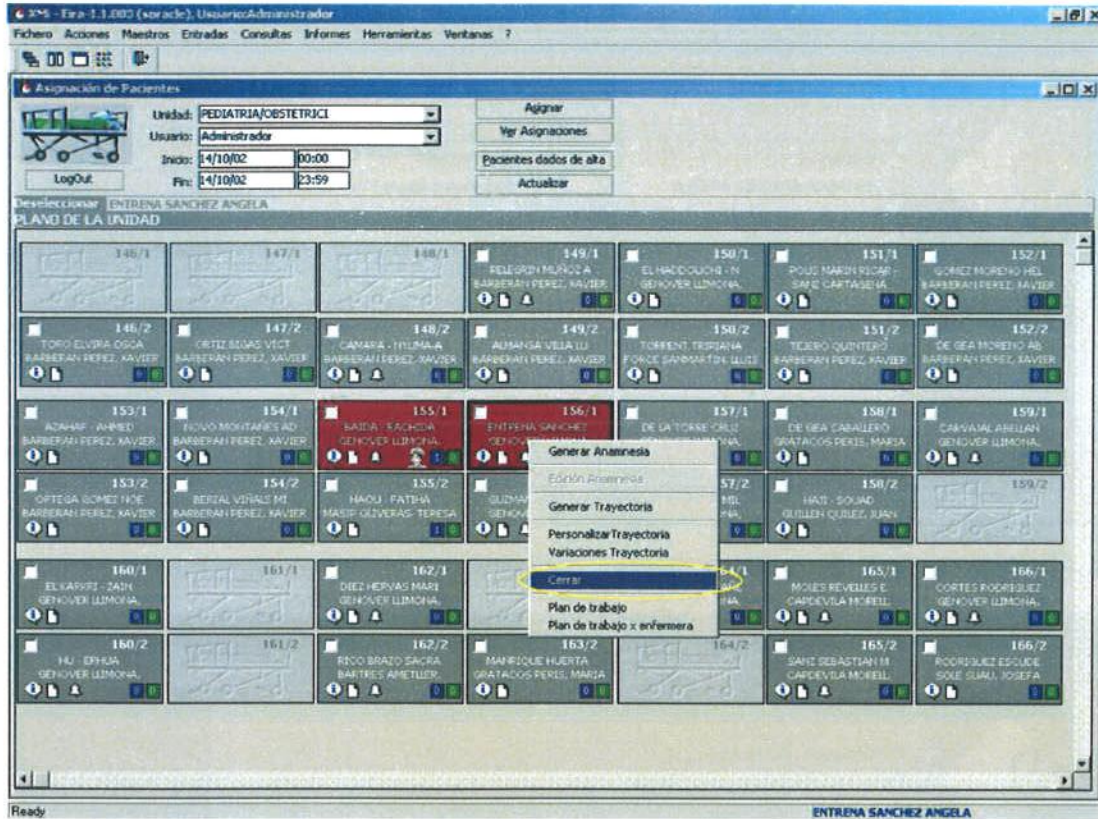
Patrones	Problemas/diagnósticos de enfermería	Plan de curas
Percepción i cura de la Salut		
Nutricional-Metabòlic		
Eliminació		
Activitat i exercici		
Son-Repòs		
Cognitiu-Perceptiu		
Percepció d'un mateix		
Rol-Relacions		
Sexualitat-Reproducció		
Afrontament i tolerància a l'estrès		
Valors i creences		
Tractament i proves complementària		
Pla d'alta		

Registros consultados: 0

ENTRENA SANCHEZ ANGELA

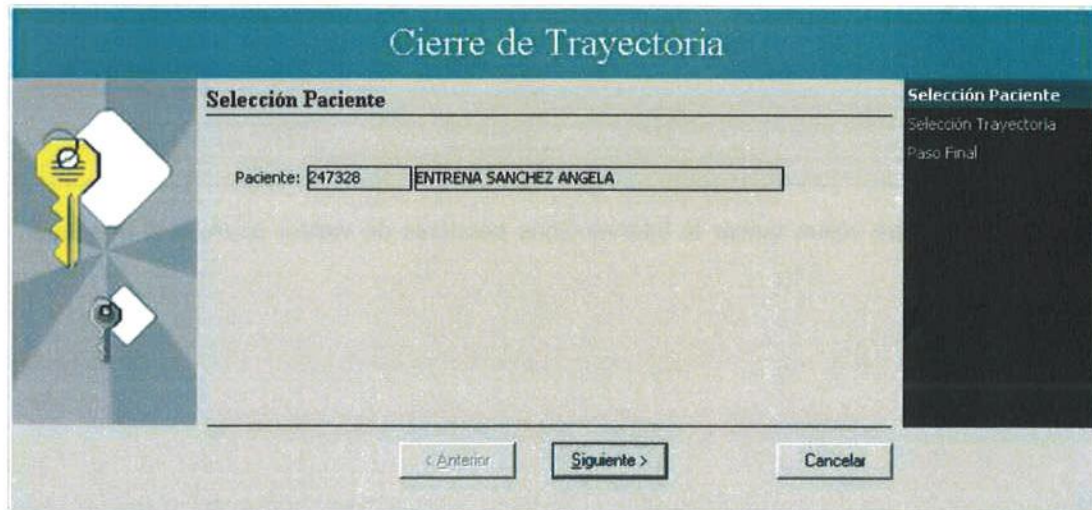
## 8. Tancament d'una trajectòria.

Prement el botó dret del ratolí sobre un malalt, es desplegarà un menú amb l'opció **Tancar**.





Els passos a seguir per tancar una trajectòria són:

1. Confirmar el malalt a qui es vol tancar la trajectòria:



2. Confirmar la trajectòria que es vol tancar:

### Cierre de Trayectoria

**Selección Trayectoria**

Paciente	Trayectoria
<input checked="" type="checkbox"/> ENTRENA SANCHEZ ANGELA	Part Vaginal abans 17h

Selección Paciente



**Selección Trayectoria**

Paso Final

< Anterior
Siguiente >
Cancelar

3. Per últim, confirmar les dades de l'ingrés:

### Cierre de Trayectoria

**Paso Final**

**Confirmación del proceso**

**Detalle de los datos seleccionados**

Propiedad	Valor
Código de Ingreso	02H014673
Código de Ingreso	02H014673
Código de Paciente	247328
Nombre del Paciente	ENTRENA SANCHEZ ANGELA

Selección Paciente

Selección Trayectoria

**Paso Final**

< Anterior
Finalizar
Cancelar

Si la trayectoria que volem tancar té intervencions pendents de validar apareixerà la següent pantalla:

**Actividades no realizadas**

Sólo pueden ser anuladas automáticamente las actividades sin fecha/hora definida. Para el resto deben generarse variaciones.

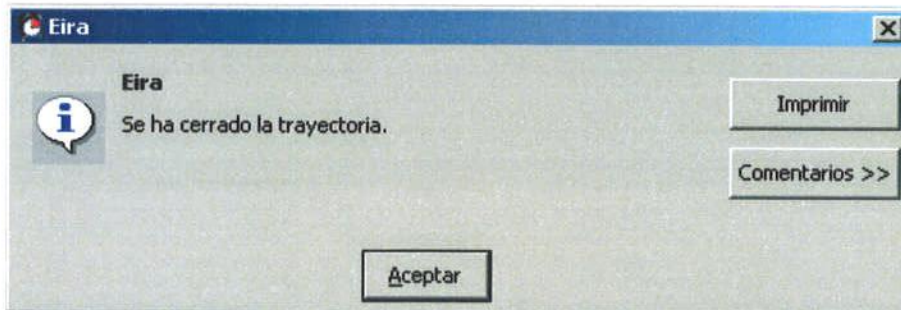
Día	Hora	Actividad	Anular
Día 1	sin def.	Control primera micció espontània	<input type="checkbox"/>
Día 1	sin def.	Sondatge vesical intermitent si s'escau	<input type="checkbox"/>
09/05/2003	18:03	Control hemodinàmic (inmediat)	<input type="checkbox"/>
09/05/2003	18:03	Control via endovenosa i perfusió (inmediat)	<input type="checkbox"/>
09/05/2003	18:03	Medicació prescrita (inmediat)	<input type="checkbox"/>
09/05/2003	18:03	Revisió documentació	<input type="checkbox"/>
09/05/2003	18:03	Dieta absoluta	<input type="checkbox"/>
09/05/2003	18:03	Control involució uterina	<input type="checkbox"/>
09/05/2003	18:03	Control pèrdues hemàtiques - graus	<input type="checkbox"/>
09/05/2003	18:03	Ensenyar la mare a fer-se massatge uterí (retracció)	<input type="checkbox"/>
09/05/2003	18:03	Valorar globus vesical	<input type="checkbox"/>
09/05/2003	18:03	Repós absolut fins recuperar mobilitat EEII	<input type="checkbox"/>
09/05/2003	18:03	Mesures de confort immediates	<input type="checkbox"/>
09/05/2003	18:03	Administració analgèsia immediat	<input type="checkbox"/>
09/05/2003	18:03	Crioteràpia local immediat	<input checked="" type="checkbox"/>
09/05/2003	18:03	Torçons de ventre (entortos) immediat	<input type="checkbox"/>
09/05/2003	18:03	Valoració dolor episiotomia immediat	<input type="checkbox"/>
09/05/2003	18:03	Valoració dolor hemorroides immediat	<input type="checkbox"/>

Les activitats pendents amb dia i hora definits, cal anar marcant la casella d'anul·lar i un cop estiguin totes marcades, mitjançant el botó "Generar Variació" indicar el motiu de l'anul·lació de les mateixes.

En el cas de les activitats sense data i hora de planificació, no cal fer res.

**Mentre resti alguna activitat sense validar o anul·lar no es podrà procedir a tancar la trajectòria.**

Un cop anul·lades totes les intervencions pendents, ja podrem tancar la trajectòria i si tot és correcte, apareixerà el següent missatge:

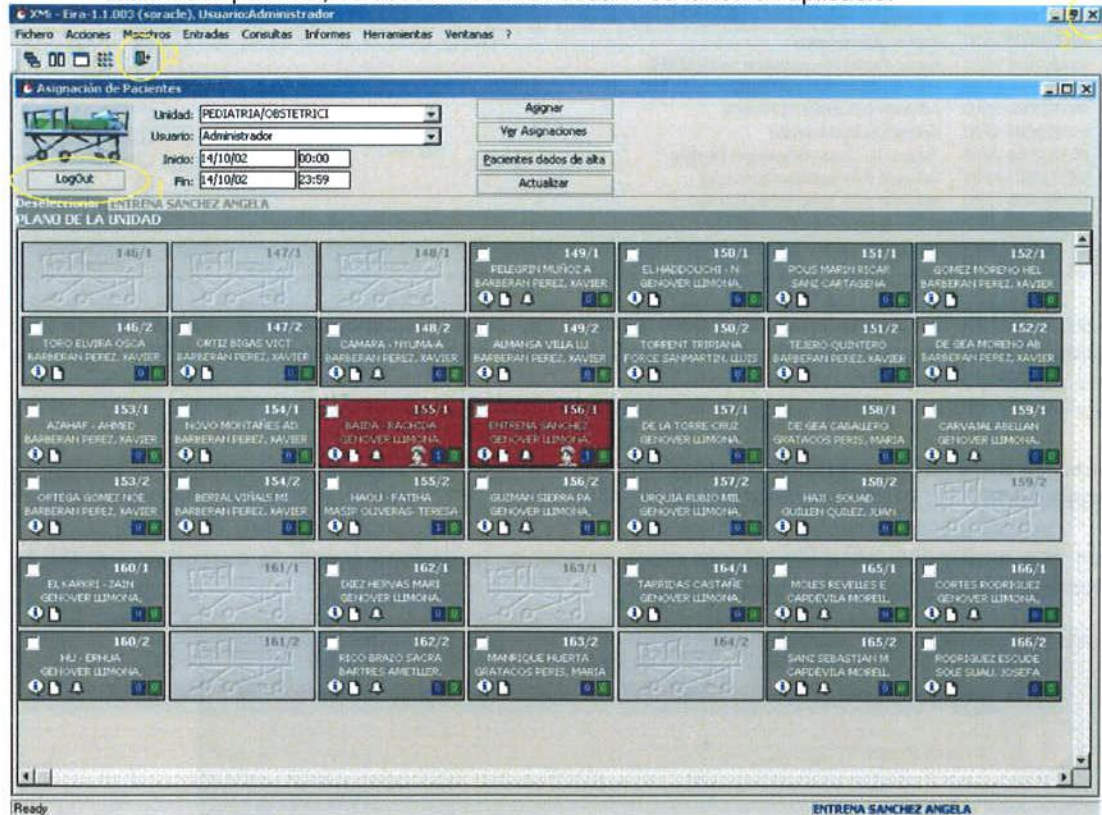


## 9. Sortir del programa.

Cal remarcar la importància que té el fet de sortir del programa un cop realitzada la feina corresponent, ja que tots els moviments que es fan durant la sessió que l'usuari té oberta, són enregistrats per l'ordinador.

Hi ha diferents maneres de sortir dels programa:

- 1- Prement sobre el botó LogOut, desconnectarem l'usuari de l'aplicació, però mantindrem visible el cens de la unitat.
- 2- Fent servir el botó amb el dibuix d'una porta, o la X que es troba en la part superior dreta de la pantalla, es desconnectarà l'usuari i es tancarà l'aplicació.



