

## **Fichero de Planes de Cuidados relacionados con el paciente con insuficiencia renal y patologías asociadas**

### **Índice**

- Plan de cuidados estandarizado para el preoperatorio y postoperatorio inmediato del trasplante renal. Taxonomía nanda-nic-noc.
- Plan de cuidados estándar: trasplante renal.
- Guía de valoración del paciente crónico en hemodiálisis por indicadores.
- Guía de valoración por indicadores del paciente con IRCT en hemodiálisis.
- Aplicación de la metodología de plan de cuidados en una unidad de diálisis peritoneal.
- Intervenciones de enfermería para la conservación de la función renal residual en diálisis peritoneal.
- Diagnóstico de enfermería.
- Manual de protocolos y procedimientos de actuación de enfermería nefrológica.
- Plan de cuidados del paciente en hemodiálisis.
- Plan de cuidados de enfermería. Perfil del paciente renal según taxonomías nanda-noc-nic.
- Miradas y voces del discurso enfermero.
- Guía validación de los planes de cuidados estandarizados.

# Plan de cuidados estandarizado para el preoperatorio y postoperatorio inmediato del trasplante renal. Taxonomía NANDA/NIC/NOC

Agustina Pérez Zarza - Francisco Javier Rubio Gil

Hospital Virgen de la Vega. Salamanca

## Sra. Directora:

Actualmente el trasplante renal es un procedimiento terapéutico habitualmente utilizado en los hospitales públicos, siendo la actividad trasplantadora de nuestro país una de las más altas del mundo. Es imprescindible ofrecer a las personas que reciben un órgano unos cuidados de calidad cuyas especificidades se reflejan en un Plan de Cuidados. La estructura del plan que presentamos surge de la intención de usar un lenguaje universal estandarizado que pueda ser reproducible y comparable, para ello hemos utilizado la taxonomía NANDA de diagnósticos enfermeros como base para la selección de resultados e intervenciones<sup>1</sup>.

La clasificación de intervenciones de enfermería (CIE/NIC) es un lenguaje universal para comunicar la función única de la enfermería, permite normalizar los tratamientos de enfermería y facilita el desarrollo de los sistemas informáticos de cuidados sanitarios<sup>2</sup>.

### Correspondencia:

Francisco Javier Rubio Gil  
Servicio de Nefrología. Unidad Hemodiálisis  
Hospital Virgen de la Vega  
Complejo Hospitalario de Salamanca  
Paseo San Vicente 58-182  
37007 Salamanca.  
javirubio71@hotmail.com

Hemos definido los resultados según la clasificación de resultados de enfermería del proyecto Iowa (CRE/NOC)<sup>3</sup>, una vez definidos podemos demostrar la efectividad de nuestros cuidados, medir su calidad y estimar los gastos generados, pudiendo así mostrar lo que la enfermería aporta a la salud de la población.

Para la recogida de datos hemos utilizado el modelo de patrones funcionales de salud de Gordon para la valoración de necesidades de nuestro grupo de pacientes. Asignamos un diagnóstico de enfermería a cada una de las necesidades más frecuentes de nuestros pacientes.

Cada diagnóstico está relacionado con unos resultados<sup>3</sup>, los cuales, a través de sus indicadores son evaluables en el tiempo por cualquier observador, utilizando las escalas tipo Likert que tienen asignados.

El análisis de los resultados esperados nos permite así valorar la idoneidad y la eficacia de las actividades programadas para resolver cada uno de los diagnósticos enfermeros, así como la posibilidad de modificarlos para mejorar los resultados.

Así mismo, cada diagnóstico de enfermería tiene asignadas unas intervenciones<sup>2</sup>, y estas unas actividades específicas, para tratar de resolverlo. Nosotros hemos seleccionado las más adecuadas según la situación de nuestro grupo de pacientes. La adecuación de las intervenciones y de las actividades, será dada por la evaluación de los resultados.

Queda abierta, a su vez, la posibilidad de individualizar el plan de cuidados eliminando o añadiendo nuevos diagnósticos, resultados y/o intervenciones específicas para cada problema de salud de cada paciente.

Además de las intervenciones asignadas a cada diagnóstico, hemos introducido dos más que no tienen correspondencia con diagnósticos de enfermería, por parecernos que son una labor plena de la enfermería y que tienen la importancia suficiente como para aparecer en este plan de cuidados: la preparación quirúrgica y las precauciones con hemorragias.

Con el presente plan tratamos de agilizar el uso de la taxonomía NANDA/NIC/NOC, para ello hemos diseñado una hoja de registro estándar (anexo 1) que creemos será útil para la puesta en marcha de este plan de cuidados. En él se han definido 8 diagnósticos de enfermería, 1 complicación potencial, 1 requerimiento terapéutico y 11 resultados que esperamos obtener para resolver los diagnósticos, llevando a cabo 19 intervenciones y 59 actividades.

DIAGNÓSTICO	RESULTADO Intervención	EVALUACIÓN			INTERVENCIÓN Actividad	Ejecución
		ESCALA	fecha/hora	Puntos		
1.- DIAGNÓSTICO 1 r/c	RESULTADO 1 - Indicador 1. - Indicador 2.	1. Nunca manifestado			INTERVENCIÓN 1 - Actividad 1 - Actividad 2	
		2. Raramente 3. En ocasiones 4. Con frecuencia 5. Constantemente			INTERVENCIÓN 2 - Actividad 1 - Actividad 2 - Actividad 3	
2.- DIAGNÓSTICO 2 r/c	RESULTADO 1 - Indicador 1. - Indicador 2.	1. Nunca manifestado			INTERVENCIÓN 1 - Actividad 1 - Actividad 2 - Actividad 3	
	RESULTADO 2 - Indicador 1.	2. Raramente 3. En ocasiones 4. Con frecuencia 5. Constantemente			INTERVENCIÓN 2 - Actividad 1	

ANEXO 1: hoja de registro estándar

## Diagnósticos contemplados en el Plan de Cuidados

**1. TEMOR:** respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro r/c procedimientos hospitalarios

### 1.1.- Resultado

1.1.1.- Control del miedo (1404)  
Indicadores:

- Busca información para reducir el miedo
- Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo

La escala tipo Likert que se utiliza para evaluar los indicadores es la siguiente:

- 1 nunca manifestado
- 2 raramente manifestado
- 3 en ocasiones manifestado

- 4 con frecuencia manifestado
- 5 constantemente manifestado.

## 1.2.- Intervenciones

### 1.2.1.- Asesoramiento (5240)

#### Actividades:

- Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad.
- Proporcionar información objetiva, según sea necesario y si procede.

### 1.2.2.- Enseñanza prequirúrgica (5610)

#### Actividades:

- Informar al paciente de la duración esperada de la operación.
- Evaluar la ansiedad del paciente relacionada con la cirugía.
- Describir las rutinas preoperatorias.

### 1.2.3.- Relajación muscular progresiva (1460)

#### Actividades:

- Hacer que el paciente tense, durante 5-10 seg., los principales grupos musculares.
- Ordenar al paciente que respire profundamente y expulse lentamente el aire y con ello la tensión.

**2. RIESGO DE INFECCIÓN:** aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos r/c: procedimientos invasivos e inmunosupresión.

## 2.1.- Resultado

### 2.1.1.- Control del riesgo (1902):

#### Indicadores:

- Reconoce el riesgo.
- Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas.

### 2.1.2.- Curación de la herida (1102)

#### Indicadores:

- Aproximación cutánea.

La escala utilizada será:

- 1 ninguna
- 2 escasa
- 3 moderada
- 4 sustancial
- 5 completa

## 2.2.- Intervenciones:

### 2.2.1.- Control de infecciones (6540)

#### Actividades:

- Mantener técnicas de aislamiento si procede.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados con el paciente.
- Afeitar y preparar la zona, como se indica en la preparación para procedimientos invasivos o cirugía.
- Fomentar una respiración profunda y tos si procede

### 2.2.2.- Cuidado del sitio de incisión (3440)

#### Actividades:

- Inspeccionar el sitio de incisión en busca de signos de infección.
- Tomar nota de las características de cualquier drenaje.
- Aplicar antiséptico según prescripción.
- Enseñar al paciente a minimizar la tensión en la zona de la herida.

### 2.2.3.- Cuidados del catéter urinario (1876)

#### Actividades:

- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.
- Anotar las características del líquido drenado.
- Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.

### 2.2.4.- Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (2440)

#### Actividades:

- Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter.
- Cambiar los sistemas, apósitos y tapones según protocolo del centro.
- Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica.

**3. DOLOR AGUDO:** experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial descrita en tales términos (IASP), de inicio súbito o lento, de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente con un final anticipado o previsible y duración menor de seis meses r/c agentes lesivos (físicos).

**3.1.- Resultados****3.1.1.- Control del dolor (1605)**

## Indicadores:

- Reconoce factores causales.
- Utiliza medidas de alivio no analgésicas.
- Utiliza los signos de alerta para pedir ayuda.

**3.2.- Intervenciones:****3.2.1.- Manejo del dolor (1400)**

## Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva que incluya localización, características, aparición, frecuencia, calidad, intensidad, severidad, y factores desencadenantes.
- Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas, tiempo que durará, etc.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas o no) que faciliten el alivio del dolor.
- Proporcionar un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

**3.2.2.- Administración de analgésicos (2210)**

## Actividades:

- Comprobar historial de alergias a medicamentos.
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, frecuencia y dosis.
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

**3.2.3.- Relajación muscular progresiva (1460)**

## Actividades:

- Hacer que el paciente tense, durante 5-10 seg., los principales grupos musculares.
- Ordenar al paciente que respire profundamente y expulse lentamente el aire y con ello la tensión.

**4. DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE:** deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño o higiene r/c dolor.

**4.1.- Resultados****4.1.1.- Cuidados personales y actividades de la vida diaria (0300)**

## Indicadores:

- Higiene
- Deambulación: camina.

La escala utilizada será:

- 1 dependiente, no participa

- 2 requiere ayuda personal y de dispositivos
- 3 requiere ayuda personal
- 4 independiente con ayuda de dispositivos
- 5 completamente independiente.

**4.2.- Intervenciones****4.2.1.- Ayuda al autocuidado (1800)**

## Actividades:

- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir los autocuidados.
- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de autocuidados.
- Alentar la independencia pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.

**5. RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS:** riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro de los líquidos intravasculares, intersticiales o intracelulares r/c fluidoterapia y oliguria/poliuria.