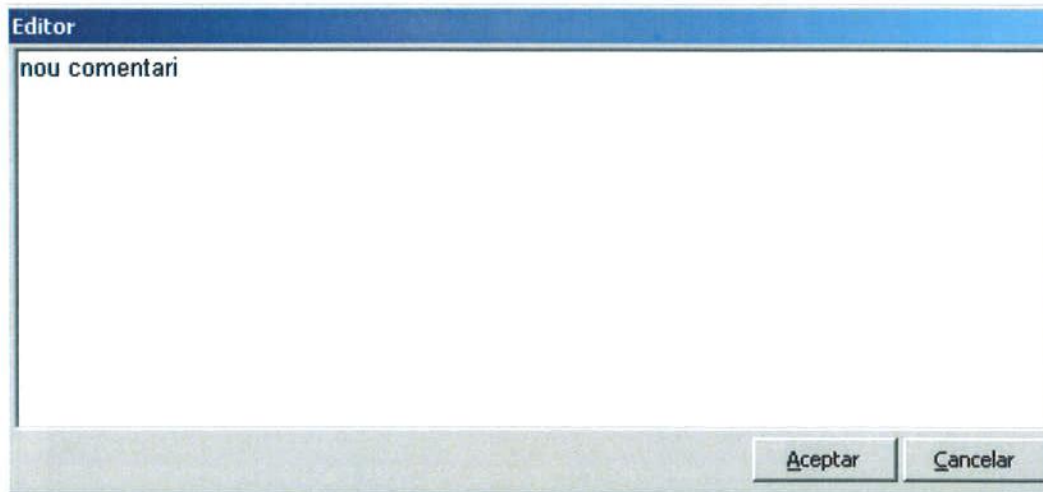
## 10. Altres opcions de l'aplicació.

### 10.1 Afegir comentaris en el quadre "Notes sobre l'ingrés":

En la pantalla principal s'ha de seleccionar el malalt a afegir un comentari i clicar sobre la icona de les Notes:

apareixerà la següent pantalla, on per incloure un text es clicarà sobre el botó de Nou comentari.

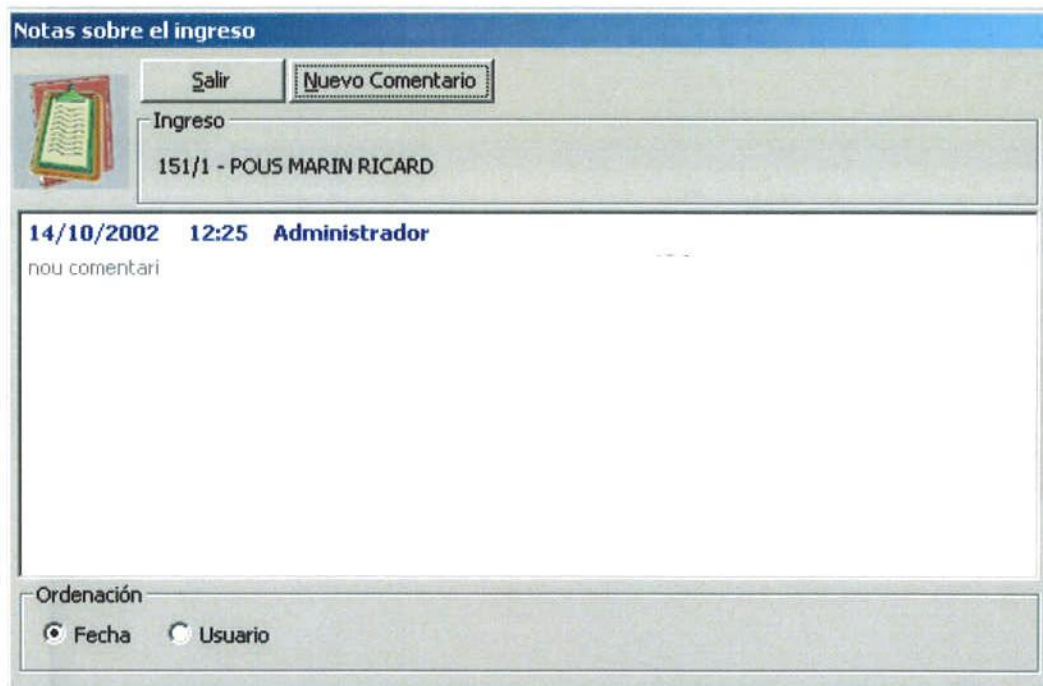
i s'obrirà l'editor de text on es podrà escriure:



The screenshot shows a window titled "Editor" with a blue header. The main area contains the text "nou comentari". At the bottom right, there are two buttons: "Aceptar" and "Cancelar".

Un cop acceptat el text escrit, NO ES PODRÀ MODIFICAR. En cas d'error cal introduir un nou comentari.

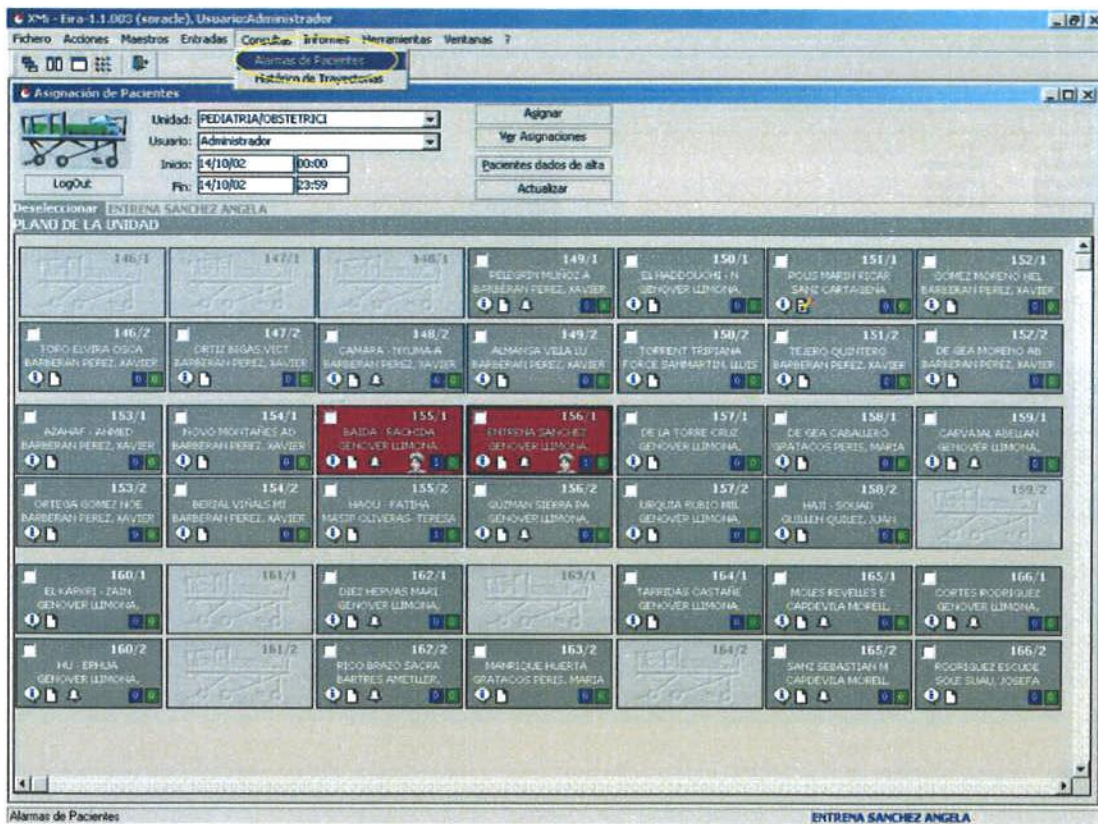
En els comentaris introduïts hi consta qui els ha fet i en quin moment:



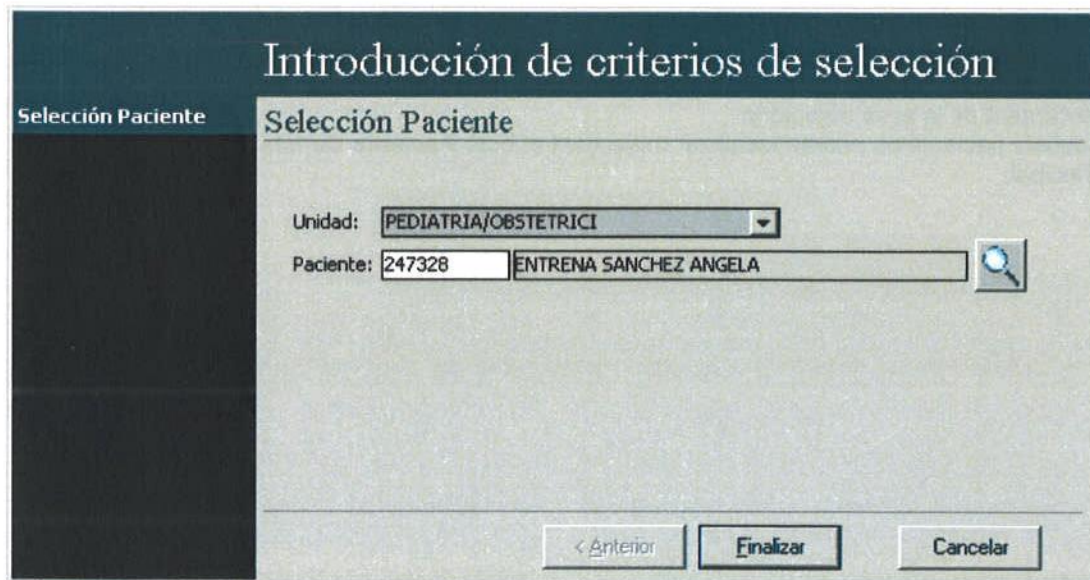
The screenshot shows a window titled "Notas sobre el ingreso" with a blue header. It features a clipboard icon on the left. At the top, there are two buttons: "Salir" and "Nuevo Comentario". Below them, the text "Ingreso" is followed by "151/1 - POU S MARIN RICARD". A large text area contains the text "14/10/2002 12:25 Administrador" and "nou comentari". At the bottom, there is a section labeled "Ordenación" with two radio buttons: "Fecha" (selected) and "Usuario".

### 10.2. Consulta d'exploracions efectuades

Existeix la possibilitat de consultar alarmes que el pacient tenia **anteriorment**, mitjançant l'opció **Alarmes de Pacients** dins del menú **Consultes** de la pantalla principal:



que demanarà el pacient sobre el que fer la consulta:



(mitjançant el botó de la lupa podem canviar de pacient), i un cop confirmat mostrarà les següents dades:

The screenshot shows a software window titled 'Consulta de Alarmas' (Alarm Consultation) for patient 'ENTRENA SANCHEZ ANGELA'. The window displays a list of alarms and a grid of patient cards.

Fecha	Hora	Tipo
13/10/2002		Laboratorio
13/10/2002		Laboratorio
13/10/2002		Laboratorio
14/10/2002		Laboratorio

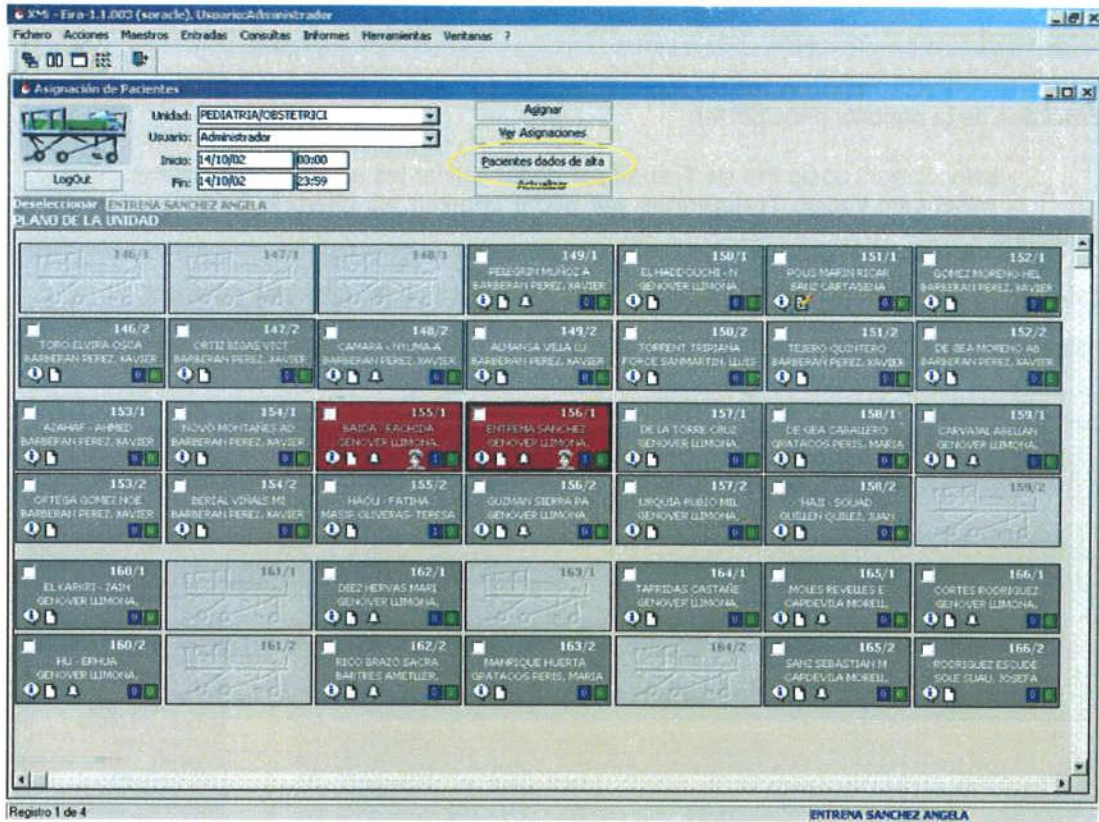
The grid of patient cards includes the following information:

ID	Nombre	Apellido	Apellido	Apellido
149/1	EL MOUQUCHI	GENOVER	LLIMONA	
149/2	A LL	XAVIER		
150/1	POUS MARIN RICAR	SANE	CARTAGENA	
150/2	TORRENT TRISANA	FORCE	SAN MARTIN	LUIS
151/1	DE LA TORRE CRUZ	GENOVER	LLIMONA	
151/2	TEJERO QUINTERO	BARBERAN	PEREZ	XAVIER
152/1	SORRES MORENO HEL	BARBERAN	PEREZ	XAVIER
152/2	DE GEA MORENO AB	BARBERAN	PEREZ	XAVIER
153/1	AZAHAF	ABMED		
153/2	ORTEGA GOMEZ	NOE		
154/1	NOVO MONTANES AD	BARBERAN	PEREZ	XAVIER
154/2	BORRAL VITALS MI			
155/1	BADIA	EA	JODA	
155/2	HADU	FATIHA		
156/1	ENTRENA SANCHEZ	GENOVER	LLIMONA	
156/2	GUZMAN SIERRA PA	GENOVER	LLIMONA	
157/1	DE LA TORRE CRUZ	GENOVER	LLIMONA	
157/2	URQUIA RUBIO MIL	GENOVER	LLIMONA	
158/1	DE GEA CABALLERO	GRATACOS	PERIS	MARIA
158/2	HALL	SOLIM		
159/1	CARVAL ABELLAN	GENOVER	LLIMONA	
159/2				
160/1	EL KAPYRI	ZADH		
160/2	HU	ERHIA		
161/1				
161/2				
162/1	DEZ HERVAS MARI	GENOVER	LLIMONA	
162/2	RICO BRAZO SACRA	BARTRES	ANE	ILLER
163/1				
163/2	MARIQUE HUERTA	GRATACOS	PERIS	MARIA
164/1	TARRIDAS CASTAÑE	GENOVER	LLIMONA	
164/2				
165/1	MOLAS REVELLES E	CARDEVILA	MORELL	
165/2	SANZ SEBASTIAN M	CARDEVILA	MORELL	
166/1	ORTES RODRIGUEZ	GENOVER	LLIMONA	
166/2	RODRIGUEZ ELOUE	SOLE	SILVA	JOSEFA

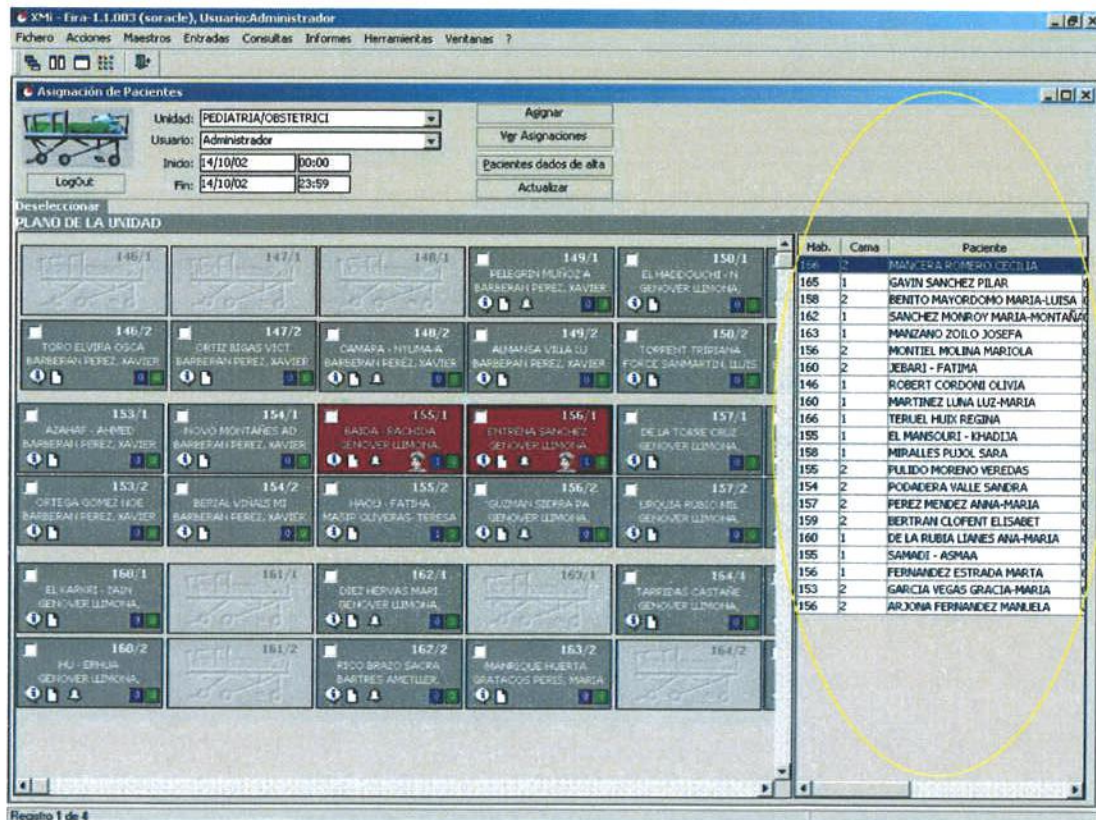
### 10.3. Poder validar i tancar trajectòries de malalts amb alta administrativa.

Degut que els ingressos i les altes que apareixen en la pantalla principal de l'ordinador són administrats des del servei d'Admissions de l'hospital, en ocasions s'haurà efectuat l'alta administrativa abans de que el malalt abandoni la unitat i s'hagi pogut fer la validació i tancament de la seva trajectòria.

Aquests pacients es podran localitzar mitjançant el botó **Pacients donats d'alta** de la pantalla principal:



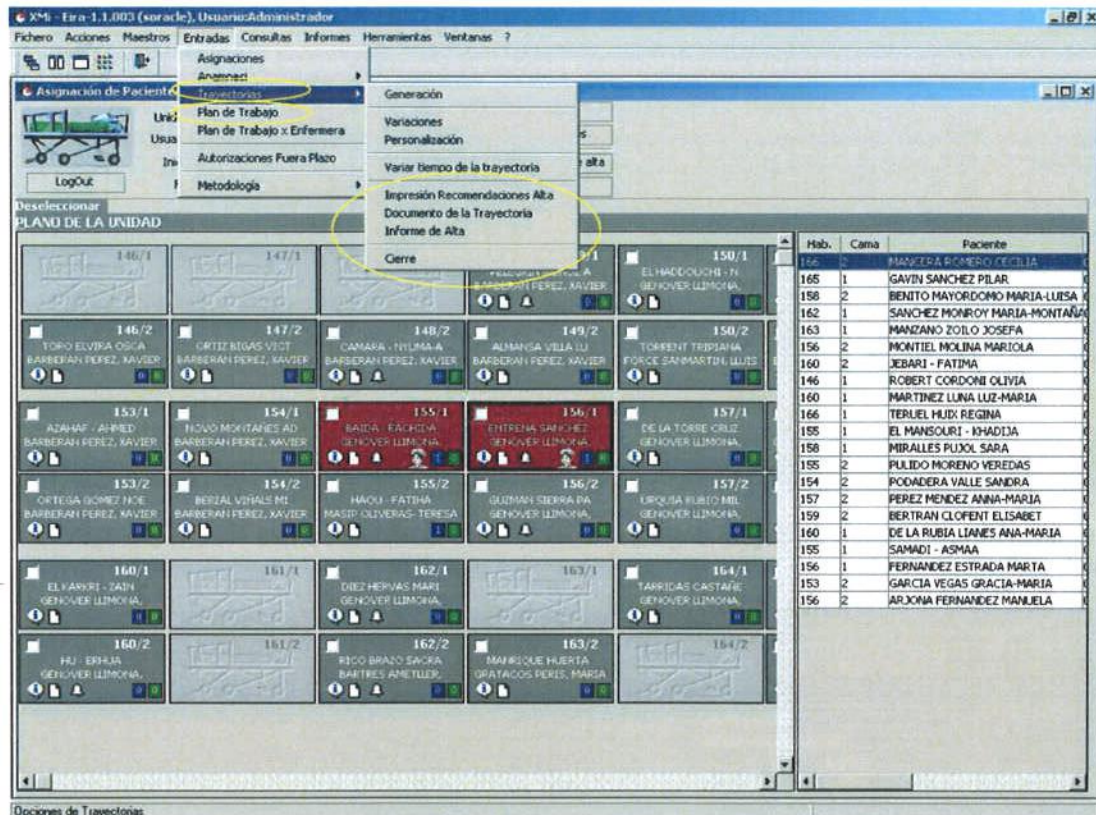
i que obrirà una finestra en la part dreta de la pantalla, amb la relació dels malalts donats d'alta amb trajectòria oberta:



Per poder treballar amb un malalt de la llista, només cal seleccionar-lo i a través del menú **Entrades** de la pantalla principal fer:

- seleccionar l'opció **Pla de Treball** per poder validar les actuacions pendents.
- mitjançant l'opció **Trajectòries** per poder imprimir els diferents informes, i tancar la trajectòria.

Totes aquestes opcions funcionen igual que les explicades en les seccions anteriors.

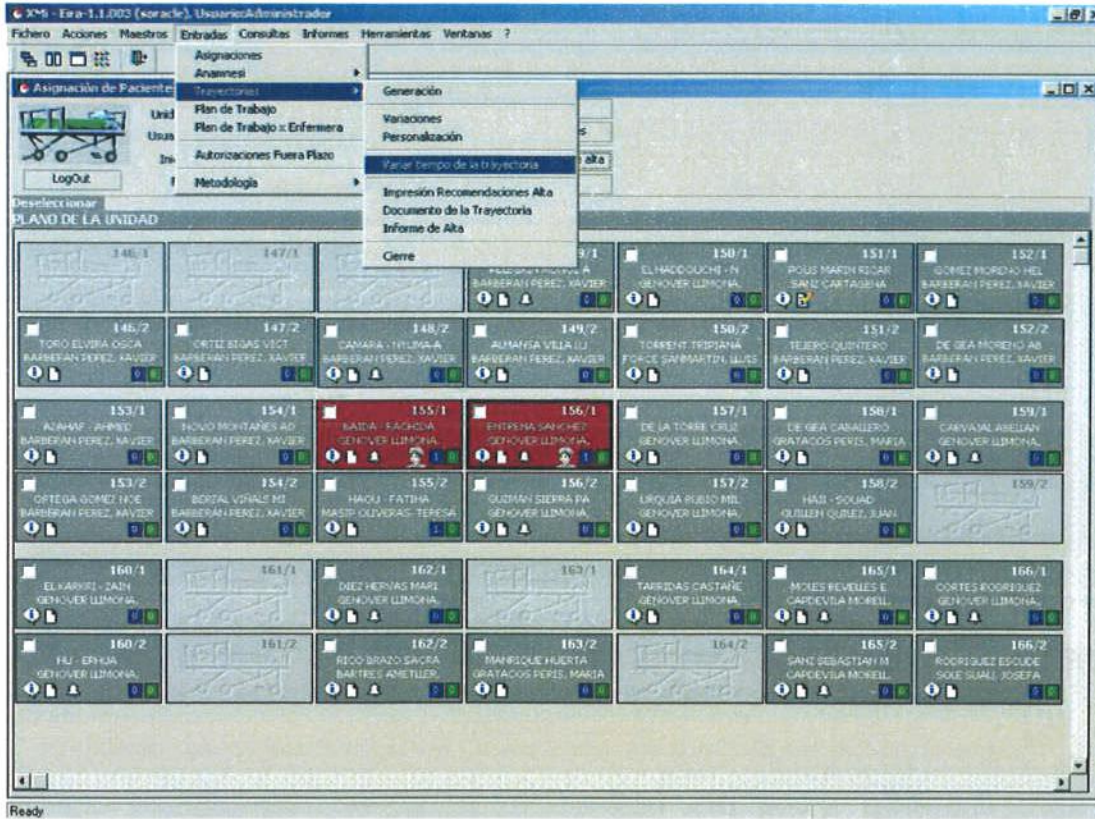


Per amagar la finestra amb la relació de malalts donats d'alta amb trajectòria oberta, només cal tornar a prémer el mateix botó que l'ha activat (pacients donats d'alta).

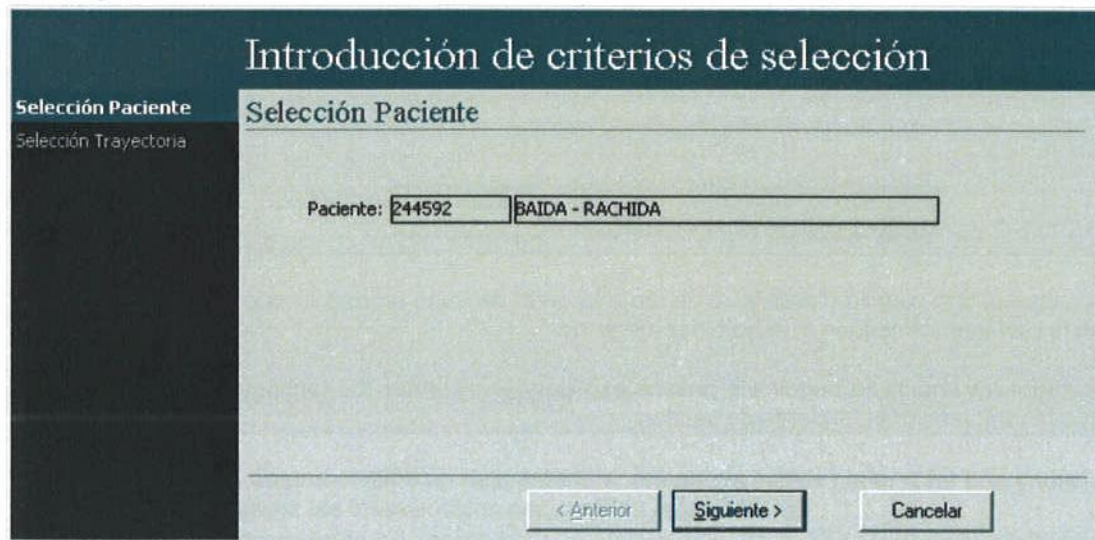
#### 10.4. Variar la línia de temps (durada) d'una trajectòria.