**5.1.- Resultados****5.1.1.- Equilibrio hídrico (0601)**

## Indicadores:

- Entradas y salidas diarias equilibradas.
- Peso corporal estable.
- Presión arterial ERE.

La escala utilizada es:

- 1 extremadamente comprometido
- 2 sustancialmente comprometido
- 3 moderadamente comprometido
- 4 levemente comprometido
- 5 no comprometido.

**5.2.- Intervenciones****5.2.1.- Manejo de líquidos (4120)**

## Actividades:

- Monitorizar signos vitales.
- Pesar a diario y controlar evolución.
- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.
- Observar si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos.

**5.2.2.- Terapia intravenosa (4200)**

## Actividades:

- Verificar la orden de terapia intravenosa.
- Examinar el tipo, cantidad, fecha de caducidad y carácter de la solución y que no haya daños en el envase.

**6. RIESGO DE NÁUSEAS:** riesgo de sensación subjetiva y desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar r/c distensión gástrica por intervenciones farmacológicas (anestésicos).

### 6.1.- Resultados

#### 6.1.1.- Control del síntoma (1608)

Indicadores:

- Reconoce el comienzo del síntoma.
- Utiliza medidas de alivio.

### 6.2.- Intervenciones

#### 6.2.1.- Manejo de las náuseas (1450)

- Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, etc.).
- Asegurarse que se han administrado antieméticos eficaces que evitan las náuseas siempre que haya sido posible.
- Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración.

**7. RIESGO DE ALTERACIÓN DEL PATRÓN DEL SUEÑO:** riesgo de sufrir trastorno de la cantidad y calidad del sueño limitado en el tiempo r/c medicamentos, ruido, interrupciones para procedimientos terapéuticos.

### 7.1.- Resultado

#### 7.1.1.- Nivel de comodidad (2100)

Indicadores:

- Bienestar físico referido.
- Satisfacción expresada con el entorno físico.

La escala utilizada es:

- 1 ninguno
- 2 limitado
- 3 moderado
- 4 importante
- 5 extenso.

#### 7.1.2.- Sueño (0004)

Indicadores:

- Patrón del sueño.
- Sueño ininterrumpido.

La escala utilizada es:

- 1 extremadamente comprometido
- 2 sustancialmente comprometido

- 3 moderadamente comprometido
- 4 levemente comprometido
- 5 no comprometido.

### 7.2.- Intervenciones

#### 7.2.1.- Fomentar el sueño (1850)

Actividades:

- Observar/registrar el esquema y ritmos de sueño.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón) para favorecer el sueño.
- Ayudar al paciente a limitar el sueño del día, disponiendo una actividad que favorezca la vigilia.
- Ajustar el programa de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.

**8. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA:** limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades r/c malestar o dolor.

### 8.1.- Resultado

#### 8.1.1.- Posición corporal inicial (0203)

Indicadores:

- De un costado a otro costado.
- De tumbado a sentado

La escala utilizada es:

- 1 dependiente, no participa
- 2 requiere ayuda personal y de dispositivos
- 3 requiere ayuda persona
- 4 independiente con ayuda de dispositivos
- 5 completamente independiente.

#### 8.1.2.- Realización del traslado (0210)

Indicadores:

- Traslado cama silla.
- Traslado silla cama.

La escala utilizada es:

- 1 dependiente, no participa
- 2 requiere ayuda personal y de dispositivos
- 3 requiere ayuda personal
- 4 independiente con ayuda de dispositivos
- 5 completamente independiente.

### 8.2.- Intervenciones

#### 8.2.1.- Cambio de posición (0840)

- Animar al paciente a participar en los cambios de posición.
- Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida.
- Poner apoyos en las zonas edematosas.

#### 8.2.2.- Terapia de ejercicios: deambulaci3n (0221)

- Colocar una cama de baja altura.
- Ayudar al paciente a sentarse al borde de la cama.
- Instruir al paciente acerca de las t3cnicas de traslado y deambulaci3n seguras.

## 9. REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS

### 9.1.- Intervenciones

#### 9.1.1.- Preparaci3n quirúrgica (2930)

- Asegurarse de que el paciente no recibe nada por boca.
- Verificar que ha firmado el correspondiente consentimiento quirúrgico.
- Retirar las alhajas/anillos, si procede.
- Extraer la dentadura postiza, gafas, lentes u otras prótesis, si procede.
- Quitar el esmalte de uñas, maquillaje u orquillas del pelo, si procede.
- Administrar y registrar los medicamentos preoperatorios, si procede.
- Preparar la habitaci3n para el retorno del paciente despu3s de la cirugía.

## 10. COMPLICACI3N POTENCIAL: HEMORRGIAS

### 10.1.- Intervenciones

#### 10.1.1.- Precauciones ante la hemorragia (4010)

- Observar si hay signos y sntomas de hemorragia persistente (comprobar todas las secreciones para ver si hay sangre franca u oculta).
- Controlar los signos vitales ortostáticos, incluyendo presi3n sanguínea.

## Conclusiones

El desarrollo tecnol3gico e informático producido en los últimos años ha influido en los sistemas de salud de los países desarrollados, como miembro de esos

sistemas sanitarios la enfermería está obligada a actualizarse en cuanto a conocimientos y metodología de trabajo, para poder cumplir con rigor su principal funci3n, la de proveedora de cuidados.

Cuidados, por otra parte que se deben llevar a cabo de modo científico, con acceso a la última evidencia y documentándolos con un lenguaje estandarizado<sup>4</sup>, este último hecho, fundamental para poder delimitar nuestro campo de actuaci3n, permitir la comunicaci3n intra e interprofesional y reducir el número de errores en la práctica, además de ahorrar tiempo y costes, facilitando la investigaci3n y la docencia. El uso de un lenguaje normalizado y universal favorece el desarrollo profesional y el reconocimiento de la enfermería<sup>5</sup>. Una importante labor en la salud de la comunidad que muchas veces queda ninguneada por la falta de un registro eficaz que plasme de forma fiel nuestra actividad diaria.

## Agradecimientos

A Isidro Parada por haber sido capaz de unir ciencia y vocaci3n de una manera fácil y clara.

## Bibliografía

1. NANDA Diagn3sticos enfermeros: definiciones y clasificaci3n 2003-2004. Ed. ELSERVIER.
2. MacCloskey JC, Bulechek GM. Clasificaci3n de Intervenciones de Enfermería. 3ª edici3n. Ed. Mosby. 2000.
3. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Iowa Outcomes Project. Nursing Outcomes Classification (NOC). 2ª Ed. Philadelphia: Ed. Mosby; 2000
4. Martín Fleitas AE, Marrero Fernández MP. Los diagn3sticos de enfermería en el trasplante renal, una base esencial para un buen plan de cuidados. En: Libro de comunicaciones del XXXI del Congreso Nacional de la SEDEN; Córdoba 1-4 octubre 2006. Barcelona: HOSPAL; p. 66-73.
5. Plan de cuidados estandarizado: Trasplante renal. H.U. Reina Sofía. Córdoba. Servicio Andaluz de Salud.

**PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR: TRASPLANTE RENAL**

ESTANCIA MEDIA: 10 días

<b>DIAGNÓSTICOS NANDA</b>	<b>NOC (resultados)</b>	<b>NIC (intervenciones)</b>
<p><b>00146 ANSIEDAD</b></p> <p><b>r/c:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio en el estado de salud</li> <li>• Cambio en el entorno</li> <li>• Cambio en los patrones de interacción</li> </ul> <p><b>m/p:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angustia</li> <li>• Preocupación creciente</li> <li>• Miedo de consecuencias inespecíficas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 1402 Control de la ansiedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 5820 Disminución de la ansiedad</li> <li>– 7310 Cuidados de enfermería al ingreso</li> <li>– 5610 Enseñanza prequirúrgica</li> </ul>
<p><b>00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</b></p> <p><b>r/c:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malestar o dolor</li> <li>• Temor al manejo de dispositivos terapéuticos</li> <li>• Disminución de la fuerza</li> <li>• Pérdida de fuerza</li> </ul> <p><b>m/p:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para girarse en la cama</li> <li>• Dificultad para realizar las actividades de autocuidado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 0208 Nivel de movilidad</li> <li>– 1811 Conocimiento: actividad prescrita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 5612 Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito</li> <li>– 0221 Terapia de ejercicios: deambulación</li> <li>– 6482 Manejo ambiental: confort</li> <li>– 1400 Manejo del dolor</li> <li>– 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación</li> <li>– 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo (eliminación)</li> <li>– 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal</li> <li>– 1801 Ayuda con los autocuidados: baño / higiene</li> </ul>
<p><b>00054 RIESGO DE SOLEDAD</b></p> <p><b>r/c:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento físico</li> <li>• Falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 1203 Soledad</li> <li>– 2600 Superación de problemas de la familia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 5270 Apoyo emocional</li> <li>– 7140 Apoyo a la familia</li> <li>– 1850 Fomentar el sueño</li> <li>– 5360 Terapia de entretenimiento</li> <li>– 5230 Aumentar el afrontamiento</li> </ul>



<p><b>00148 TEMOR</b> (al rechazo del riñón trasplantado)</p> <p><b>r/c:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuesta aprendida (experiencia negativa, condicionamiento)</li> </ul> <p><b>m/p:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centrar la atención en el objeto del miedo (riñón trasplantado)</li> <li>• Informes de sentirse asustado</li> <li>• Informes de inquietud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1404 Control del miedo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5230 Aumentar el afrontamiento</li> <li>- 5580 Información sensorial preparatoria</li> </ul>
--	--	---

<p><b>00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES</b> (sobre su régimen terapéutico)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1813 Conocimiento: régimen terapéutico</li> <li>- 1808 Conocimiento: medicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad</li> <li>- 5614 Enseñanza: dieta prescrita</li> <li>- 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos</li> <li>- 5246 Asesoramiento nutricional</li> <li>- 7376 Planificación del alta</li> </ul>
--	---	--

<p><b>COMPLICACIONES POSIBLES</b></p>	<p><b>NIC</b> (intervenciones)</p>
---------------------------------------	------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechazo agudo</li> <li>• Rechazo subagudo</li> <li>• Rechazo crónico</li> <li>• Fístula urinaria</li> <li>• Hemorragia</li> <li>• Edema agudo de pulmón</li> <li>• Infección (herida quirúrgica, catéter venoso central, sonda vesical)</li> <li>• Intolerancia a la dieta</li> <li>• Dolor</li> <li>• Astenia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 6650 Vigilancia</li> <li>- 4120 Manejo de líquidos</li> <li>- 1876 Cuidados del catéter urinario</li> <li>- 1870 Cuidado del drenaje</li> <li>- 1020 Etapas en la dieta</li> <li>- 6550 Protección contra las infecciones</li> <li>- Cuidados del sitio de incisión</li> <li>- 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)</li> <li>- 1400 Manejo del dolor</li> </ul>
--	---