En ocasions serà necessari variar la durada d'una trajectòria per motius patològics, be per anul·lar algun dia de la línia de temps o per afegir-ne més.

Això es podrà fer pel menú **Entrades** de la pantalla principal, escollint l'opció **Trajectòries** i seleccionant **Variar temps de la Trajectòria** en el submenú activat:



Es confirmará el malalt sobre el que es vol fer el canvi:

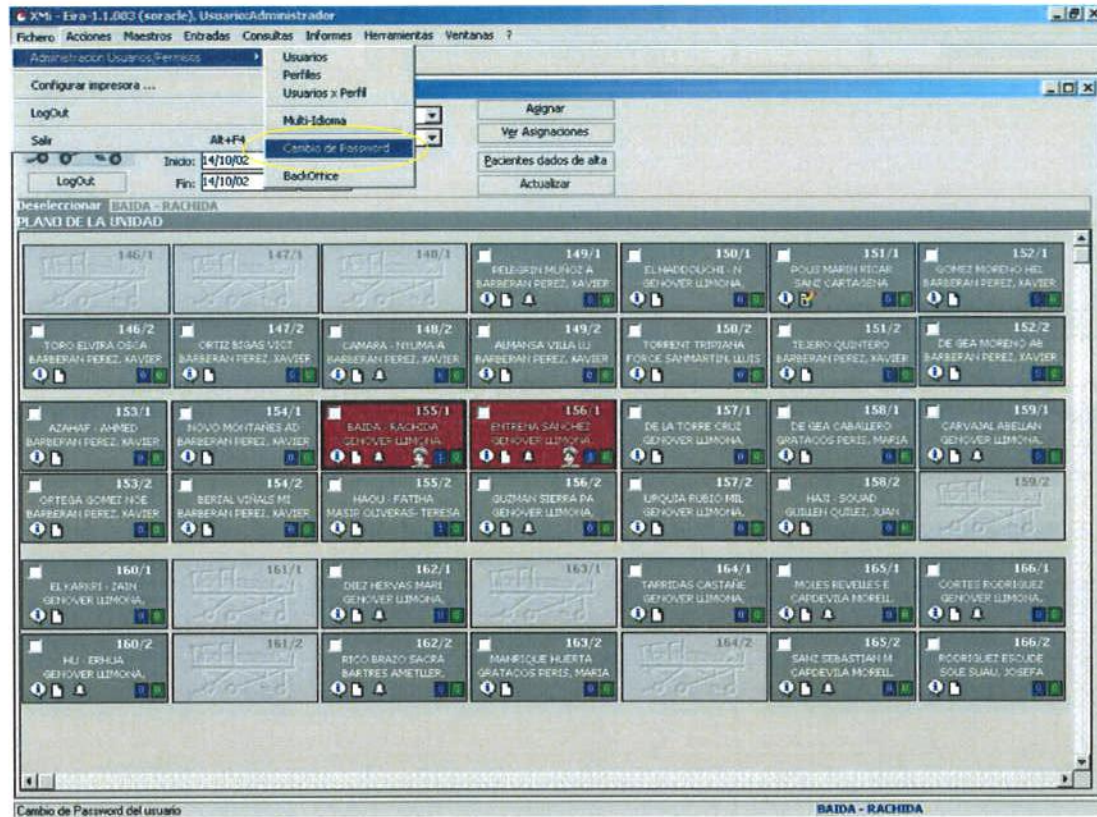


es confirmará la trajectòria que es vol modificar:

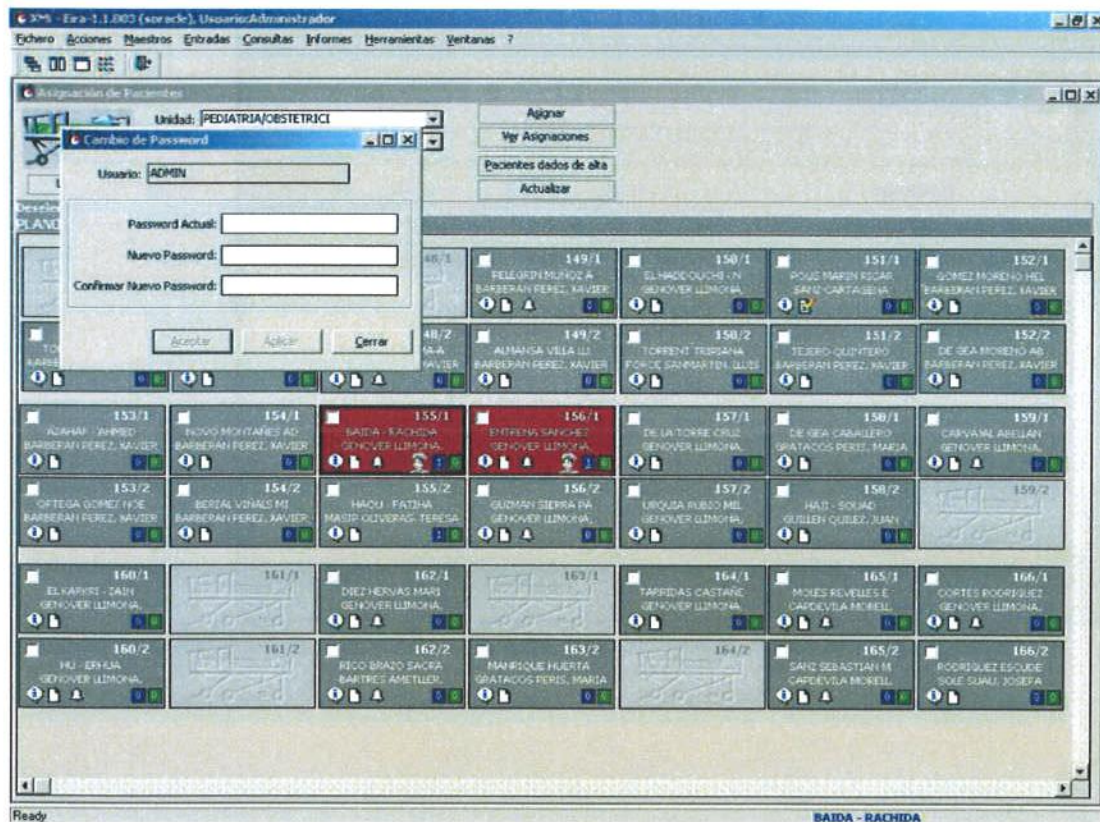
## 10.5. Canvi de password.

Es recomanable que cada cert temps l'usuari modifiqui la seva clau d'accés al programa, per tal d'evitar que algú amb coneixement de la mateixa pugui moure's per l'aplicació utilitzant un usuari que no li correspon.

Això és possible fer-ho amb el menú **Fitxer** de la pantalla principal i l'opció **Canvi de password** que hi ha dins del submenú **Administració Usuaris/Permisos**:



indicant l'antiga contrasenya, la nova i confirmant aquesta última:



Un usuari només podrà canviar la seva clau d'accés.

#### 10.6 Traslát intern de malalts.


Quan un malalt és canviat d'unitat d'infermeria o de llit, normalment, també ha de canviar el personal assistencial que es farà càrrec del seu seguiment.

Encara que l'usuari s'hagi assignat un malalt durant tot el seu torn, té la possibilitat de desassignar-se'l, per tal que algú altre se'l pugui adjudicar.

Això es fa mitjançant el botó **Veure Assignacions** de la pantalla principal, on es mostra la relació de tots els malalts que l'usuari té assignats, i durant quin període de temps.

Només cal seleccionar el malalt que ha estat traslladat d'unitat, entre els que apareixen a la llista, i modificar el període final d'assignació:

**Asignaciones x Enfermera**

 Usuario:

Paciente	Inicio	Fin
ENTRENA SANCHEZ ANGELA	14/10/2002 00:00	14/10/2002 23:59
BAIDA - RACHIDA	14/10/2002 00:00	14/10/2002 23:59

ÍNDEX	Pàgina
Entrada a l'aplicació.....	2
Pantalla principal de l'aplicació .....	2
Assignació de malalts .....	3
Generació de trajectòries .....	5
Informar hora d'arribada del malalt a la unitat .....	8
Llistat de treball .....	10
Personalització / Variació de trajectòries .....	12
Validació del Pla de Treball .....	16
Impressió documents d'alta .....	19
Recomanacions a l'alta <i>.Opció no operativa.</i> .....	20
Document de la trajectòria.....	22
Informe a l'alta <i>.Opció no operativa.</i> .....	23
Tancament d'una trajectòria .....	24
Sortir de programa .....	28
Notes sobre l'ingrés .....	28
Consulta exploracions efectuades .....	30
Malalts donats d'alta amb trajectòria oberta .....	32
Variar línia de temps d'una trajectòria .....	34
Canvi de Password .....	38
Trasllat intern de malalts .....	39



## Anexo 3: Patrones funcionales de la trayectoria clínica de la esquizofrenia paranoide



# ESQUIZOFRÈNIA PARANOIDE

- SMA01 ESQUIZOFRÈNIA PARANOIDE (1a setmana, ver.4)
- SMA01.1 ESQUIZOFRÈNIA PARANOIDE (continuació, ver.3)
- SMA01.2 ESQUIZOFRÈNIA PARANOIDE (setmana alta, ver.3)

**Àmbit / Especialitat:** SALUT MENTAL

**Data de la primera implantació:** 1 de juliol de 2009 Informatitzada

**AUTORS:**

Professionals d'infermeria: Verdeguer Almaraz A., Dominguez Benitez, B.; González López, S.; Mas Planas, C.

Professionals mèdics: Cañete Crespillo, José

**Data de l'última revisió:** octubre – novembre 2010

**AUTORS:**

Professionals d'infermeria: Verdeguer Almaraz A. Codosal Cantarino, V. ; Dominguez Benitez, B.; González López, S.; Mas Planas, C.; Padilla Segovia, M.; Tejedor Torregrosa, C

Professionals mèdics: Cañete Crespillo, José

## **MALALT TIPUS:**

Pacients compresos en la franja d'edat entre 18 i 50 anys, que ingressen amb el diagnòstic de "Trastorn esquizofrènic paranoide", de més de 6 mesos d'evolució, que no tinguin altres trastorns psiquiàtrics, excepte abús de tòxics (sense dependència) i no resistents al tractament antipsicòtic (> 3 antipsicòtics utilitzats)

**CRITERIS D'EXCLUSIÓ:**

Si presenten patologia mèdica descompensada.

**Particularitats:**

- SMA01 s'inicia en el moment del ingrés. Aquesta TC te una durada de 7 dies, poden afegir algun període complet en el cas de ser necessari.
- SMA01.1 TC de continuació, que cal obrir un cop finalitzada la 1a (SMA01). Aquesta TC de continuació es pot repetir tantes setmanes com sigui necessari, sempre que el malalt s'ajusti al estàndard però la seva evolució sigui més lenta. En el cas que calgui repetir-la al iniciar-la cal obrir variació fent constar que es repeteix la de continuació, especificant el motiu.
- SMA01.2 Aquesta TC te una durada de 7 dies i cal obrir-la quan es preveu que serà alta en aquest interval de temps.

## **CODIS ICD9 QUE INCLOU:**

DIAGNÒSTIC PRINCIPAL:

- 295.30 – 295.35 Esquizofrènia tipus paranoide.

SMA01 ESQUIZOFRÈNIA PARANOIDE (ver.4 i 3)



---

## PATRONS FUNCIONALS DE SALUT

Es planifiquen activitats en el patró PERCEPCIÓ I CURA DE LA SALUT, NUTRICIONAL METABOLIC, ELIMINACIÓ, ACTIVITAT i EXERCICI, SON I REPÒS, COGNITIU – PERCEPTIU i PERCEPCIÓ D'UN MATEIX, ROL/RELACIONS, SEXUALITAT. També es planifiquen activitats en l'apartat de TRACTAMENT I PROVES COMPLEMENTARIES i PLA D'ALTA (operativament tenen la mateixa consideració que els patrons).

**1. PERCEPCIÓ I CURA DE LA SALUT:** En aquest patró s'identifica com a diagnòstic d'infermeria MANTENIMENT INEFECTIU DE LA SALUT, relacionat amb el trastorn psicòtic. Es porten a terme intervencions dirigides a reforçar la consciència de malaltia i a la necessitat de tractament per un manteniment efectiu. S'identifica també ALT RISC DE TRAUMATISME, i les activitats van encaminades a augmentar la seguretat del malalt i evitar riscos. Es detecta també un RISC D'INCOMPLIMENT DEL TRACTAMENT, i l'activitat és assegurar la presa de la medicació pautaada.

S'identifica ALT RISC D'ASPIRACIÓ, relacionat amb possibles efectes secundaris del tractament. L'activitat és valorar el risc de disfàgia i adaptar la dieta si és el cas.

**2. NUTRICIONAL METABÒLIC:** En aquest patró s'identifica un ALT RISC D'ALTERACIÓ DE LA NUTRICIÓ (EXCÉS O DEFECTE), RISC D'EXCÉS DE VOLUM DE LÍQUIDS, i ALT RISC D'ALTERACIÓ DE LA MUCOSA ORAL. En tots els casos les intervencions planificades van encaminades a la valoració i control per tal d'evitar riscos i/o detectar el problema de forma ràpida per tal d'establir les mesures adients.

**3. ELIMINACIÓ:** S'identifica un RISC DE RESTRENYIMENT, i les diferents activitats van encaminades a afavorir l'eliminació intestinal del malalt.

**4. ACTIVITAT i EXERCICI:** En aquest patró s'identifica un DÈFICIT D'AUTOCURA, relacionat amb l'abandonament personal. Totes les activitats van encaminades a ajudar al malalt en la seva autocura potenciant l'autonomia.