<p><b>REQUERIMIENTOS DIAGNÓSTICOS</b></p>	<p><b>NIC</b> (intervenciones)</p>
---	------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4238 Flebotomía: muestra de sangre venosa</li> <li>- 7820 Manejo de muestras</li> </ul>
--	--

<p><b>REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS</b></p>	<p><b>NIC</b> (intervenciones)</p>
---	------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2930 Preparación quirúrgica</li> <li>- 4200 Terapia intravenosa (IV)</li> <li>- 2304 Administración de medicación: oral</li> </ul>
--	---

# Guía de valoración del paciente crónico en hemodiálisis por indicadores

Ana Meizoso Ameneiro - Loreto Sáez Rodríguez - Cristina Valiño Pazos - Sonia Gallego Santiago  
María Seoane Carro

Unidad de Hemodiálisis. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Coruña

## Resumen

La decisión de plantear y diseñar una guía de valoración en nuestra unidad partió de la voluntad y preocupación por compartir el uso de un lenguaje enfermero común y mejorar la calidad de nuestros cuidados, aprovechando la oportunidad que nos ofrece el contar con herramientas como la taxonomía NANDA y la Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC).

Elaboramos la "Guía de valoración por indicadores del paciente con insuficiencia renal crónica" planteada como una forma estandarizada de valoración y registro basada en el modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon. De la revisión de dichos patrones se seleccionaron los diagnósticos más prevalentes observados en pacientes con insuficiencia renal crónica a tratamiento con hemodiálisis, se relacionaron con los resultados (NOC) esperados después de una intervención enfermera y de forma simultánea los indicadores vinculados al mismo.

Los objetivos a alcanzar incluyen: recoger un conjunto mínimo de datos de manera consensuada, constituir un sistema de valoración integral y fiable, estandarizado y reproducible, establecer la base para identificar problemas reales y potenciales e introducir progresivamente en nuestra práctica clínica un único lenguaje enfermero. Como objetivo global mejoramos la calidad de los registros, incrementando la eficacia y eficiencia de nuestros cuidados y optimizando la comunicación interprofesional.

El registro con estas características nos proporciona una visión global y continuada de los cuidados, permite su informatización futura, el análisis comparativo, evita las omisiones o repeticiones, y facilita la observación de los resultados esperados.

## PALABRAS CLAVE:

- HEMODIÁLISIS
- GUÍA DE VALORACIÓN
- INDICADOR
- NIC/NOC
- DIAGNÓSTICO ENFERMERO

## Guide for the indicator-based evaluation of chronic patients on haemodialysis

### Abstract

The decision to provide and design an evaluation guide in our unit stemmed from the intention and desire to share the use of a common nursing language and improve the quality of our care, taking advantage of the opportunity offered to us by the fact of having tools such as the NANDA taxonomy and the Nursing Outcomes Classification (NOC).

We drew up the "Guide for indicator-based evaluation of patients with chronic renal insufficiency" presented as a standardized form of evaluation and recording based on Marjory Gordon's model of functional patterns. After reviewing these patterns, the most prevalent diagnoses observed in patients with chronic renal insufficiency undergoing haemodialysis treatment were selected, the expected outcomes (NOC) after a nursing intervention, and at the same time the related indicators, were listed.

Correspondencia:  
Ana Meizoso Ameneiro  
Unidad de Hemodiálisis, 5ª planta  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña  
As Xubias de Arriba nº: 84  
15.006 A Coruña  
ameiame@yahoo.es

The goals to be attained include: compiling a minimum set of data on a consensual basis, establishing a system of evaluation that is integral and reliable, standardized and reproducible, establishing the basis for identifying real and potential problems and gradually introducing in our clinical practice a single nursing language. As overall goal, we improved the quality of records, increasing the efficacy and efficiency of our care and optimizing interprofessional communication.

Records kept with these characteristics provide us with an overall and continued view of the care, permit future computerization, comparative analysis, avoid omissions and repetitions, and facilitate the observation of the expected outcomes.

#### KEY WORDS:

- HAEMODIALYSIS
- EVALUATION GUIDE
- INDICATOR
- NIC/NOC
- NURSING DIAGNOSIS

## Introducción

En la era de la revolución tecnológica, la enfermería intenta incorporar sus conocimientos y tareas al campo informático y utilizar la tecnología como instrumento de apoyo y mejora de los cuidados. Para ello resulta imprescindible hablar de un lenguaje común, el idioma de la enfermería del siglo XXI: NANDA-NIC-NOC<sup>1</sup>. "Sin un lenguaje la enfermería es invisible"<sup>2</sup> (M. Gordon), éstas son las palabras que han sido fuente de inspiración para comenzar a trabajar en nuestro proyecto: utilizar el lenguaje enfermero estandarizado como herramienta de intercomunicación profesional para mejorar la calidad de nuestros cuidados. Para ello, decidimos utilizar la Taxonomía diagnóstica NANDA combinada con la Clasificación de Resultados Enfermeros NOC como método de registro en la valoración integral de nuestros pacientes. Esta decisión se basó en las posibilidades que ofrece la NOC de proporcionar etiquetas para medir los resultados de las intervenciones enfermeras centrados en el paciente, y de utilizar una escala de medición, de tal forma que podemos registrar los datos no sólo cualitativa sino cuantitativamente.

Con estos criterios hemos elaborado una "Guía de valoración del paciente con IRCT en Hemodiálisis", siguiendo los patrones funcionales de M. Gordon, basada en la valoración de las respuestas humanas desde un enfoque holístico, considerando tanto los problemas como sus efectos sobre la capacidad de la persona para funcionar de modo independiente. Su uso pretende identificar los diagnósticos más prevalentes, relacionándolos con los resultados que esperamos obtener después de una intervención enfermera y utilizando los indicadores como instrumento de medida.

Siguiendo esta metodología de trabajo pretendemos incluir en la práctica diaria el uso de un idioma común, utilizando los lenguajes NANDA y NOC con el fin de mejorar la efectividad de nuestros cuidados. El progreso, ampliación y desarrollo de nuestro horizonte profesional siempre se proyectará en beneficio del paciente, elevando su calidad de vida.

## Objetivos

- Recoger un conjunto mínimo de datos de manera consensuada
- Constituir un sistema de valoración global y fiable, estandarizado y reproducible
- Establecer la base para identificar problemas y desarrollar un plan de cuidados de máxima efectividad
- Introducir progresivamente en nuestra práctica clínica un único lenguaje enfermero

## Material y Método

**1ª Fase:** formación. Los miembros del equipo de trabajo realizamos un seminario intensivo de manejo de la nomenclatura NANDA-NIC-NOC, incluido dentro del programa de formación de personal de nuestro complejo hospitalario. Dicha actividad, fue impartida por un experto, constaba de contenido teórico-práctico y tuvo una duración de 40 horas.

**2ª Fase:** búsqueda bibliográfica.

**3ª Fase:** reunión informativa. Dentro del programa semanal de sesiones de enfermería de nuestra uni-

dad, se incluyó la presentación del proyecto para su discusión.

**4ª Fase:** valoración del "paciente tipo" a estudio. A través de búsqueda de consenso entre grupo de expertos realizamos una selección entre todos los diagnósticos de enfermería, resultados e indicadores de resultado, aplicables a nuestro paciente tipo, eligiendo aquellos que mostraron mayor prevalencia en el paciente con IRCT en HD. Establecimos la relación NANDA-NOC y determinamos aquellos indicadores estrella más significativos. A través de ellos y según la puntuación otorgada en las escalas tipo Likert detectamos los Diagnósticos Enfermeros (DE) vinculados. De este modo, a partir de la valoración de las respuestas humanas, determinamos los DE presentes en cada individuo.

**5ª Fase.** Se diseñó el modelo de guía buscando que garantizase las siguientes características: global, fiable, estandarizada, manejable, clara, eficaz y flexible.

**Fase final:** evaluación de la guía previa implementación. Remitimos la guía para su revisión a varios grupos de expertos: comité de calidad de nuestro complejo hospitalario, personal docente con amplia formación en nomenclatura diagnóstica y personal de enfermería con años de experiencia en el manejo del paciente con IRCT.

**Fase actual en desarrollo:** integración de la guía de valoración en la unidad. Implementación y retroalimentación evaluativa.

## Resultados

La guía (figura 1) se estructuró en 13 dominios (Patrones de Gordon modificados para su adaptación). En cada dominio se revisaron las diferentes clases con sus correspondientes DE<sup>3,4</sup>, y se seleccionaron los diagnósticos más representativos del perfil de usuario con IRCT en HD. De cada diagnóstico se han priorizado los resultados esperados más relevantes, y paralelamente los indicadores más significativos vinculados a estos (figura 2). Seguidamente se otorgó a cada indicador su correspondiente escala de valoración tipo Likert, de cinco puntos que cuantificó en un continuo, desde el menos al más deseable. Según la puntuación asignada al indicador en el proceso de valoración, se

logró confirmar o descartar cada diagnóstico. Este formato permite, a través de la medición de los indicadores, la selección de los DE vinculados a cada resultado, obteniendo un plan de cuidados individualizado de forma simultánea a la valoración.



Figura 1. Guía de valoración del paciente en hemodiálisis

Figura 2. Valoración por indicadores

A través del diseño de esta guía, cumplimos los objetivos planteados como meta al inicio de este proyecto: tenemos un instrumento de valoración estandarizado, que se puede reproducir, que permite una recogida de datos consensuada y que nos ayuda en la identificación de problemas.

Por otro lado, descubrimos una nueva utilidad de la guía que da solución a un objetivo no planteado al inicio de nuestro trabajo pero que pensamos es importante reflejar en los resultados del mismo. Con nuestro proyecto, hemos conseguido aumentar el interés y motivación del personal de enfermería de

nuestra unidad hacia los diagnósticos de enfermería y el registro a través de taxonomías diagnósticas. La decisión de incluir en la guía un anexo que clarificase la terminología empleada (anexo1) como ayuda a enfermeras noveles en este campo, se reveló como un gran acierto y despertó la curiosidad de profesionales que hasta entonces permanecían alejados e incluso escépticos ante las tendencias unificadoras del lenguaje enfermero. La obtención de este resultado inesperado constituye un gran refuerzo positivo para el equipo investigador.

## Discusión

Esta guía facilita la incorporación del lenguaje enfermero a la práctica enfermera, mejorando la calidad de los registros y permitiendo que el personal de enfermería sin conocimientos previos de la taxonomía, identifique las etiquetas diagnósticas presentes en sus pacientes. Además, como instrumento validado y universal, resulta extrapolable a la dinámica de registro de otros centros, siendo flexible para su adaptación a cada caso particular.

En el contexto de la etapa de cambio que nos ha tocado vivir y con el objetivo de mejorar de forma unánime la calidad de los registros, pensamos que la valoración por indicadores permite establecer de forma paralela los diagnósticos de enfermería y los resultados que esperamos. A través de la medición de los indicadores queda reflejada una valoración cuantitativa, de forma que se objetiva, con la evolución en el tiempo, la efectividad de nuestras intervenciones.

Por otro lado, esta guía incluye el dominio 13 "Crecimiento y desarrollo", de gran relevancia debido al aumento progresivo de población geriátrica. Se recoge así el diagnóstico de enfermería *Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo*, presente en un alto porcentaje de pacientes que acuden a hemodiálisis. Los indicadores vinculados a éste DE son: memoria, agudeza visual, agudeza auditiva y capacidad cognitiva, correspondientes a su vez al resultado de Envejecimiento físico. Este dominio no ha sido contemplado por otros autores en anteriores Guías<sup>5</sup>, por lo que aportamos un punto de innovación con una herramienta que se suma a las ya existentes, para facilitar el manejo de las Taxonomías NANDA-NOC.

**Resultado:** Un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medida a lo largo de un continuo en respuesta a intervención(es) de enfermería. Cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores que son utilizados para determinar el estado del paciente en relación al resultado. Para medirlo, el resultado precisa la identificación de una serie de indicadores más específicos.

**Indicador de un resultado:** Un estado, conducta o percepción más concreto de un individuo, familia o comunidad que sirve como indicación para medir un resultado. Los indicadores de los resultados del paciente susceptibles a las intervenciones enfermeras caracterizan el estado de un paciente, familia o comunidad a nivel concreto.

**Medición:** Escala tipo Likert de cinco puntos que cuantifica el estado del resultado o indicador de un paciente en un continuo, desde el menos al más deseable, y proporciona una puntuación en un momento dado. La medición reflejará un continuo, como por ejemplo 1 = gravemente comprometido; 2 = sustancialmente comprometido; 3 = moderadamente comprometido; 4 = ligeramente comprometido; 5 = no comprometido.

**Taxonomía NOC:** Organización sistemática de resultados en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía de la NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y medidas.

**Diagnóstico enfermero (DE):** Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a procesos vitales/ problemas de salud reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable (aprobado en la novena conferencia, 1990).

Etiqueta del diagnóstico: Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas.

**Taxonomía II:** Tiene tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros. La Taxonomía II presenta: 13 dominios, 47 clases y 188 diagnósticos.

**Dominio:** Un dominio es una "esfera de actividad, estudio o interés" (Roget, 1980, pág. 287)

**Clase:** Una clase es "una subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado" (Roget, 1980; pág 157)

**Nomenclatura:** Sistema de designaciones (términos) elaborado según unas reglas preestablecidas (American Nurses Association, 1999)

**Taxonomía:** Clasificación según las relaciones naturales que se suponen entre los tipos y subtipos (American Nurses Association, 1999).

**Interrelación:** Aquello que dirige una asociación de conceptos.

## Anexo 1. Glosario de términos utilizados en la guía

Una herramienta útil para el proceso de atención de enfermería, una guía que nos dirige hacia un plan de cuidados enfermeros monitorizado, eficaz y eficiente, hacia una enfermería basada en la evidencia y que camina hacia la excelencia. Hemos dado el primer paso para que nuestra unidad de diálisis abandone los dialectos y hable un único idioma oficial: el lenguaje enfermero NANDA-NIC-NOC.

### **Bibliografía**

---

1. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Morhead S, Swanson E. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
2. Alfaro-Le Fevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
3. Morhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Madrid: Elsevier; 2005.
4. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación (2007-2008). Madrid: Elsevier; 2007.
5. Salces Sáez E, del Campo Romero MC, Carmo-na Valiente MC, Fernández García JL, Fernández Montero JJ, Ramírez Rodríguez A. Guía de Diagnósticos Enfermeros del paciente en hemodiálisis (Interrelaciones NANDA-NOC-NIC). Madrid: 2005.

# GUÍA DE VALORACIÓN POR INDICADORES DEL PACIENTE CON IRCT EN HEMODIÁLISIS

**Meizoso Ameneiro,A., Gallego Santiago,S. Saéz Rodríguez,L. Seoane Carro,M. Valiño Pazos,C.**

***Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña***

## INTRODUCCIÓN

La utilización del PAE como método de trabajo por la enfermería, antecede incluso a su propia definición teórica. Sin duda, incluso las primeras cuidadoras seguían los pasos del PAE en todas sus acciones: escrutaban detenidamente el problema, emitían un juicio, decidían la actuación, la llevaban a cabo y posteriormente analizaban el resultado. Desde antiguo, y en ocasiones aún sin ser conscientes de ello, la enfermera ha trabajado siempre siguiendo este método científico. Lo innovador de nuestro momento histórico no es, pues, el método, sino su definición teórica y su registro. La enfermería del cambio de siglo trabaja a través de diferentes iniciativas y estudios en aras de conseguir comunicarse en un idioma universal. Un lenguaje común para acciones centradas en el individuo, y no en la enfermedad, es ya el idioma de la enfermería del siglo XXI: NANDA-NIC-NOC<sup>1</sup>.

Desde esta perspectiva planteamos nuestro proyecto: una guía de valoración por indicadores para el paciente crónico renal con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. Diseñada como instrumento estandarizado, constituye un formato para la valoración, que incluye las necesidades y problemas más comunes en este tipo de paciente y utiliza como herramienta la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, que puede ser usada independientemente del modelo enfermero seguido.

## OBJETIVOS

- Recoger un conjunto mínimo de datos de manera consensuada
- Constituir un sistema de valoración global y fiable, estandarizado y reproducible.
- Establecer la base para identificar problemas y desarrollar un plan de cuidados dirigido a obtener el máximo funcionamiento físico, psíquico y sociocultural.
- Introducir progresivamente en la práctica clínica de nuestra unidad un único lenguaje enfermero, común y estandarizado.

## MATERIAL Y MÉTODO

- 1ª Fase: formación. Los miembros del equipo de trabajo realizamos un seminario intensivo de manejo de la nomenclatura NANDA-NIC-NOC, incluido dentro del programa de formación de personal de nuestro complejo hospitalario. Dicha actividad, impartida por un experto, consta de contenido teórico-práctico y tiene una duración de 40 horas. El personal de enfermería de nuestra unidad se ha comprometido a inscribirse progresivamente en sucesivas ediciones.
- 2ª Fase: búsqueda bibliográfica. Recopilación de todo el material publicado en los últimos años relacionado con la valoración del paciente nefrológico con tratamiento renal sustitutivo. Revisión y estudio.
- 3ª Fase: reunión informativa. Dentro del programa de reunión semanal de nuestra unidad, que se lleva a cabo en la jornada de mañana de los miércoles, se incluye la presentación del proyecto y se invita a todos los profesionales de enfermería a colaborar con sus aportaciones y a realizar las críticas que estimen oportunas.
- 4ª Fase: valoración del "paciente tipo" a estudio. A través del método científico de búsqueda de consenso entre grupo de expertos realizamos una selección entre todos los diagnósticos de enfermería, resultados e indicadores de resultado, aplicables a nuestro paciente tipo, aquellos que muestran mayor prevalencia en el paciente con IRCT en HD. Establecemos la relación NANDA-NOC y determinamos aquellos indicadores estrella más significativos. A través de ellos y según la puntuación otorgada en las escalas tipo

- Likert<sup>2</sup> detectamos los DdE vinculados. De este modo, a partir de la valoración de las respuestas humanas, establecemos los DdE presentes en cada individuo.
- 5ª Fase. Diseño del modelo de guía intentado que sea global, fiable, estandarizada, manejable, clara, eficaz y flexible, en resumen, que cumpla criterios de calidad.
  - Fase final: evaluación de la guía previa implementación. Remitimos la guía para su revisión a varios grupos de expertos: comité de calidad, personal docente con amplia formación en nomenclatura diagnóstica y personal de enfermería con años de experiencia en el manejo del paciente con IRCT. Modificación de la guía para su adaptación a los cambios sugeridos por los expertos tras consenso con el grupo de trabajo.
  - Fase actual en desarrollo: integración de la guía en la unidad: Implementación y retroalimentación evaluativa.

## **RESULTADOS (ver Anexo 1 con edición de guía completa)**

La guía está estructurada en 13 dominios (Patrones de Gordon parcialmente modificados para su adaptación). En cada dominio se han revisado las diferentes clases con sus correspondientes DdE<sup>3,4</sup>, procediendo a la selección de los diagnósticos más representativos del perfil de usuario con IRCT en HD. De cada diagnóstico hemos priorizado los resultados esperados más relevantes, y paralelamente los indicadores más significativos vinculados a estos. Seguidamente se otorga a cada indicador su correspondiente escala de valoración tipo Likert, de cinco puntos que cuantifica el estado del resultado o indicador de un paciente en un continuo desde el menos al más deseable. Según la puntuación asignada al indicador por la enfermera que realiza la valoración, se confirma o descarta cada diagnóstico. Este formato permite, a través de la medición de los indicadores, la selección de los DdE vinculados a cada resultado.