**6. COGNITIU / PERCEPTIU:** En aquest patró s'identifica una ALTERACIÓ DELS PROCESSOS DEL PENSAMENT i ALTERACIÓ DE LES FUNCIONS COGNITIVES. Les diferents accions planificades son per a la valoració d'aquestes alteracions i per ajudar-lo a recuperar la normalitat confrontant les idees delirants i ajudant-lo en la presa de decisions.

S'identifica també un ALT RISC DE VIOLÈNCIA, portant a terme diferents activitats encaminades a minimitzar aquest risc.

**7. PERCEPCIÓ D'UN MATEIX:** En aquest patró es detecta un TRANSTORN DE L'AUTOESTIMA, ANSIETAT i IMPOTÈNCIA, planificant diferents activitats encaminades a donar-li recolzament emocional i facilitant que expressi lliurement les seues sentiments i percepcions així com les seves pors.

**8. ROL/RELACIONS:** En aquest patró s'identifica un DETERIORAMENT DE LA INTERACCIÓ SOCIAL, i totes les activitats van encaminades a potenciar la seva relació amb l'entorn i amb la societat. També es planifiquen activitats per evitar un possible CANSAMENT DEL ROL DEL



CUIDADOR, portant a terme una escolta activa del mateix, i l'educació del cuidador en aquest procés.

**9. SEXUALITAT:** Es detectat una DISFUNCIÓ SEXUAL, com efecte secundari al tractament farmacològic. A més d'informar degudament al pacient sobre aquests efectes, l'animarem a que expressi els dubtes.

**10. AFRONTAMENT I TOLERÀNCIA AL ESTRÈS:** Identifiquem un AFRONTAMENT INDIVIDUAL INEFICAÇ, i les diferents accions van encaminades a facilitar i potenciar la seva presa de decisions.

**TRACTAMENT I PROVES COMPLEMENTARIES:** En aquest apartat al que donem la mateixa consideració de patró, es planifiquen totes aquelles activitats administratives, de vigilància i control que no estan incloses en cap més patró.

**PLA D'ALTA:** Moltes de les activitats planificades en aquest apartat metodològicament seria més correcte incloure-les en altres patrons (PERCEPCIÓ I CURA DE LA SALUT, o altres), però per tal d'unificar criteris i homogeneïtzar totes les TC, s'ha optat per agrupar-les totes com a planificació de l'alta.

Les activitats planificades en aquest apartat son doncs les que es deriven d'aquesta planificació de l'alta, com a reforç del vincle del pacient amb la xarxa assistencial de SM.

### **Bibliografia consultada**

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.
- <http://www.terra.es/personal/duenas/psiq1.htm>
- Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Versión extensa. Barcelona, noviembre de 2003.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Masson. Barcelona: 2005



Anexo 4: Proceso de la trayectoria paranoide de la  
esquizofrénica paranoide

		Dia 1	Dia 2	Dia 3
Activitat i exercici	Dèficit d'autocura (higiene / vestit)	Control higiene i vestit (sin definir)	.....> (0) 10:00 Especificar nivell d'autonomia (sin definir) Estimular-lo en autocura dhigiene i vestit (0) 10:00	.....> (0) 10:00
Afrontament i tolerància a l'estrés	Afrontament individual ineficax		Facilitar la presa de decisions (0) 10:00, 16:00	.....> (0) 10:00, 16:00
Cognitiu-Perceptiu	Alt risc de violència	Contenció mecànica (sin definir) Control i registre pertinences (sin definir) Limitar l'ús d'objectes potencialment perillosos (sin definir)	.....> (sin definir) .....> (sin definir) .....> (0) 10:00, 16:00, 23:00 Valorar tolerància de visites i trucades (0) 11:00, 19:00	.....> (sin definir) .....> (0) 10:00, 16:00, 23:00 .....> (0) 11:00, 19:00
	Alteració de les funcions cognitives	Presenta alteracions cognitives (especificar: llenguatge, memòria, atenció, capacitat planificació) (0) 12:00	.....> (0) 12:00	.....> (0) 12:00
	Alteració dels processos del pensament	Afectació de la conducta pel deliri/al·lucinacions (1) 00:10  <b>MANIFESTA AL·LUCINACIONS (1: MAI - 5: SEMPRE)</b> (sin definir) <b>MANIFESTA IDEES DELIRANTS (1:MAI - 5:SEMPRE)</b> (sin definir)	.....> (0) 10:00, 19:00  Confrontació d'idees delirants (0) 12:00, 18:00 .....> (0) 10:00, 16:00, 23:00 .....> (0) 10:00, 16:00, 23:00	.....> (0) 10:00, 19:00  .....> (0) 12:00, 18:00 .....> (0) 10:00, 16:00, 23:00 .....> (0) 10:00, 16:00, 23:00
Eliminació	Risc restrenyiment	Control deposicional (1) 00:10	Administrar laxant/enema si sescau (sin definir) .....> (0) 22:00	.....> (0) 22:00
Nutricional-Metabòlic	Risc alteració nutrició (excés/defecte)	Ajustar dieta segons estat de salut (sin definir)  Valorar ingesta (0) 08:00, 13:00, 19:00	.....> (sin definir) Educació nutricional (0) 16:00 Si dissabte: control pes (0) 08:00 .....> (0) 08:00, 13:00, 19:00	.....> (0) 08:00 .....> (0) 08:00, 13:00, 19:00
	Risc d'alteració de la mucosa oral	Valorar estat mucosa oral (sin definir)	Assegurar correcta higiene bucal (0) 10:00, 22:00	.....> (0) 10:00, 22:00 Valorar estat mucosa oral (sin definir)
	Risc de dèficit d'ingesta de líquids (hidratació)	Valorar hidratació (0) 08:00, 13:00, 19:00	.....> (0) 08:00, 13:00, 19:00	.....> (0) 08:00, 13:00, 19:00
Percepció d'un mateix	Ansietat	Contenció verbal (0) 19:00, 22:00	.....> (0) 10:00, 16:00, 23:00	.....> (0) 10:00, 16:00, 23:00

		Dia 1		Dia 2		Dia 3	
	Ansietat	Disminuir estímuls que generin ansietat	(0) 19:00, 22:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00
		Facilitar que pacient verbalitzi preocupacions/temors	(0) 19:00, 22:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00
	Impotència	Proporcionar recolzament emocional	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00
	Transtorn de l'autoestima			Facilitar les manifestacions verbals de sentiments i percepcions i pors	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00
Percepció i cura de la Salut	Alt risc d'aspiració	Valorar risc disfàgia per sedació (especificar)	(0) 08:00, 13:00, 19:00	→	(0) 08:00, 13:00, 19:00	→	(0) 08:00, 13:00, 19:00
	Alt risc de traumatisme	Mesures preventives si sescau (Especificar)	(sin definir)	→	(sin definir)	→	(sin definir)
		Valorar risc de caigudes	(sin definir)	→	(sin definir)	→	(sin definir)
Alt risc d'incompliment del tractament	Acceptació del tractament		(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	→	(0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00
	Assegurar la presa del tractament oral		(0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	→	(0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	→	(0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00
	Alteració en el manteniment de la salut	Confrontar conductes perilloses	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00
		Explicar la necessitat del tractament	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00
		Reforçar la consciència de malaltia	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00
	sense diagnòstic			Presenta síndrome extrapiramidal	(0) 10:00	→	(0) 10:00
Rol-Relacions	Deteriorament de la interacció social			<b>INTERACCIONA AMB LENTORN (1: MAI - 5: SEMPRE)</b>	(0) 10:00, 16:00	→	(0) 10:00, 16:00
Son-Repós	Alteració del patró del son	Establir pautes d'higiene del son	(0) 22:00	→	(0) 22:00	→	(0) 22:00
		Mesures de confort	(0) 22:00				
		Quantificar les hores de son:	(0) 10:00	→	(0) 10:00	→	(0) 10:00
				<b>REFEREIX SON REPARADOR</b>	(0) 10:00	→	(0) 10:00
Tractament i proves complementàries	sense diagnòstic	Anamnesis d'infermeria	(1) 00:01				
		Control hemodinàmic	(1) 00:01	→	(0) 10:00	→	(0) 10:00
		Control pes/talla	(1) 00:10				
		Control temperatura axil·lar (anotar a gràfic clínic)	(1) 00:01	→	(0) 22:00	→	(0) 22:00
		Medicació prescrita	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00
		Rebuda i acomodació pacient	(1) 00:01				

	Dia 1	Dia 2	Dia 3
sense diagnòstic	Revisió documentació (1) 00:01		

(0) H.Absoluta / (1) H.Relativa a la creació de la trajectòria / (2) H.Relativa a l'ingrés en planta / (3) H.Relativa a la tornada de quiròfan / (4) H.Relativa a l'inici del període / (5) H.Relativa a la intervenció

		Dia 4		Dia 5		Dia 6	
Activitat i exercici	Dèficit d'autocura (higiene / vestit)	Control higiene i vestit (0) 10:00		→ (0) 10:00		→ (0) 10:00	
Afrontament i tolerància a l'estrés	Afrontament individual ineficaç	Facilitar la presa de decisions (0) 10:00, 16:00		→ (0) 10:00, 16:00		→ (0) 10:00, 16:00	
Cognitiu-Perceptiu	Alt risc de violència	Control i registre pertinences (sin definir)		→ (sin definir)		→ (sin definir)	
		Limitar lús d'objectes potencialment perillosos (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	
		Valorar tolerància de visites i trucades (0) 11:00, 19:00		→ (0) 11:00, 19:00		→ (0) 11:00, 19:00	
	Alteració de les funcions cognitives	Presenta alteracions cognitives (especificar: llenguatge, memòria, atenció, capacitat planificació) (0) 12:00		→ (0) 12:00		→ (0) 12:00	
	Alteració dels processos del pensament	Afectació de la conducta pel deliri/al·lucinacions (0) 10:00, 19:00		→ (0) 10:00, 19:00		→ (0) 10:00, 19:00	
		Confrontació d'idees delirants (0) 12:00, 18:00		→ (0) 12:00, 18:00		→ (0) 12:00, 18:00	
		<b>MANIFESTA AL·LUCINACIONS (1: MAI - 5: SEMPRE)</b> (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	
		<b>MANIFESTA IDEES DELIRANTS (1:MAI - 5:SEMPRE)</b> (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	
Eliminació	Risc restrenyiment	Control deposicional (0) 22:00		→ (0) 22:00		→ (0) 22:00	
Nutricional-Metabòlic	Risc alteració nutrició (excés/defecte)	Educació nutricional (0) 16:00		→ (0) 16:00		→ (0) 16:00	
		Si dissabte: control pes (0) 08:00		→ (0) 08:00		→ (0) 08:00	
		Valorar ingesta (0) 08:00, 13:00, 19:00		→ (0) 08:00, 13:00, 19:00		→ (0) 08:00, 13:00, 19:00	
	Risc d'alteració de la mucosa oral	Assegurar correcta higiene bucal (0) 10:00, 22:00		→ (0) 10:00, 22:00		→ (0) 10:00, 22:00	
		Valorar estat mucosa oral (sin definir)					
	Risc de dèficit d'ingesta de líquids (hidratació)	Valorar hidratació (0) 08:00, 13:00, 19:00		→ (0) 08:00, 13:00, 19:00		→ (0) 08:00, 13:00, 19:00	
Percepció d'un mateix	Ansietat	Contenció verbal (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	
		Disminuir estímuls que generin ansietat (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	
		Facilitar que pacient verbalitzi preocupacions/temors (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	
	Impotència	Proporcionar recolzament emocional (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	
	Transtorn de l'autoestima	Facilitar les manifestacions verbals de sentiments i percepcions i pors (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	
Percepció i cura de la Salut	Alt risc d'aspiració	Valorar risc disfàgia per sedació (especificar) (0) 08:00, 13:00, 19:00		→ (0) 08:00, 13:00, 19:00		→ (0) 08:00, 13:00, 19:00	

		Dia 4		Dia 5		Dia 6	
	Alt risc de traumatisme	Mesures preventives si s'escau (Especificar)	(sin definir)	→ (sin definir)	→ (sin definir)	→ (sin definir)	→ (sin definir)
		Valorar risc de caigudes	(sin definir)	→ (sin definir)	→ (sin definir)	→ (sin definir)	→ (sin definir)
	Alt risc d'incompliment del tractament	Acceptació del tractament	(0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	→ (0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	→ (0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	→ (0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	→ (0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00
		Assegurar la presa del tractament oral	(0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	→ (0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	→ (0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	→ (0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	→ (0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00
	Alteració en el manteniment de la salut	Confrontar conductes perilloses	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	→ (0) 10:00, 16:00, 23:00
		Explicar la necessitat del tractament	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	→ (0) 10:00, 16:00, 23:00
		Reforçar la consciència de malaltia	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	→ (0) 10:00, 16:00, 23:00
	sense diagnòstic	Presenta síndrome extrapiramidal	(0) 10:00	→ (0) 10:00	→ (0) 10:00	→ (0) 10:00	→ (0) 10:00
Rol-Relacions	Deteriorament de la interacció social	<b>INTERACCIONA AMB LENTORN (1: MAI - 5: SEMPRE)</b>	(0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00
Son-Repós	Alteració del patró del son	Establir pautes d'higiene del son	(0) 22:00	→ (0) 22:00	→ (0) 22:00	→ (0) 22:00	→ (0) 22:00
		Quantificar les hores de son:	(0) 10:00	→ (0) 10:00	→ (0) 10:00	→ (0) 10:00	→ (0) 10:00
		<b>REFEREIX SON REPARADOR</b>	(0) 10:00	→ (0) 10:00	→ (0) 10:00	→ (0) 10:00	→ (0) 10:00
Tractament i proves complementàries	sense diagnòstic	Control hemodinàmic	(0) 10:00	→ (0) 10:00	→ (0) 10:00	→ (0) 10:00	→ (0) 10:00
		Control temperatura axil·lar (anotar a gràfic clínic)	(0) 22:00	→ (0) 22:00	→ (0) 22:00	→ (0) 22:00	→ (0) 22:00
		Medicació prescrita	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	→ (0) 10:00, 16:00, 23:00

(0) H.Absoluta / (1) H.Relativa a la creació de la trajectòria / (2) H.Relativa a l'ingrés en planta / (3) H.Relativa a la tornada de quiròfan / (4) H.Relativa a l'inici del període / (5) H.Relativa a la intervenció

		Dia 7			
Activitat i exercici	Dèficit d'autocura (higiene / vestit)	<b>EL PACIENT ÉS AUTÒNOM PER A LAUTOCURA</b>	(0) 12:00		
Afrontament i tolerància a l'estrés	Afrontament individual ineficax	Facilitar la presa de decisions	(0) 10:00, 16:00		
Cognitiu-Perceptiu	Alt risc de violència	Control i registre pertinences	(sin definir)		
		Limitar lús dobjectes potencialment perillosos	(0) 10:00, 16:00, 23:00		
		Valorar tolerància de visites i trucades	(0) 11:00, 19:00		
	Alteració de les funcions cognitives	Presenta alteracions cognitives (especificar: llenguatge, memòria, atenció, capacitat planificació)	(0) 12:00		
	Alteració dels processos del pensament	Afectació de la conducta pel deliri/al·lucinacions	(0) 10:00, 19:00		
		Confrontació didees delirants	(0) 12:00, 18:00		
		<b>MANIFESTA AL·LUCINACIONS (1: MAI - 5: SEMPRE)</b>	(0) 10:00, 16:00, 23:00		
		<b>MANIFESTA IDEES DELIRANTS (1:MAI - 5:SEMPRE)</b>	(0) 10:00, 16:00, 23:00		
Eliminació	Risc restrenyiment	Control deposicional	(0) 22:00		
Nutricional-Metabòlic	Risc alteració nutrició (excés/defecte)	Si dissabte: control pes	(0) 08:00		
		Valorar ingesta	(0) 08:00, 13:00, 19:00		
	Risc d'alteració de la mucosa oral	Assegurar correcta higiene bucal	(0) 10:00, 22:00		
		Valorar estat mucosa oral	(sin definir)		
	Risc de dèficit d'ingesta de líquids (hidratació)	Valorar hidratació	(0) 08:00, 13:00, 19:00		
Percepció d'un mateix	Ansietat	Contenció verbal	(0) 10:00, 16:00, 23:00		
		Disminuir estímuls que generin ansietat	(0) 10:00, 16:00, 23:00		
		Facilitar que pacient verbalitzi preocupacions/temors	(0) 10:00, 16:00, 23:00		
	Impotència	Proporcionar recolzament emocional	(0) 10:00, 16:00, 23:00		
	Transtorn de l'autoestima	Facilitar les manifestacions verbals de sentiments i percepcions i pors	(0) 10:00, 16:00, 23:00		
Percepció i cura de la Salut	Alt risc d'aspiració	<b>BAIX NIVELL DE SEDACIÓ: NO RISC DE DISFÀGIA</b>	(0) 12:00		
	Alt risc de traumatisme	<b>BAIX RISC DE TRAUMATISME</b>	(0) 12:00		

		Dia 7			
	Alt risc de traumatisme	Mesures preventives si s'escau (Especificar)	(sin definir)		
		Valorar risc de caigudes	(sin definir)		
	Alt risc d'incompliment del tractament	Assegurar la presa del tractament oral	(0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00		
		<b>EL PACIENT ACCEPTA EL TRACTAMENT</b>	(0) 12:00		
	Alteració en el manteniment de la salut	Confrontar conductes perilloses	(0) 10:00, 16:00, 23:00		
		Explicar la necessitat del tractament	(0) 10:00, 16:00, 23:00		
		Reforçar la consciència de malaltia	(0) 10:00, 16:00, 23:00		
	sense diagnòstic	Presenta síndrome extrapiramidal	(0) 10:00		
Rol-Relacions	Deteriorament de la interacció social	<b>INTERACCIONA AMB LENTORN (1: MAI - 5: SEMPRE)</b>	(0) 10:00, 16:00		
Son-Repós	Alteració del patró del son	Establir pautes d'higiene del son	(0) 22:00		
		Quantificar les hores de son:	(0) 10:00		
		<b>REFEREIX SON REPARADOR</b>	(0) 10:00		
Tractament i proves complementàries	sense diagnòstic	Control hemodinàmic	(0) 10:00		
		Control temperatura axil·lar (anotar a gràfic clínic)	(0) 22:00		
		Medicació prescrita	(0) 10:00, 16:00, 23:00		

(0) H.Absoluta / (1) H.Relativa a la creació de la trajectòria / (2) H.Relativa a l'ingrés en planta / (3) H.Relativa a la tornada de quiròfan / (4) H.Relativa a l'inici del període / (5) H.Relativa a la intervenció



UNIVERSITAT DE BARCELONA



## Anexo 4: Proceso temporalidad 2ª

# SMA01.1 - ESQUIZOFRÈNIA PARANOIDE (continuació) (Ver.2)

		Dia 1		Dia 2		Dia 3	
Activitat i exercici	Dèficit d'autocura (higiene / vestit)	Control higiene i vestit (0) 10:00		→ (0) 10:00		→ (0) 10:00	
Afrontament i tolerància a l'estrés	Afrontament individual ineficaç	Facilitar la presa de decisions (0) 10:00, 16:00		→ (0) 10:00, 16:00		→ (0) 10:00, 16:00	
Cognitiu-Perceptiu	Alt risc de violència	Contenció mecànica (sin definir)		→ (sin definir)		→ (sin definir)	
		Control i registre pertinences (sin definir)		→ (sin definir)		→ (sin definir)	
		Limitar lús dobjectes potencialment perillosos (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	
		Valorar tolerància de visites i trucades (0) 11:00, 19:00		→ (0) 11:00, 19:00		→ (0) 11:00, 19:00	
	Alteració de les funcions cognitives	Presenta alteracions cognitives (especificar: llenguatge, memòria, atenció, capacitat planificació) (0) 12:00		→ (0) 12:00		→ (0) 12:00	
	Alteració dels processos del pensament	Afectació de la conducta pel deliri/al·lucinacions (sin definir)		→ (0) 10:00, 19:00		→ (0) 10:00, 19:00	
		Confrontació didees delirants (0) 12:00, 18:00		→ (0) 12:00, 18:00		→ (0) 12:00, 18:00	
		<b>MANIFESTA AL·LUCINACIONS (1: MAI - 5: SEMPRE)</b> (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	
		<b>MANIFESTA IDEES DELIRANTS (1:MAI - 5:SEMPRE)</b> (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	
Eliminació	Risc restrenyiment	Administrar laxant/enema si sescau (sin definir)		→ (sin definir)		→ (sin definir)	
		Control deposicional (0) 22:00		→ (0) 22:00		→ (0) 22:00	
Nutricional-Metabòlic	Risc alteració nutrició (excés/defecte)	Ajustar dieta segons estat de salut (sin definir)		→ (sin definir)			
		Educació nutricional (0) 16:00				Educació nutricional (0) 16:00	
		Si dissabte: control pes (0) 08:00		→ (0) 08:00		→ (0) 08:00	
		Valorar ingesta (0) 08:00, 13:00, 19:00		→ (0) 08:00, 13:00, 19:00		→ (0) 08:00, 13:00, 19:00	
	Risc d'alteració de la mucosa oral	Assegurar correcta higiene bucal (0) 10:00, 22:00		→ (0) 10:00, 22:00		→ (0) 10:00, 22:00	
		Valorar estat mucosa oral (sin definir)				Valorar estat mucosa oral (sin definir)	
	Risc de dèficit d'ingesta de líquids (hidratació)	Valorar hidratació (0) 08:00, 13:00, 19:00		→ (0) 08:00, 13:00, 19:00		→ (0) 08:00, 13:00, 19:00	
Percepció d'un mateix	Ansietat	Contenció verbal (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	
		Disminuir estímuls que generin ansietat (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00		→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	

# SMA01.1 - ESQUIZOFRÈNIA PARANOIDE (continuació) (Ver.2)

		Dia 1		Dia 2		Dia 3	
	Ansietat	Facilitar que pacient verbalitzi preocupacions/temors	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00
	Impotència	Proporcionar recolzament emocional	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00
	Transtorn de l'autoestima	Facilitar les manifestacions verbals de sentiments i percepcions i pors	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00
Percepció i cura de la Salut	Alt risc d'incompliment del tractament	Assegurar la presa del tractament oral	(0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	→	(0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	→	(0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00
	Alteració en el manteniment de la salut	Confrontar conductes perilloses	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00
		Explicar la necessitat del tractament	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00
Reforçar la consciència de malaltia		(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00	
	sense diagnòstic	Presenta síndrome extrapiramidal	(0) 10:00	→	(0) 10:00	→	(0) 10:00
Rol-Relacions	Deteriorament de la interacció social	<b>INTERACCIONA AMB LENTORN (1: MAI - 5: SEMPRE)</b>	(0) 10:00, 16:00	→	(0) 10:00, 16:00	→	(0) 10:00, 16:00
		Involucrar pacient/família en programa d'activitats diàries	(0) 10:00, 16:00	→	(0) 10:00, 16:00	→	(0) 10:00, 16:00
Sexualitat-Reproducció	Disfunció sexual	Facilitar que pacient verbalitzi preocupacions/temors	(0) 10:00, 16:00	→	(0) 10:00, 16:00	→	(0) 10:00, 16:00
		Informar al pacient sobre els efectes de la medicació	(0) 10:00, 16:00	→	(0) 10:00, 16:00	→	(0) 10:00, 16:00
Son-Repós	Alteració del patró del son	Establir pautes d'higiene del son	(0) 22:00	→	(0) 22:00	→	(0) 22:00
		Quantificar les hores de son:	(0) 10:00	→	(0) 10:00	→	(0) 10:00
		<b>REFEREIX SON REPARADOR</b>	(0) 08:00	→	(0) 08:00	→	(0) 08:00
Tractament i proves complementàries	sense diagnòstic	Control hemodinàmic	(0) 10:00	→	(0) 10:00	→	(0) 10:00
		Control temperatura axil·lar (anotar a gràfic clínic)	(0) 22:00	→	(0) 22:00	→	(0) 22:00
		Medicació prescrita	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00

(0) H.Absoluta / (1) H.Relativa a la creació de la trajectòria / (2) H.Relativa a l'ingrés en planta / (3) H.Relativa a la tornada de quiròfan / (4) H.Relativa a l'inici del període / (5) H.Relativa a la intervenció

# SMA01.1 - ESQUIZOFRÈNIA PARANOIDE (continuació) (Ver.2)

		Dia 4	Dia 5	Dia 6
Activitat i exercici	Dèficit d'autocura (higiene / vestit)	Control higiene i vestit (0) 10:00	➔ (0) 10:00	➔ (0) 10:00
Afrontament i tolerància a l'estrés	Afrontament individual ineficaç	Facilitar la presa de decisions (0) 10:00, 16:00	➔ (0) 10:00, 16:00	➔ (0) 10:00, 16:00
Cognitiu-Perceptiu	Alt risc de violència	Control i registre pertinences (sin definir)	➔ (sin definir)	➔ (sin definir)
		Limitar l'ús d'objectes potencialment perillosos (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00
		Valorar tolerància de visites i trucades (0) 11:00, 19:00	➔ (0) 11:00, 19:00	➔ (0) 11:00, 19:00
	Alteració de les funcions cognitives	Presenta alteracions cognitives (especificar: llenguatge, memòria, atenció, capacitat planificació) (0) 12:00	➔ (0) 12:00	➔ (0) 12:00
	Alteració dels processos del pensament	Afectació de la conducta pel deliri/al·lucinacions (0) 10:00, 19:00	➔ (0) 10:00, 19:00	➔ (0) 10:00, 19:00
		Confrontació d'idees delirants (0) 12:00, 18:00	➔ (0) 12:00, 18:00	➔ (0) 12:00, 18:00
		<b>MANIFESTA AL·LUCINACIONS (1: MAI - 5: SEMPRE)</b> (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00
		<b>MANIFESTA IDEES DELIRANTS (1:MAI - 5:SEMPRE)</b> (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00
Eliminació	Risc restrenyiment	Control deposicional (0) 22:00	➔ (0) 22:00	➔ (0) 22:00
Nutricional-Metabòlic	Risc alteració nutrició (excés/defecte)	Educació nutricional (0) 16:00	➔ (0) 16:00	➔ (0) 16:00
		Si dissabte: control pes (0) 08:00	➔ (0) 08:00	➔ (0) 08:00
		Valorar ingesta (0) 08:00, 13:00, 19:00	➔ (0) 08:00, 13:00, 19:00	➔ (0) 08:00, 13:00, 19:00
	Risc d'alteració de la mucosa oral	Assegurar correcta higiene bucal (0) 10:00, 22:00	➔ (0) 10:00, 22:00	➔ (0) 10:00, 22:00
		Valorar estat mucosa oral (sin definir)		
	Risc de dèficit d'ingesta de líquids (hidratació)	Valorar hidratació (0) 08:00, 13:00, 19:00	➔ (0) 08:00, 13:00, 19:00	➔ (0) 08:00, 13:00, 19:00
Percepció d'un mateix	Ansietat	Contenció verbal (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00
		Disminuir estímuls que generin ansietat (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00
		Facilitar que pacient verbalitzi preocupacions/temors (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00
	Impotència	Proporcionar recolzament emocional (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00
	Transtorn de l'autoestima	Facilitar les manifestacions verbals de sentiments i percepcions i pors (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00
Percepció i cura de la Salut	Alt risc d'incompliment del tractament	Assegurar la presa del tractament oral (0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	➔ (0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	➔ (0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00