La guía como instrumento de valoración, se basa en el método de clasificación terminológica, utilizando nomenclaturas, sistemas de clasificación y taxonomías enfermeras; y su utilidad se basa en los siguientes puntos:

- Permite una valoración de las respuestas humanas y no sólo de una enfermedad. Proceso dinámico y evolutivo.
- Ayuda a identificar los problemas reales y potenciales, así como a diseñar el plan de cuidados para el logro de los objetivos de los que la enfermera es responsable
- Establece una puntuación evaluable para los parámetros que valora (resultados e indicadores)
- Mejora la comunicación, previene errores, omisiones y repeticiones
- Nuestro trabajo queda registrado, de modo que posteriormente puede evaluarse, mejorando la eficacia y eficiencia de nuestros cuidados
- Responde a un enfoque holístico, considerando tanto los problemas como su efecto sobre la persona y sobre su independencia, favoreciendo los autocuidados

## **CONCLUSIÓN**

“La exactitud del diagnóstico es esencial. Si comete un error al hacer el diagnóstico, si es inexacto, incorrecto o vago, es poco probable que el plan de cuidados sea efectivo”<sup>5</sup>

El breve análisis de la actualidad enfermera nos brinda un prometedor horizonte:

- Los roles enfermeros se amplían hacia la obtención de resultados coste-efectivos, sobretudo en pacientes crónicos. Se exige una enfermera formada, no sólo para la práctica clínica, sino también para educar, investigar, gestionar, ...
- Se incide especialmente el rol de vigilancia, con enfermeras capacitadas para una observación preventiva
- Le enfermería afronta un nuevo reto. Demostrar su efectividad, tanto al sistema como al usuario, mostrando su impacto en el cuidado de los individuos y comunidades, ofertando la máxima eficiencia y los mejores resultados.

Si además tenemos en cuenta que disponer de autonomía profesional y reconocerse a uno mismo como generador de cambios de salud del individuo, son factores decisivos para mejorar la satisfacción profesional, podemos concluir que la aplicación de las bases teóricas normaliza y define la base de conocimientos del plan y de la práctica de enfermería. Nuestra formación debe estar orientada a brindar unos cuidados enfermeros de calidad, con el fin de mostrar el impacto de nuestras acciones en los resultados de salud de los pacientes crónicos. La gestión de los cuidados



enfermeros promoviendo los estándares más altos sólo se conseguirá registrando nuestras acciones en un lenguaje común científicamente validado: la utilización de guías<sup>6</sup> de valoración, diagnósticos aprobados internacionalmente y la descripción de actividades y resultados según los estándares, es nuestra estrategia para alcanzar una enfermería nefrológica de alto nivel.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- (1) Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey Dochterman, J., Maas, Merodean, Morread, S. *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC* (2ª edición), Madrid: Editorial: Elsevier, 2007.
- (2) Morread, S., Johnson, M., Maas, M.: *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*, Madrid: Editorial Elsevier, 2005.
- (3) NANDA International: *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación* (2007-2008), Madrid: Editorial Elsevier, 2007.
- (4) NANDA International: *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación* (2005-2006), Madrid: Editorial Elsevier, 2006.
- (5) Alfaro-Le Fevre Rosalinda: *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración* (5ª edición), Barcelona: Editorial Masson, 2003. p. 8.
- (6) Salces Saéz, E., del Campo Romero, M.C., Carmona Valiente, M.C., Fernández García, J.L., Fernández Montero J.J., Ramírez Rodríguez, Agustín. *Guía de Diagnósticos Enfermeros del paciente en hemodiálisis (Interrelaciones NANDA-NOC-NIC)*, Madrid: 2005

# PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS

José Torres Quesada, Pilar Velasco García, Andrés Ila García

*Complejo Hospitalario. Jaén*

**Introducción:** El paciente afecto de IRC y en tratamiento con Hemodiálisis, por su especial idiosincrasia, por el cambio de vida tan intenso, tanto en el aspecto físico como en el psíquico y social en el que se ve involucrado, necesita de unos cuidados muy específicos y en constante actualización y mejora.

El avance tecnológico está en íntima y estrecha relación con el tratamiento diario de estos pacientes, por lo cual es imprescindible para el personal de enfermería poseer un buen instrumento de trabajo con un amplio margen de variación en función de las necesidades que se registren.

**Justificación:** Este plan de cuidados está destinado al grupo de pacientes relacionados por “Insuficiencia Renal Crónica” (IRC) en Tratamiento Renal Sustitutivo mediante Hemodiálisis. En España, según el Informe 2003 del Registro Básico del Subsistema de IRC hay 332 centros repartidos entre la Unidades de Crónicos, Unidades de Hospitalización y Centros Concertados en los que se atienden a 34.136 pacientes de una población de 40.847.371 (1). Como parte del Proceso Asistencial Integrado del Tratamiento sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica: Diálisis y Trasplante de la Consejería de Salud de nuestra Comunidad Autónoma, así como en el “Protocolo de atención al paciente en tratamiento con Hemodiálisis” de la SEDEN, se contempla la aplicación del “Plan de cuidados de enfermería al paciente en Hemodiálisis”, que estamos desarrollando en nuestra Unidad de Diálisis, utilizando el proceso enfermero y las taxonomías NNN como soportes básicos.

## **Objetivos:**

a) Creación del plan de cuidados para pacientes en Hemodiálisis diferenciando los diagnósticos enfermeros más representativos. Considerando que con las mismas intervenciones podemos solucionar total o parcialmente más de un diagnóstico, se han reducido los D. E. a los necesarios para que nos permitan actuar con la mayor eficiencia en la Unidad de Diálisis. Sin embargo los D. E. aquí establecidos no son excluyentes del resto de los establecidos por la NANDA, siendo el enfermero suficiente, ante un problema real o potencial de salud, para establecer cualquier otro diagnóstico que corresponda según la taxonomía NANDA.. utilizando las clasificaciones NANDA-NOC-NIC.

b) Estructurar el proceso enfermero en función del paciente y cuidador principal

c) Homogeneizar la actuación de los profesionales de enfermería y disminuir la variabilidad con la utilización de un soporte estructurado.

**Definición:** Se puede definir la insuficiencia renal como la pérdida total o parcial de la capacidad de la funcionalidad renal.

La insuficiencia renal crónica (IRC) se define como la pérdida irreversible del filtrado glomerular (FG). En las fases iniciales, los pacientes suelen permanecer asintomáticos. Cuando el FG es inferior a 30 ml/min pueden aparecer ciertos síntomas como cansancio y pérdida de bienestar en relación con la anemia, así como alteraciones metabólicas (acidosis) y del metabolismo fosfocálcico. Por debajo de 15 ml/min es frecuente la aparición de síntomas digestivos (nauseas, pérdida de apetito) y, en fases más tardías, de síntomas cardiovasculares (disnea, edemas) y neurológicos (dificultad para concentrarse, insomnio o somnolencia). La fase de IRC Terminal (IRCT) se alcanza con FG inferiores a 5 ml/min, momento en el que el uso de la diálisis es inevitable. (4)

**Definición funcional:** Proceso médico-quirúrgico por el que un paciente afecto de insuficiencia renal crónica avanzada es evaluado e incluido, si procede, en diálisis y/o lista de espera para recibir un trasplante renal de donante vivo o cadáver y seguido de manera continua con los objetivos de aumentar su supervivencia y mejorar su calidad de vida. (3)

**Límites de entrada:** Evaluación de un paciente con IRC candidato a tratamiento sustitutivo, entendiéndose por tal al paciente con  $\text{ClCr} < 20 \text{ ml/min}$  y/o  $\text{Cr plasmática} > 4 \text{ mg/dl}$  y ecografía renal con riñones de características crónicas. (3)

**Límites finales:** Contraindicación para tratamiento renal sustitutivo. Éxito. (3)

Durante la última década, la extensión y mejora de los procedimientos sustitutivos de la función renal ha permitido en muchos países del mundo occidental, universalizar su aplicación. Aun cuando en la actualidad no existen contraindicaciones absolutas para la instauración de diálisis, un porcentaje significativo de pacientes potencialmente tratables sigue sin ser incluido. Entre las razones que se consideran éticamente aceptables para la no inclusión en programa están: **a)** la demencia grave e irreversible (Alzheimer, demencia multifarcto); **b)** las situaciones de inconsciencia permanente (estados vegetativos persistentes); **c)** los tumores con metástasis avanzadas, sobre todo en pacientes con dolor intenso, permanente y no controlable, en los que la diálisis puede alargar la vida durante un cierto periodo de tiempo a costa de prolongar el sufrimiento; **d)** la enfermedad pulmonar, hepática o cardiaca en estadio terminal (pacientes encamados o limitados al sillón y que precisan ayuda para actividades diarias, como el aseo personal); **e)** la incapacidad mental grave que impide cooperar con el procedimiento de la diálisis (p. ej. enfermos psiquiátricos que requieren inmovilización o sedación durante cada sesión de diálisis), y **f)** los paciente hospitalizados (sobre todo ancianos) con fallo multiorgánico que persiste después de 2 o 3 días de tratamiento intensivo.

La decisión final sobre la inclusión o no en el programa de diálisis corresponde al paciente (o a su familia si el paciente no está capacitado para tomar decisiones), quien debe ser debidamente informado sobre los beneficios y los riesgos esperables en su caso.

**Limites marginales:** – Trasplante en la edad pediátrica.– Trasplante combinado.– Diálisis en la edad pediátrica– Técnicas especiales de diálisis. (3)

**Metodología:** Trabajo de revisión que combina la experiencia profesional (enfermeras con mas de 10 años de experiencia en Hemodiálisis así como en la aplicación de planes de cuidados, con miembros de la comisión de planes de cuidados de este hospital) con la revisión bibliográfica y con encuestas a grupo de enfermeras expertas en Hemodiálisis.