		Dia 4		Dia 5		Dia 6	
	Alteració en el manteniment de la salut	Confrontar conductes perilloses	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00
		Explicar la necessitat del tractament	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00
		Reforçar la consciència de malaltia	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00
	sense diagnòstic	Presenta síndrome extrapiramidal	(0) 10:00	→	(0) 10:00	→	(0) 10:00
Rol-Relacions	Deteriorament de la interacció social	<b>INTERACCIONA AMB LENTORN (1: MAI - 5: SEMPRE)</b>	(0) 10:00, 16:00	→	(0) 10:00, 16:00	→	(0) 10:00, 16:00
		Involucrar pacient/família en programa d'activitats diàries	(0) 10:00, 16:00	→	(0) 10:00, 16:00	→	(0) 10:00, 16:00
Sexualitat-Reproducció	Disfunció sexual	Facilitar que pacient verbalitzi preocupacions/temors	(0) 10:00, 16:00	→	(0) 10:00, 16:00	→	(0) 10:00, 16:00
		Informar al pacient sobre els efectes de la medicació	(0) 10:00, 16:00	→	(0) 10:00, 16:00	→	(0) 10:00, 16:00
Son-Repós	Alteració del patró del son	Establir pautes d'higiene del son	(0) 22:00	→	(0) 22:00	→	(0) 22:00
		Quantificar les hores de son:	(0) 10:00	→	(0) 10:00	→	(0) 10:00
		<b>REFEREIX SON REPARADOR</b>	(0) 08:00	→	(0) 08:00	→	(0) 08:00
Tractament i proves complementàries	sense diagnòstic	Control hemodinàmic	(0) 10:00			→	(0) 10:00
		Control temperatura axil·lar (anotar a gràfic clínic)	(0) 22:00	→	(0) 22:00	→	(0) 22:00
		Medicació prescrita	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00	→	(0) 10:00, 16:00, 23:00

(0) H.Absoluta / (1) H.Relativa a la creació de la trajectòria / (2) H.Relativa a l'ingrés en planta / (3) H.Relativa a la tornada de quiròfan / (4) H.Relativa a l'inici del període / (5) H.Relativa a la intervenció

		Dia 7			
Activitat i exercici	Dèficit d'autocura (higiene / vestit)	Control higiene i vestit (0) 10:00 <b>EL PACIENT ÉS AUTÒNOM PER A LAUTOCURA</b> (0) 12:00			
Afrontament i tolerància a l'estrés	Afrontament individual ineficax	Facilitar la presa de decisions (0) 10:00, 16:00			
Cognitiu-Perceptiu	Alt risc de violència	Control i registre pertinences (sin definir) Limitar lús d'objectes potencialment perillosos (0) 10:00, 16:00, 23:00 Valorar tolerància de visites i trucades (0) 11:00, 19:00			
	Alteració de les funcions cognitives	Presenta alteracions cognitives (especificar: llenguatge, memòria, atenció, capacitat planificació) (0) 12:00			
	Alteració dels processos del pensament	Afectació de la conducta pel deliri/al·lucinacions (0) 10:00, 19:00 Confrontació d'idees delirants (0) 12:00, 18:00 <b>MANIFESTA AL·LUCINACIONS (1: MAI - 5: SEMPRE)</b> (0) 10:00, 16:00, 23:00 <b>MANIFESTA IDEES DELIRANTS (1:MAI - 5:SEMPRE)</b> (0) 10:00, 16:00, 23:00			
Eliminació	Risc restrenyiment	Control deposicional (0) 22:00			
Nutricional-Metabòlic	Risc alteració nutrició (excés/defecte)	<b>EL PACIENT CONEIX LES SEVES NECESSITATS NUTRICIONALS</b> (0) 16:00 Si dissabte: control pes (0) 08:00 Valorar ingesta (0) 08:00, 13:00, 19:00			
	Risc d'alteració de la mucosa oral	Assegurar correcta higiene bucal (0) 10:00, 22:00 <b>LA MUCOSA ORAL NO PRESENTA ALTERACIONS</b> (0) 16:00 Valorar estat mucosa oral (sin definir)			
	Risc de dèficit d'ingesta de líquids (hidratació)	<b>PACIENT AUTÒNOM PER A LA CORRECTA HIDRATACIÓ</b> (0) 16:00			
Percepció d'un mateix	Ansietat	Contenció verbal (0) 10:00, 16:00, 23:00 Disminuir estímuls que generin ansietat (0) 10:00, 16:00, 23:00 Facilitar que pacient verbalitzi preocupacions/temors (0) 10:00, 16:00, 23:00			
	Impotència	Proporcionar recolzament emocional (0) 10:00, 16:00, 23:00			

		Dia 7			
	Transtorn de l'autoestima	Facilitar les manifestacions verbals de sentiments i percepcions i pors	(0) 10:00, 16:00, 23:00		
Percepció i cura de la Salut	Alt risc d'incompliment del tractament	Assegurar la presa del tractament oral	(0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00		
	Alteració en el manteniment de la salut	Confrontar conductes perilloses	(0) 10:00, 16:00, 23:00		
		Explicar la necessitat del tractament	(0) 10:00, 16:00, 23:00		
		Reforçar la consciència de malaltia	(0) 10:00, 16:00, 23:00		
	sense diagnòstic	Presenta síndrome extrapiramidal	(0) 10:00		
Rol-Relacions	Deteriorament de la interacció social	<b>INTERACCIONA AMB LENTORN (1: MAI - 5: SEMPRE)</b> Involucrar pacient/família en programa d'activitats diàries	(0) 10:00, 16:00 (0) 10:00, 16:00		
Sexualitat-Reproducció	Disfunció sexual	<b>EL PACIENT COMPREN LA INFORMACIÓ REBUDA</b> Facilitar que pacient verbalitzi preocupacions/temors	(0) 12:00 (0) 10:00, 16:00		
Son-Repòs	Alteració del patró del son	<b>EL PACIENT DORM UN MINIM DE 6H SEGUIDES</b> Establir pautes d'higiene del son Quantificar les hores de son: <b>REFEREIX SON REPARADOR</b>	(0) 16:00 (0) 22:00 (0) 10:00 (0) 08:00		
Tractament i proves complementàries	sense diagnòstic	Control hemodinàmic Control temperatura axil·lar (anotar a gràfic clínic) Medicació prescrita	(0) 10:00 (0) 22:00 (0) 10:00, 16:00, 23:00		

(0) H.Absoluta / (1) H.Relativa a la creació de la trajectòria / (2) H.Relativa a l'ingrés en planta / (3) H.Relativa a la tornada de quiròfan / (4) H.Relativa a l'inici del període / (5) H.Relativa a la intervenció



## Anexo 4: Proceso temporalidad 3ª

# SMA01.2 - ESQUIZOFRÈNIA PARANOIDE (setmana d'alta) (Ver.2)

		Dia 1		Dia 2		Dia 3	
Afrontament i tolerància a l'estrés	Afrontament individual ineficaç	Facilitar la presa de decisions	(0) 10:00, 16:00	➔ (0) 10:00, 16:00	➔ (0) 10:00, 16:00	➔ (0) 10:00, 16:00	➔ (0) 10:00, 16:00
Cognitiu-Perceptiu	Alt risc de violència	Control i registre pertinences	(sin definir)	➔ (sin definir)	➔ (sin definir)	➔ (sin definir)	➔ (sin definir)
		Limitar lús dobjectes potencialment perillosos	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00
		Valorar tolerància de visites i trucades	(0) 11:00, 19:00	➔ (0) 11:00, 19:00	➔ (0) 11:00, 19:00	➔ (0) 11:00, 19:00	➔ (0) 11:00, 19:00
	Alteració de les funcions cognitives	Presenta alteracions cognitives (especificar: llenguatge, memòria, atenció, capacitat planificació)	(0) 12:00	➔ (0) 12:00	➔ (0) 12:00	➔ (0) 12:00	➔ (0) 12:00
	Alteració dels processos del pensament	Afectació de la conducta pel deliri/al·lucinacions	(0) 10:00, 19:00	➔ (0) 10:00, 19:00	➔ (0) 10:00, 19:00	➔ (0) 10:00, 19:00	➔ (0) 10:00, 19:00
		Confrontació didees delirants	(0) 12:00, 18:00	➔ (0) 12:00, 18:00	➔ (0) 12:00, 18:00	➔ (0) 12:00, 18:00	➔ (0) 12:00, 18:00
		<b>MANIFESTA AL·LUCINACIONS (1: MAI - 5: SEMPRE)</b>	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00
		<b>MANIFESTA IDEES DELIRANTS (1:MAI - 5:SEMPRE)</b>	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00
Eliminació	Risc restrenyiment	Administar laxant/enema si sescau	(sin definir)	➔ (sin definir)	➔ (sin definir)	➔ (sin definir)	➔ (sin definir)
		Control deposicional	(0) 22:00	➔ (0) 22:00	➔ (0) 22:00	➔ (0) 22:00	➔ (0) 22:00
Nutricional-Metabòlic	Risc alteració nutrició (excés/defecte)	Ajustar dieta segons estat de salut	(sin definir)	➔ (sin definir)	➔ (sin definir)	➔ (sin definir)	➔ (sin definir)
		Si dissabte: control pes	(0) 08:00	➔ (0) 08:00	➔ (0) 08:00	➔ (0) 08:00	
		Valorar ingesta	(0) 08:00, 13:00, 19:00	➔ (0) 08:00, 13:00, 19:00	➔ (0) 08:00, 13:00, 19:00	➔ (0) 08:00, 13:00, 19:00	
Percepció d'un mateix	Ansietat	Contenció verbal	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00
		Disminuir estímuls que generin ansietat	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00
		Facilitar que pacient verbalitzi preocupacions/temors	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00
	Transtorn de l'autoestima	Facilitar les manifestacions verbals de sentiments i percepcions i pors	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00
Percepció i cura de la Salut	Alt risc d'incompliment del tractament	Assegurar la presa del tractament oral	(0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	➔ (0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	➔ (0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	➔ (0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	➔ (0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00
		Confrontar conductes perilloses	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00
		Explicar la necessitat del tractament	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00
		Reforçar la consciencia de malaltia	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00	➔ (0) 10:00, 16:00, 23:00
	sense diagnòstic	Presenta síndrome extrapiramidal	(0) 10:00	➔ (0) 10:00	➔ (0) 10:00	➔ (0) 10:00	➔ (0) 10:00

## SMA01.2 - ESQUIZOFRÈNIA PARANOIDE (setmana d'alta) (Ver.2)

		Dia 1	Dia 2	Dia 3
Pla d'alta	sense diagnòstic	Reforçar el vincle del pacient amb la xarxa de Salut Mental (0) 10:00, 16:00, 23:00 Valorar possible problemàtica social al alta (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00, 23:00 → (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00, 23:00
Rol-Relacions	Cansament del rol del cuidador	Educar al cuidador en el procés de malaltia (0) 10:00, 16:00 Escolta activa del cuidador (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00 → (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00 → (0) 10:00, 16:00
	Deteriorament de la interacció social	<b>INTERACCIONA AMB LENTORN (1: MAI - 5: SEMPRE)</b> (0) 10:00, 16:00 Involucrar pacient/família en programa d'activitats diàries (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00 → (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00 → (0) 10:00, 16:00
Sexualitat-Reproducció	Disfunció sexual	Facilitar que pacient verbalitzi preocupacions/temors (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00
Son-Repós	Alteració del patró del son	Quantificar les hores de son: (0) 10:00 <b>REFEREIX SON REPARADOR</b> (0) 08:00	→ (0) 10:00 → (0) 08:00	→ (0) 10:00 → (0) 08:00
Tractament i proves complementàries	sense diagnòstic	Control hemodinàmic (0) 10:00 Control temperatura axil·lar (anotar a gràfic clínic) (0) 22:00 Medicació prescrita (0) 10:00, 16:00, 23:00	→ (0) 10:00 → (0) 22:00 → (0) 10:00, 16:00, 23:00	→ (0) 10:00 → (0) 22:00 → (0) 10:00, 16:00, 23:00

(0) H.Absoluta / (1) H.Relativa a la creació de la trajectòria / (2) H.Relativa a l'ingrés en planta / (3) H.Relativa a la tornada de quiròfan / (4) H.Relativa a l'inici del període / (5) H.Relativa a la intervenció

		Dia 4		Dia 5		Dia 6	
Afrontament i tolerància a l'estrés	Afrontament individual ineficaç	Facilitar la presa de decisions	(0) 10:00, 16:00	➔	(0) 10:00, 16:00	➔	(0) 10:00, 16:00
Cognitiu-Perceptiu	Alt risc de violència	Control i registre pertinences	(sin definir)	➔	(sin definir)	➔	(sin definir)
		Limitar lús dobjectes potencialment perillosos	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00
		Valorar tolerància de visites i trucades	(0) 11:00, 19:00	➔	(0) 11:00, 19:00	➔	(0) 11:00, 19:00
	Alteració de les funcions cognitives	Presenta alteracions cognitives (especificar: llenguatge, memòria, atenció, capacitat planificació)	(0) 12:00	➔	(0) 12:00	➔	(0) 12:00
	Alteració dels processos del pensament	Afectació de la conducta pel deliri/al·lucinacions	(0) 10:00, 19:00	➔	(0) 10:00, 19:00	➔	(0) 10:00, 19:00
		Confrontació didees delirants	(0) 12:00, 18:00	➔	(0) 12:00, 18:00	➔	(0) 12:00, 18:00
		<b>MANIFESTA AL·LUCINACIONS (1: MAI - 5: SEMPRE)</b>	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00
		<b>MANIFESTA IDEES DELIRANTS (1:MAI - 5:SEMPRE)</b>	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00
Eliminació	Risc restrenyiment	Control deposicional	(0) 22:00	➔	(0) 22:00	➔	(0) 22:00
Nutricional-Metabòlic	Risc alteració nutrició (excés/defecte)	Si dissabte: control pes	(0) 08:00	➔	(0) 08:00	➔	(0) 08:00
		Valorar ingesta	(0) 08:00, 13:00, 19:00	➔	(0) 08:00, 13:00, 19:00	➔	(0) 08:00, 13:00, 19:00
Percepció d'un mateix	Ansietat	Contenció verbal	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00
		Disminuir estímuls que generin ansietat	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00
		Facilitar que pacient verbalitzi preocupacions/temors	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00
	Transtorn de l'autoestima	Facilitar les manifestacions verbals de sentiments i percepcions i pors	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00
Percepció i cura de la Salut	Alt risc d'incompliment del tractament	Assegurar la presa del tractament oral	(0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	➔	(0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00	➔	(0) 09:00, 13:00, 16:00, 20:00, 22:00
	Alteració en el manteniment de la salut	Confrontar conductes perilloses	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00
		Explicar la necessitat del tractament	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00
		Reforçar la consciencia de malaltia	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00
	sense diagnòstic	Presenta síndrome extrapiramidal	(0) 10:00	➔	(0) 10:00	➔	(0) 10:00
Pla d'alta	sense diagnòstic					<b>PROBLEMÀTICA SOCIAL RESOLTA</b>	(0) 12:00
		Reforçar el vincle del pacient amb la xarxa de Salut Mental	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00	➔	(0) 10:00, 16:00, 23:00