**Consideraciones Generales:** El riñón tiene entre sus funciones las siguientes:

Formación de orina. Control hemodinámico de la presión arterial. Mantener el equilibrio hidroelectrolítico (sodio, potasio) y regular el equilibrio ácido-base. Regular la actividad de la vitamina D y participar en el metabolismo del calcio. Estimular la producción de eritrocitos mediante la secreción de eritropoyetina Sintetizar glucosa a partir de aminoácidos durante el ayuno prolongado y participar en el catabolismo de la insulina. La valoración y el estudio de signos y síntomas como hipertensión arterial, edema, proteinúria, hematuria y cambios en la regulación y composición de los líquidos corporales se hace mediante el examen físico, las pruebas de función renal, radiodiagnósticas y biopsia renal para confirmar la causa y valorar la gravedad, pronóstico y posibilidades de tratamiento del enfermo agudo y del enfermo crónico terminal. La diálisis elimina los productos de desecho metabólico a través de membranas semipermeables como el peritoneo (D.P.) o de filtros que separan la sangre del líquido dializante (H.D.). Los principios que fundamentan la diálisis son la difusión y ultrafiltración de los solutos y el agua; el movimiento de solutos es directamente proporcional al gradiente de concentración existente a ambos lados de la membrana, el cual se manipula variando la composición del líquido de diálisis. La difusión se define por la permeabilidad, espesor y área de superficie de la membrana y la ultrafiltración por gradientes de presión osmótica e hidrostática. (2)

Hoja de soporte del Plan de Cuidados

NANDA	NOC/Criterios de resultados	NIC/Actividades
00146 – Ansiedad R/C Amenaza de cambio en el estado de salud M/P Síntomas fisiológicos, conductuales, cognitivos y afectivos.	1402 · Autocontrol de la ansiedad Busca información para reducir la ansiedad. Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad. Controla la respuesta de ansiedad	4920 · Escucha Activa Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación Favorecer la expresión de sentimientos
		5820 · Disminución de la Ansiedad Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos Proporcionar información objetiva respecto del diagnostico, tratamiento y pronostico

<p>00046 - Deterioro de la integridad cutánea. R/C Factores mecánicos: Hematomas repetidos. Zona de punción repetidas. Vías centrales. Sustancias químicas M/P Alteración de la superficie de la piel</p>	<p>1105 - Integridad del acceso de diálisis. Flujo de volumen de sangre a través del shunt/fístula Soplo Coloración cutánea periférica distal</p>	<p>3660 - Cuidados de las heridas. Administrar cuidados en la zona de punción Proporcionar cuidados en el sitio de la vía venosa central, si es necesario</p> <p>2316 - Administración de medicación tópica. Aplicar el fármaco tópico según este prescrito. Controlar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos a la medicación.</p>
<p>00025 - Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, R/C Edemas periféricos, Disnea, Aumento de peso excesivo interdiálisis</p>	<p>0601 - Equilibrio hídrico Presión arterial; Entradas y salidas diarias equilibradas; Peso corporal estable; Edema periférico</p> <p>1902 - Control de riesgo Reconoce los factores de riesgo Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo</p>	<p>4120 - Manejo de líquidos Pesar a diario y controlar la evolución Observar signos de sobrecarga/ retención de líquidos Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática). Controlar los cambios de peso antes y después de la diálisis; Monitorizar signos vitales, si procede Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas si procede Monitorizar el estado nutricional</p>
<p>00004 - Riesgo de infección. R/C Procedimientos invasivos: fístulas arteriovenosas, vías centrales (transitorias o permanentes); portadores de estafilococo aureus; déficit de higiene.</p>	<p>1902 - Control de riesgo Reconoce los factores de riesgo Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo</p>	<p>6540 - Control de infecciones Limpieza de la piel del paciente con un agente antibacteriano, si procede. Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuando debe informarse de ellos al cuidador. Mantener un sistema cerrado mientras se realiza la monitorización hemodinámica invasiva. Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones</p>

<p>00069 - Afrontamiento inefectivo R/C Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación; Alto grado de amenaza. M/P Falta de conductas orientadas al logro de objetivos o a la resolución des problemas.</p>	<p>1300 - Aceptación: Estado de Salud Renuncia al concepto previo de salud; Reconocimiento de la realidad de la situación de salud; Se adapta al cambio en el estado de salud</p>	<p>5230 - Aumentar el afrontamiento Proporcionar al paciente información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia</p> <p>5606 - Enseñanza: Individual Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente; Instruir al paciente y si es posible al cuidador.</p>
<p>00061 - Cansancio en el rol de cuidador. R/C Enfermedad crónica de IRCT; Brindar los cuidados durante años. M/P Actividades: Dificultad para completar o llevar a cabo las tareas requeridas. Emocional: Afrontamiento individual deteriorado.</p>	<p>2508 - Bienestar del cuidador principal Satisfacción con la realización de los roles habituales Satisfacción con el apoyo profesional Capacidad para el afrontamiento</p>	<p>7040 - Apoyo al cuidador principal Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador. Determinar la aceptación del cuidador de su papel Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.</p>

00126- conocimientos deficientes de IRCT y su plan terapéutico en hemodiálisis R/C Falta de exposición, mala interpretación de la información y limitación cognitiva M/P Verbalización del problema. Seguimiento inexacto de las instrucciones	1803 · Conocimiento del proceso de la enfermedad. Descripción del proceso de la enfermedad. Descripción de la causa o factores contribuyentes. Descripción de los efectos de la enfermedad Descripción de las precauciones para prevenir complicaciones	5606-Enseñanza: individual Determinar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente; establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con él; Instruirle cuando corresponda; Instruir al cuidador si es posible
		5602-Enseñanza: Proceso de Enfermedad Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología. describir el proceso de la enfermedad. Remitir al paciente a los centros/grupos de apoyo comunitarios
	1802- Conocimiento de la dieta Descripción de la dieta recomendada. Descripción de las ventajas de seguir la dieta recomendada. Descripción de las comidas que deben evitarse. descripción interacciones de los medicamentos con la comida	5614- Enseñanza: dieta prescrita Explicar el propósito de la dieta Proporcionar un plan escrito de comidas si procede enseñar a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados. Ayudar al paciente a acomodar sus preferencias de comidas en la dieta prescrita. enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si resulta posible
	1808-Conocimiento de la medicación descripción de las acciones de la medicación. Descripción de la administración correcta de la medicación	5616-Enseñanza: medicamentos prescritos. Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación de cada medicamento. Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar pulso, nivel de glucosa), si es el caso. Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento.

	<p>1814 ·Conocimiento: Procedimientos terapéuticos descripción del procedimiento terapéutico  Descripción del propósito del procedimiento. descripción de las precauciones de la actividad.  Descripción de los posibles efectos indeseables. Descripción de las acciones apropiadas durante las complicaciones</p>	<p>5618 · Enseñanza Procedimiento/Tratamiento  Informar al paciente del propósito y actividades del tratamiento/procedimiento  Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación. Explicar el procedimiento/tratamiento explicar la necesidad de ciertos equipos (dispositivos de monitorización) y sus funciones Obtener el consentimiento informado del paciente del procedimiento/tratamiento de acuerdo con la política del centro. Discutir la necesidad de medidas especiales durante el procedimiento/tratamiento. Enseñar al paciente como cooperar/participar durante el procedimiento/tratamiento Discutir tratamientos alternativos, si procede.</p>
--	---	--

**Discusión y conclusiones:** La planificación de cuidados bajo el Proceso Enfermero y la utilización de las Taxonomías NANDA·NOC·NIC aporta:

- 1.- Unifica criterios adaptándolos a las normativas de taxonomía NANDA, NOC y NIC.
- 2.- Evidencia y refleja la eficacia de la labor de enfermería en el funcionamiento de la Unidad de Hemodiálisis
- 3.- Garantiza la atención integral al paciente, la continuidad de cuidados y seguimiento diario, transmitiendo seguridad y confianza a este, tanto en su relación con los profesionales sanitarios, como en la aceptación de su enfermedad.
- 4.- Mayor satisfacción del personal enfermero por su participación activa que ve facilitada su labor en el seguimiento diario y aplicación de cuidados.

**Escala de medida de los Criterios de Resultado**

Criterio	1	2	3	4	5
1300 · Aceptación del estado de salud. 1402 · Autocontrol de la ansiedad 1902 · Control de riesgo	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuent demostrado	Siempre demostrado
2508 · Bienestar del cuidador principal	No del todo satisfecho	Algo satisfecho	Moderad satisfecho	Muy satisfecho	Completa ment satisfecho
1802 · Conocimiento de la dieta 1808 · Conocimiento de la medicación 1803 · Conocimiento: Proceso de la enfermedad IRCT 1814 · Conocimiento: Procedimientos terapéuticos de la Hemodiálisis	Ninguno	Escaso	Moderado	Sustancial	Extenso
0601 · Equilibrio hídrico 1105 · Integridad del acceso de diálisis	Gravemente comprometid	Sustancialm comprometid	Moderada comprometid	Levemente comprometid	No comprometid



## Cronograma de Intervenciones de Enfermería

Cod	Intervención	1ºDial.	2ºDial	3ºDial	2ºSem	3ºSem	4ºSem	5ºSem	XSem
2316	Administración de Medicación tópica								
7040	Apoyo al cuidador								
5230	Aumentar el afrontamiento								
6540	Control de Infecciones								
3660	Cuidados de las Heridas								
5820	Disminución de la Ansiedad								
5614	Enseñanza: Dieta prescrita								
5606	Enseñanza: Individual								
5616	Enseñanza: Medicamentos Prescritos								
5618	Enseñanza: Procedimiento / Tratami..								
5602	Enseñanza: Proceso de Enfermedad								
4920	Escucha Activa								
4120	Manejo de líquidos								
4010	Precaución con Hemorragias								

### Grado de la intervención

	Intervención extensa: Realizar más de una vez las actividades, de manera marcada
	Intervención moderada: Realizar las actividades de una manera normal
	No intervención
	Según necesidad: Cuando el paciente o la circunstancia lo requiera

## Bibliografía

- 1.- Sociedad Española de Nefrología - “Unidad de Información de Registro de Enfermos renales” (Febrero-2006).  
Véase en: [http://www.senefro.org/modules/subsection/files/informe\\_170206.pdf?check\\_idfile=1255](http://www.senefro.org/modules/subsection/files/informe_170206.pdf?check_idfile=1255) (Cons. el 17/04/06)
- 2.- Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEN). Normas de Actuación Clínica en Nefrología (NAC). Tratamiento Sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica. Ed. Hartcourt-España SA. Madrid-1999.
- 3.- Proceso Asistencial. Tratamiento Sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica: Diálisis y Trasplante. SAS, Conserjería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2005.
- 4.- Margarita Maria Vélez Peláez. “Plan de Cuidados de Enfermería al Enfermo con Insuficiencia Renal” Véase en: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep95/Planrenal.htm> (consultado el 17/04/06)
- 5.- Servicio Andaluz de Salud - Consejería de Salud. NANDA Internacional. “Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2003-2004”. Ed.Elsevier. Madrid 2004.
- 6.- Sue Morread, Marion Johnson y Merodean Maas. Proyecto de resultados Iowa. “Clasificación de Resultados de Enfermería” (NOC) Tercera Edición. Ed.Elsevier. Madrid 2005.
- 7.- Joanne C. McCloskey y Gloria M. Bulechek. Proyecto de Intervenciones Iowa. “Clasificación de Intervenciones de Enfermería” (CIE). Cuarta edición. Ed.Elsevier. Madrid 2005.
- 8.- Esther Salces Sáez. M<sup>a</sup> del Carmen del Campo Romero. M<sup>a</sup> del Carmen Carmona Valiente. Jose Luis Fernández Garcia, Jose Javier Fernández Montero. Agustín Ramírez Rodríguez. “Guía de Diagnósticos Enfermeros del Paciente en Hemodiálisis” (Interrelaciones NANDA-NOC-NIC). Ed. Grupo 2 Comunicación Medica. Madrid 2005  
Consejería de Salud. Plan de Cuidados Estandarizado. Conserjería de Salud, junta de Andalucía. Sevilla 2005. Véase en <http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?pag=\salud\contenidos\webprocesos/planescuidados/pdf\8.-Plan%20Pluripatologico.pdf> (visitado el 17/04/06)
- 9.- Hospital Universitario Reina Sofía. Planificación de Cuidados. Véase en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria/2006/planes\\_cuidados.htm](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria/2006/planes_cuidados.htm) (visitado el 17/04/06)

# APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE PLAN DE CUIDADOS EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS PERITONEAL

**M<sup>a</sup> Luisa Genovés Gómez, M<sup>a</sup> Mar Castillo Roig**

*Hospital Son Llatzer. Mallorca*

Desde que nuestro hospital inició su actividad en año 2002, la dirección decidió implantar el proceso de atención de enfermería buscando ofrecer la mejor calidad de cuidados; para ello decidieron seguir el modelo de Virginia Henderson (VH), más concretamente, la adaptación que M<sup>a</sup> Teresa Luis y cols. han hecho de este modelo (1). La adopción de un programa informático para implantar el proceso que partía de las unidades de hospitalización y no de la historia clínica del paciente dejó a las unidades especiales sin posibilidades iniciales de uso del programa, haciendo que la implantación del proceso enfermero en esas unidades se realizaría de forma paulatina. A finales de año se comenzó a implantar en la unidad de diálisis, en cada una de sus áreas, siendo la última en aplicarlo la consulta de diálisis peritoneal (DP). Siguiendo con las pautas marcadas por dirección se crearon las herramientas básicas para la implantación del proceso: un registro de valoración inicial y un plan de cuidados estandarizado del cual partir para realizar un plan de cuidados de enfermería individualizado para cada paciente. Nos pareció interesante cuando decidimos aplicar el proceso en los pacientes en DP, realizar ese trabajo adaptando el modelo de VH a la corriente en auge en estos momentos en nuestro país de uso de la taxonomía de la North American Nursing Association (NANDA) para los diagnósticos enfermeros (Dx), de la Nursing Intervention Classification (NIC) para las intervenciones enfermeras y de la Nursing Outcomes Classification (NOC) para los resultados de enfermería, cosa que el modelo de VH permite (1). Hemos querido con este trabajo dar a conocer nuestra propuesta de implantación del proceso enfermero y nuestra adaptación particular del modelo adaptado por nuestro entorno hospitalario con la nomenclatura NANDA, NIC y NOC.

## OBJETIVOS

**General:** Exponer como se han desarrollado los instrumentos de trabajo relacionados con el producto enfermero para garantizar una adecuada calidad asistencial a la población con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) en la consulta de diálisis peritoneal.

### Específicos:

- Diseñar un modelo de valoración adaptado al paciente en tratamiento de diálisis peritoneal partiendo de la hoja ya existente en la unidad.
- Crear un plan de cuidados estándar para el paciente en DP, identificando los Dx enfermeros que permitan también servir de base para un plan de cuidados individualizado.

- Diseñar un registro de plan de cuidados que incluya la planificación y evaluación de cuidados siguiendo la taxonomía NANDA, la clasificación de resultados enfermeros NOC y la clasificación de intervenciones enfermeras NIC que tuviera las siguientes características: fácil de usar, de lenguaje común y estandarizado y acorde con el modelo conceptual usado en el centro Hospitalario.

## **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio cualitativo y descriptivo en el que se han distinguido las siguientes fases:

1. Creación de un grupo de trabajo formado por la enfermera de DP, la coordinadora de la unidad de diálisis y la coordinadora de la unidad de formación y calidad.
2. Revisión bibliográfica actualizada de la taxonomía NANDA (2), NIC (3) y NOC. (4)
3. Revisión bibliográfica acerca de la aplicación del modelo de VH, más concretamente de la adaptación realizada por M<sup>a</sup> Teresa Luis Rodrigo (1) (4)
4. Revisión bibliográfica acerca de la aplicación de los planes de cuidados en la enfermería nefrológica y en el área de DP usando las bases de datos: Cuidatge, Cuiden.
5. Creación del registro de valoración en base al modelo adaptado por el hospital.
6. Utilización de los Dx NANDA para enlazar las necesidades básicas que se valoran en el modelo de VH y se analizan por M.T Luis, con la taxonomía NOC y NIC.
7. Realización del plan de cuidados estándar con los problemas más frecuentes en pacientes con IRCT en D.P
8. Diseño del registro del plan de cuidados individualizado, utilizando como base el formato del plan de cuidados estándar.

## **RESULTADOS**

### Registro de valoración:

Se obtuvo un registro de valoración del paciente en DP, consensuado con el resto del equipo de la unidad. Al crear la hoja de valoración se adaptó el registro ya existente y publicado por nuestras compañeras (6) añadiéndole los datos en la valoración física necesarios para valorar el paciente en DP, todos ellas consensuadas con el nefrólogo responsable de la consulta (7)(8) (9)(10).

### Plan de cuidados estandarizado:

Se creó un plan de cuidados estandarizado a través de la identificación de los problemas más frecuentes siguiendo la propuesta de las autoras<sup>1</sup> en la practica asistencial para poner un modelo en practica (1, Cáp. 5) encontrán-

---

1. Al hablar de las autoras nos referimos a Luis, MT., Fernández, C., Navarro, MV. En su libro de la teoría a la practica (1), referencia en metodología de nuestro entorno hospitalario.

dose un total de 30 problemas que aparecen en la mayoría de pacientes en tratamiento (gráfico 5). Se hizo una clasificación general inicial siguiendo el modelo adoptado (1, Cáp. 1) que divide los problemas en:

- Problemas que puede tratar la enfermera de forma independiente y que pertenecen al rol enfermero: -Problemas de independencia (PI) y Problemas de autonomía (PA).
- Problemas susceptibles de ser tratados en colaboración y que pertenecen al rol de colaboración: Problemas de colaboración (PC).

En los problemas del rol enfermero se identificó la necesidad alterada, y las áreas de dependencia encontradas (en los PI). En cada problema encontrado se ha especificado la definición del problema, los factores relacionados, las características definitorias (cuando se requería) y los factores causales en el caso de los PC. También hemos definido la fase (estados sucesivos en el tiempo de los pacientes en programa de DP) en la que aparece el problema, habiendo especificado previamente esas fases: fase precolocación de catéter, fase post-colocación de catéter, fase de entrenamiento, fase diálisis, cualquier fase.

Los PI (ejemplo en gráfico 1) “respuesta real o potencial de la persona a una situación inapropiada o mejorable” (1, Cáp. 5) fueron identificados y nombrados a través de la taxonomía NANDA (5). Se estableció el objetivo general para seguir los consejos dados por las autoras pero añadimos los criterios de resultado e indicadores (lo que queremos conseguir y como medirlo) usando la taxonomía NOC. Para la medición de los resultados de las intervenciones de enfermería hemos utilizado la nomenclatura NOC, entendiendo como resultado “estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medido a lo largo de un continuo en respuesta a las intervenciones de enfermería” (4, Cáp. 2).

Los PA (ejemplo en gráfico 2) se han nombrado y catalogado siguiendo las recomendaciones de las autoras al igual que los PC (ejemplo en gráfico 3), que se han nombrado usando la terminología médica., ya que se trata de actuaciones ante situaciones relacionadas con la patología, con la aplicación del tratamiento con el control de la respuesta a éste y con la evolución de la situación patológica (5).

Las intervenciones enfermeras se han nombrado usando la taxonomía NIC.

Registro para el plan de cuidados individualizado:

Se ha elaborado un registro para el plan de cuidados individualizado siendo similar en apariencia al formato del plan de cuidados estándar (gráfico 5)

## DISCUSIÓN

La implantación del proceso enfermero en DP ha sido un proceso laborioso, ya que se ha tenido que unir la dificultad de la falta de una herramienta informática con el hecho de encontrar poca bibliografía acerca de la implantación de los planes de cuidados bajo el modelo de VH en el área de DP.

Las interrelaciones de los problemas (PI, PA y PC) y la decisión de introducirlos en el plan de cuidados estándar han sido realizados a partir de la experiencia y la práctica clínica de la enfermera de DP, de la coordinadora de

la unidad y del consejo en metodología de la coordinadora de formación y calidad del centro.

Al nombrar cada problema se ha establecido el objetivo general para seguir los consejos dados por las autoras, pero hemos añadido los criterios de resultado e indicadores (lo que queremos conseguir y como medirlo) usando la taxonomía NOC ya que nos pareció fundamental el uso de estos para evaluar de forma rápida y eficaz el trabajo realizado (4). En la literatura de enfermería habitualmente, los resultados utilizados para evaluar los cuidados enfermeros aparecen como declaraciones de objetivos. Coincidiendo con la opinión de Moorhead, Johnson y Maas (4) las declaraciones de objetivos requieren de un juicio enfermero para delimitar si se ha conseguido el objetivo. Un problema creado por las declaraciones de objetivos es que si este no se cumple, el profesional no sabe cuán lejano está de alcanzar el objetivo por parte del paciente, otro problema es la pérdida de información del estado del paciente al cambiar de ámbito de cuidados sanitarios ya que no se suele transferir la consecución de objetivos. Un lenguaje estandarizado y un sistema de clasificación permite subsanar estos errores. Los indicadores utilizados para determinar la situación del paciente con respecto a un resultado representan los resultados intermedios específicos reflejados habitualmente en las declaraciones de objetivos.

No se ha usado la taxonomía NANDA para enunciar los PA puesto que no se tratan de respuestas de la persona que haya que modificar sino de la única conducta posible en ese momento. La nomenclatura usada es la recomendada por las autoras (5). Los objetivos de los problemas de autonomía son siempre los mismos y están implícitos en el problema, aún así los hemos descrito para facilitar la comprensión del mismo al resto de profesionales no familiarizados con el modelo. Igual ocurre con las intervenciones enfermeras, así es que también las hemos nombrado.