# SMA01.2 - ESQUIZOFRÈNIA PARANOIDE (setmana d'alta) (Ver.2)

		Dia 4	Dia 5	Dia 6
Rol-Relacions	Cansament del rol del cuidador	Educar al cuidador en el procés de malaltia (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00
		Escolta activa del cuidador (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00
	Deteriorament de la interacció social	<b>INTERACCIONA AMB LENTORN (1: MAI - 5: SEMPRE)</b> (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00
		Involucrar pacient/família en programa d'activitats diàries (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00
Sexualitat-Reproducció	Disfunció sexual	Facilitar que pacient verbalitzi preocupacions/temors (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00	→ (0) 10:00, 16:00
Son-Repós	Alteració del patró del son	Quantificar les hores de son: (0) 10:00	→ (0) 10:00	→ (0) 10:00
		<b>REFEREIX SON REPARADOR</b> (0) 08:00	→ (0) 08:00	→ (0) 08:00
Tractament i proves complementàries	sense diagnòstic	Control hemodinàmic (0) 10:00	→ (0) 10:00	→ (0) 10:00
		Control temperatura axil·lar (anotar a gràfic clínic) (0) 22:00	→ (0) 22:00	→ (0) 22:00
		Medicació prescrita (0) 10:00, 16:00, 23:00	→ (0) 10:00, 16:00, 23:00	→ (0) 10:00, 16:00, 23:00

(0) H.Absoluta / (1) H.Relativa a la creació de la trajectòria / (2) H.Relativa a l'ingrés en planta / (3) H.Relativa a la tornada de quiròfan / (4) H.Relativa a l'inici del període / (5) H.Relativa a la intervenció

		Dia alta			
Afrontament i tolerància a l'estrés	Afrontament individual ineficax	<b>EL PACIENT ÉS CAPAÇ DAFRONTAR ELS PROBLEMES</b>	(0) 10:00		
Cognitiu-Perceptiu	Alt risc de violència	<b>EL PACIENT TÉ UN CONTROL ADEQUAT DELS IMPULSOS</b>	(0) 10:00		
	Alteració de les funcions cognitives	<b>CONSERVACIÓ DE LES FUNCIONS COGNITIVES</b>	(0) 10:00		
	Alteració dels processos del pensament	<b>DISMINUCIÓ DE LES ALT. DELS PROCESSOS DEL PENSAMENT. NO AFECTACIÓ CONDUCTA</b>	(0) 10:00		
		<b>DISMINUCIÓ SIGNIFICATIVA DE LES ALTERACIONS SENSOPERCEPTIVES</b>	(0) 10:00		
Nutricional-Metabòlic	Risc alteració nutrició (excés/defecte)	<b>EL PACIENT TÉ UN PES ADEQUAT</b>	(0) 10:00		
		<b>LA INGESTA DEL PACIENT ÉS CORRECTA</b>	(0) 10:00		
Percepció d'un mateix	Ansietat	<b>EL/LA PACIENT MANIFESTA TRANQUIL·LITAT</b>	(0) 10:00		
	Transtorn de l'autoestima	<b>AUTOESTIMA ADEQUADA</b>	(0) 10:00		
Percepció i cura de la Salut	Alt risc d'incompliment del tractament	<b>EL PACIENT ACCEPTA EL TRACTAMENT</b>	(0) 10:00		
	Alteració en el manteniment de la salut	<b>EL PACIENT RECONeix LES CONDUCTES DE RISC</b>	(0) 10:00		
		<b>EL PACIENT TÉ CONSCIÈNCIA DE MALALTIA</b>	(0) 10:00		
		<b>RECONeix LA NECESSITAT DADHERIR-SE AL TRACTAMENT</b>	(0) 10:00		
	sense diagnòstic	<b>EL PACIENT NO PRESENTA SÍMPTOMES EXTRAPIRAMIDALS</b>	(0) 10:00		
Pla d'alta	sense diagnòstic	<b>EL PACIENT I LA FAMILIA CONEIXEN ELS DISPOSITIUS DE LA XARXA DE SM AL SEU ABAST</b>	(0) 10:00		
		<b>PACIENT VINCULAT A LA XARXA DE SALUT MENTAL</b>	(0) 10:00		
Rol-Relacions	Cansament del rol del cuidador	<b>EL CUIDADOR ESTÀ INFORMAT I COMPRÈN LA INFORMACIÓ</b>	(0) 10:00		
	Deteriorament de la interacció social	<b>INTERACCIONA AMB LENTORN ADEQUADAMENT</b>	(0) 10:00		

Dia alta		
Tractament i proves complementàries	sense diagnòstic	Control temperatura axil·lar (anotar a gràfic (0) 10:00 clínic)

(0) H.Absoluta / (1) H.Relativa a la creació de la trajectòria / (2) H.Relativa a l'ingrés en planta / (3) H.Relativa a la tornada de quiròfan / (4) H.Relativa a l'inici del període / (5) H.Relativa a la intervenció



UNIVERSITAT DE BARCELONA



## Anexo 5: Entrevista tipo estructurada del servicio de salud mental del CSdM

## Anexo 5 ENTREVISTA

La entrevista que se realiza al paciente de salud mental en el momento del ingreso para realizar su valoración, es de redactado libre dentro de una estructurada a seguir, que es:

1. **Presentación al paciente**
2. **Aspecto externo:** Extravagante, adecuado, descuidado, sucio
3. **Orientación:** En tiempo, espacio y persona
4. **Atención:** Euproséxico, hiperproséxico, hipoproséxico
5. **Estado de ánimo:** Eutímico, hipertímico, hipotímico, irritable, ansioso, eufórico
6. **Discurso:**
  - Nivel formal: lento, acelerado, comprensible, incomprensible
  - Nivel de contenido: coherente, incoherente.
7. **Actitud:** Colaboradora, reticente, agresiva, suspicaz
8. **Alucinaciones:** Auditivas, visuales, olfatorias
9. **Alteraciones psicomotoras**
  - Nivel neurológico: movimiento voluntario, torpeza, inestabilidad, presencia de tics
  - Nivel psicológico. Relación y comunicación con los demás
10. **Ansiedad**
11. **Sueño/insomnio**
12. **Hábitos tóxicos**
13. **AVD's: autónomo, con ayuda, dependiente**
14. **Insight**



Anexo 6: Propuesta de un nuevo plan de ciudadanos para el servicio de salud mental del CSdM

DIAGNÒSTIC	OBJECTIUS	INTERVENCIIONS / ACTIVITATS			
<b>ANSIETAT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Autocontrol de l'ansietat</b> Disminueix els estímuls ambientals</li> <li>2. <b>Autocontrol d'impulsos i agressió</b> Identifica conductes impulsives perjudicials Expressa sentiments de forma apropiada</li> </ol>	<input type="checkbox"/> Ajuda en la detecció de símptomes <input type="checkbox"/> Augmentar l'afrontament <input type="checkbox"/> Disminució de l'angoixa <input type="checkbox"/> Tècniques de relaxació <input type="checkbox"/> Grups de recolzament	1.	1.	1.
<b>TRASTORN DE LA PERCEPCIÓ SENSORIAL: AUDITIVA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Autocontrol del pensament distorsionat</b> Reconeix que té al·lucinacions / i delirants. Descriu el contingut de les al·lucinacions/ID No respon a les al·lucinacions/ID Refereix disminució de les al·lucinacions/ID</li> </ol>	<input type="checkbox"/> Recolzament emocional <input type="checkbox"/> Musicoteràpia <input type="checkbox"/> Maneig de les idees il·lusòries <input type="checkbox"/> Reestructuració cognitiva <input type="checkbox"/> Maneig dels estressors	1.	1.	1.
<b>INCUMPLIMENT DEL TRATAMENT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Conducta de compliment</b> Confiança en el professional sanitari Comunica seguir la pauta prescrita Refereix els canvis de símptomes</li> </ol>	<input type="checkbox"/> Pacte amb el pacient <input type="checkbox"/> Recolzament en la presa de decisions <input type="checkbox"/> Educació sanitària.(Consciència de malaltia...) <input type="checkbox"/> Augmentar sistemes de recolzament. Derivació si escau.....	1.	1.	1.
<b>INTERRUPCIÓ DELS PROCESOS FAMILIARS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Normalització de la família</b> Reconeix l'existència d'alteracions que poden afectar a la rutina familiar</li> <li>2. <b>Afrontament del problema</b> Verbalitza acceptació de la situació Modifica l'estil de vida quan ho requereix</li> </ol>	<input type="checkbox"/> Estimulació de la integritat familiar <input type="checkbox"/> Fomentar la normalització familiar. <input type="checkbox"/> Recolzament en la presa de decisions <input type="checkbox"/> Recolzament emocional i assessorament. <input type="checkbox"/> Potenciació de rols <input type="checkbox"/> Teràpia familiar <input type="checkbox"/> Sol·licitar Llei Dependència	1.	1.	1.
<b>DÈFICIT D'AUTOCURA (ALIMENTACIÓ, HIGIENE, VESTIMENTA)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Gestió autocura: AVD</b> Manté un aspecte acurat Manté un hàbit nutricional adequat</li> <li>2. <b>Satisfacció del pacient</b> Derivació a altres professionals</li> </ol>	<input type="checkbox"/> Educació nutricional. <input type="checkbox"/> Grup Hàbits vida saludable. <input type="checkbox"/> Manteniment de la salut bucal. <input type="checkbox"/> Fomentar autonomia en l'autocura (bany/higiene). <input type="checkbox"/> Previsió de caigudes (Bany) <input type="checkbox"/> Sol·licitar Llei dependència	1.	1.	1.
			2.	2.	2.

A puntuar: escala 1-5 (1: menys assolit 2: rarament assolit 3: a vegades assolit 4: freqüentment assolit 5: sempre assolit)

Diagnòstic	OBJECTIUS	INTERVENCIIONS / ACTIVITATS			
<b>DETRIMENT DEL PATRÓ DE LA SON</b>	<b>1. Descans</b> Consum de fàrmacs psicotròpics Qualitat de la son <b>2. Son</b> Dorm tota la nit Desperta a hores apropiades	<input type="checkbox"/> Maneig ambiental: confort <input type="checkbox"/> Maneig de la medicació. <input type="checkbox"/> Ensenyar tècniques de relaxació i estratègies per millorar la son. <input type="checkbox"/> Fomentar exercici físic. <input type="checkbox"/> Higiene del son	1.	1.	1.
<b>DISFUNCIÓ SEXUAL</b>	<b>1. Control del risc: malalties de transmissió sexual</b> Reconeix el risc de MTS Utilitza mètodes per controlar MTS <b>2. Funcionament sexual</b> Realitza l'activitat sexual amb dispositius d'ajuda	<input type="checkbox"/> Assessorament sexual. <input type="checkbox"/> Disminució de l'ansietat. <input type="checkbox"/> Potenciació de l'autoestima. <input type="checkbox"/> Maneig de la conducta sexual.	1.	1.	1.
<b>TRASTORN PROCESSOS DEL PENSAMENT</b>	<b>1. Orientació cognitiva</b> Manté orientació temporo-espacial <b>2. Pressa de decisions</b> Identifica alternatives Identifica recursos necessaris per recolzar cada alternativa	Maneig de les idees il·lusòries. Orientació a la realitat. Escolta activa. Atenció / intervenció a la crisi Disminució de l'ansietat	1.	1.	1.
<b>RISC DE CANSAMENT EN EL DESEMPENY EN EL ROL DEL CUIDADOR</b>	<b>1. Preparació del cuidador principal domiciliari.</b> Voluntat per assumir el rol de cuidador Participació en les decisions d'atenció domiciliària <b>2. Afrontament dels problemes de la família</b> Utilitza estratègies per reduir l'estrès	Recolzament al cuidador principal Fomentar la implicació familiar Reforç positiu Potenciació de rols Sol·licitar Llei de Dependència	1.	1.	1.

A puntuar: escala 1-5 (1: menys assolit 2: rarament assolit 3: a vegades assolit 4: freqüentment assolit 5: sempre assolit)

Diagnòstic	OBJECTIUS	INTERVENCIIONS / ACTIVITATS			
<b>MANEIG EFFECTIU DEL RÈGIM TERAPÈUTIC</b>	<b>1. Control del risc</b> Reconeix i supervisa els factors de risc Adapta estratègies de control <b>2. Participació en les decisions sobre l'assistència sanitària</b> Busca informació	Educació sanitària Reforç positiu. Identificació de riscos	1. 2.	1. 2.	1. 2.

A puntuar: escala 1-5 (1: menys assolit 2: rarament assolit 3: a vegades assolit 4: freqüentment assolit 5: sempre assolit)