Al nombrar los PC hemos introducido la nomenclatura NOC. Hemos establecido los PC como Complicaciones potenciales, ya que habitualmente los problemas de colaboración se refieren a complicaciones potenciales de la situación fisiopatológica, del tratamiento médico o de las pruebas diagnósticas. Se recomienda añadir la frase “ secundario a “ la causa que lo genera para centrar la atención de la enfermera en la misma y a determinar actividades más indicadas en cada caso.(5) Para establecer los objetivos generales seguimos las indicaciones de las autoras, estableciendo aquellos de los que pudiéramos hacernos responsables, soliendo ser la instauración de medidas preventivas y la detección temprana de signos y síntomas. Aun así hemos incorporado los indicadores e intervenciones correspondientes para poder evaluar los resultados de las actividades derivadas del trabajo enfermero.

El registro para el plan de cuidados individualizado ha sido creado de similar apariencia al formato del plan de cuidados estándar para facilitar así su uso por el personal de enfermería. Permite registrar criterios de resultado alcanzables y mensurables a través de los indicadores especificados e intervenciones con sus actividades respectivas.

No podemos incluir en esta exposición el registro de valoración debido a la extensión del mismo, por el mismo motivo sólo podemos incluir un ejemplo (grafico 1,2 y 3) del formato de cada tipo de problema clasificado (PI, PA y PC), junto con un esquema resumen de la relación de problemas establecidos en el plan de cuidados estándar ( gráfico 4) y el registro de planificación de cuidados individualizado modificado para esta exposición.( gráfico 5).

## **CONCLUSIONES**

Tras la búsqueda bibliográfica hemos advertido el hecho de que en el área de la DP el uso de los planes de cuidados aplicando el proceso enfermero no está muy generalizado.

Creemos que la creación de protocolos y planes de cuidados estandarizados permite unificar pautas de cuidados, que pueden individualizarse según las necesidades de cada paciente. El uso de las taxonomías y nomenclaturas nos ha permitido unificar el lenguaje que usamos para describir el trabajo que realizamos, facilitando así la evaluación del mismo y el seguimiento del plan por otros profesionales de distinto ámbito hospitalario. Es indispensable para la actividad de enfermería valorar el estado del paciente de forma integral, identificar los problemas y planificar la actuación sobre ellos, evaluando en todo momento el alcance de las actividades realizadas. Los documentos creados nos han permitido realizar ese trabajo de forma ágil, unificada y planificada.

Estamos de acuerdo con otros trabajos revisados en los que se plantea que la aplicación del proceso enfermero permite el poder trabajar de forma autónoma, potenciar el rol enfermero y documentar esa actuación. Creemos sin embargo, que todo esto no es más que el principio, ya que tras iniciar este paso debemos posteriormente investigar acerca de las repercusiones del uso de esta metodología de trabajo sobre la actividad realizada, sobre los profesionales y sobre el impacto de los cuidados sobre los pacientes.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

(1) De la teoría a la práctica. El Pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Segunda edición 2000. Luis, MT.- Fernández, C.-Navarro, MV.

(2) NANDA: Diagnósticos enfermeros: definicion y clasificación 2005-2006 ultima revisión. Revisión por Luis Rodrigo, MT. Edicion 2005.Editorial Elsevier.

(3) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Cuarta edición. Revision por Cobos Serrano, JL. Y cols. 2005. Mccloskey, J.-Bulechek, G.Editorial Elsevier.

(4) Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Tercera edición 2005. Revisión por Cobos Serrano, JL. Y cols. Editorial Elsevier.

(5) Diagnósticos enfermeros. Revisión critica y guía practica. Tercera edición 2004. Luis Rodrigo, MT. Editorial Masson.

(6) Implantación de la metodología enfermera en una unidad de prediálisis. Miró R. García C. y March M. Comunicación presentada en el XXX Congreso

so Nacional de la SEDEN, Málaga, 2005 y publicada en el libro de comunicaciones presentadas al congreso. 2005.

(7) La diálisis peritoneal Montenegro, J. y Olivares.. Ediciones Norma 1997..

(8) Clasificación de O.S. según tabla de Twardowski modificada 1996.

(9) Guías españolas SEN 2003-2005

(10) Actualizaron de protocolos en la practica clínica, año 2004. Art. SEN Volumen XXIV. Numero 5

(11) Lerma D., Saura V., Arrazola M.: EL PAE en pacientes incluidos en programas de DPCA. Revista enfermería Científica nº 254-255 mayo- junio 2003

(12) De la metodología a la práctica: registros para el cuidado del paciente renal. Garcia Palacios, R., y cols. Revista Enfermería Global, nº 5, noviembre 2004.

(13) Plan de cuidados personalizado aplicando la taxonomía NADA, NOC y NIC. García Palacios, R., y cols. Revista SEDEN nº 17, 2002.

(14) Valoración del registro de la información del plan de cuidados y de la trayectoria clínica de la implantación del cateter peritoneal. Puigvert Vilalta, C., y cols. Revista SEDEN, 2005

(15) Importancia de la utilización de metodología protocolizada en pacientes con D.P.C.A. Celadilla ,Olga , Revista BISEDEN, IV trimestre, 1993.

Grafico 1: ejemplo de problema de independencia.

<b>Código DX</b>	<b>00120</b>	
	<b>BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL</b>	
<b>DEFINICION:</b> Desarrollo de una auto-percepción negativa en respuesta a una situación actual: Diálisis peritoneal		
<b>FACTORES RELACIONADOS:</b> Alteración de la imagen corporal. Deterioro funcional: renal.		
<b>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:</b> Verbalizaciones auto negativas, evaluación de si mismo como incapaz de afrontar la situación, Expresiones de desesperanzas e inutilidad.		
<b>NECESIDAD:</b> realización personal		<b>AREA DEPENDENCIA:</b> fuerza psíquica,
<b>FASE:</b>	Precolocación catéter Entrenamiento	Post-colocación del catéter Diálisis
<b>Objetivo final:</b> la persona recuperará una evaluación positiva de sí mismo y sus capacidades		
<b>NOC</b>	<b>1205 Autoestima ( juicio personal sobre la capacidad de uno mismo)</b>	
<b>CÓDIGO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA del 1 al 5</b> (nunca positivo hasta siempre positivo)
120519	Sentimiento sobre su propia persona	
120502	Aceptación de las propias limitaciones	
120501	Verbalizaciones de auto aceptación	
120511	Nivel de confianza	
<b>NOC</b>	<b>1614 Autonomía personal</b> (Acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones vitales)	
<b>CODIGO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA del 1 al 5</b> (nunca demostrado hasta siempre demostrado)
161403	En el proceso de toma de decisiones muestra independencia	
161411	Participa en las decisiones de los cuidados de salud	
161412	Expresa satisfacción con las elecciones de la vida	
<b>NIC</b>	<b>5400 Potenciación de la autoestima.</b>	



<b>ACTIVIDADES:</b> Animar al paciente a identificar sus virtudes. Proporcionar experiencias que aumente la autonomía del paciente. Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. Ayudar a establecer objetivos realistas. Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.	
<b>NIC</b>	<b>5250 Apoyo en toma de decisiones.</b>
<b>ACTIVIDADES:</b> Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa. Facilitar la toma de decisiones en colaboración. Proporcionar la información solicitada por el paciente. Remitir a grupos de apoyo si procede.	

Gráfico 2. Ejemplo de problema de autonomía

<b>PA. MANTENIMIENTO DE LA TEMPERATURA CORPORAL(SUPLENCIA)</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> Estado en el que la persona presenta una falta total o parcial de la capacidad para mantener la temperatura corporal	
<b>FACTORES RELACIONADOS:</b> Prescripción de reposo 48 horas post intervención quirúrgica, limitación de movimientos	
<b>NECESIDAD:</b> mantener la temperatura corporal	
<b>FASE:</b> post colocación de catéter	
<b>Objetivo final:</b> Conservar la temperatura corporal dentro de los límites normales y confortables	
<b>NIC</b>	<b>3900 Regulación de la temperatura</b>
<b>ACTIVIDADES:</b> Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente Evitar exposiciones a frío o calor que provoquen alteraciones de la termorregulación.	

Gráfico 3: ejemplo de problema de colaboración.

<b>C.P. TRAUMATISMO</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b> Situación en la que la persona tiene un aumento del riesgo de sufrir accidentalmente una lesión de los tejidos corporales	
<b>FACTORES CAUSALES:</b> técnica invasiva: inserción y mantenimiento de catéter peritoneal	
<b>FASE:</b> Post-colocación del catéter Diálisis	Entrenamiento
<b>Objetivo final:</b> Instaurar las medidas preventivas para evitar la infección Detectar precozmente signos y síntomas de infección	
<b>NOC</b>	<b>1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.</b> (Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.)
<b>CÓDIGO</b>	<b>INDICADORES</b>
	<b>ESCALA del 1 al 5 : (gravemente comprometido hasta no comprometido)</b>
110113	Piel intacta.
110115	Lesiones cutáneas
	Escala: Grave a ninguno
<b>NIC</b>	<b>3590 Vigilancia de la piel.</b>
<b>ACTIVIDADES:</b> Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad tisular. Observar si la ropa queda ajustada. Observar si hay zonas de presión o fricción. Tomar nota de los cambios de la piel y mucosas. Instaurar medidas para evitar mayor deterioro, si es necesario.	

Grafico 4: esquema general del plan de cuidados estándar.

<p><b>PROBLEMAS DE INDEPENDENCIA</b></p>	<p>Baja autoestima situacional</p> <p>Conducta generadora de salud para la diálisis peritoneal ( DX de salud)</p> <p>Conocimientos deficientes del régimen terapéutico</p> <p>Deterioro del patrón del sueño</p> <p>Disposición para mejorar el afrontamiento ( DX de salud)</p> <p>Disposición para mejorar los conocimientos del régimen terapéutico ( DX de salud)</p> <p>Disposición para mejorar los procesos familiares ( DX de salud)</p> <p>Patrón sexual inefectivo</p> <p>Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos</p> <p>Riesgo de estreñimiento</p> <p>Riesgo de interrupción de los procesos familiares</p> <p>Riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico</p> <p>Riesgo de traumatismo</p>
<p><b>PROBLEMAS DE AUTONOMIA</b></p>	<p>Mantenimiento de la seguridad del entorno( suplencia)</p> <p>Mantenimiento de la temperatura corporal ( suplencia)</p> <p>Movilización y mantenimiento de una buena postura ( suplencia)</p> <p>Vestido y arreglo personal ( suplencia)</p>
<p><b>PROBLEMAS DE COLABORACION</b></p>	<p>Complicación potencial: desequilibrio de volumen de líquidos</p> <p>Complicación potencial: desequilibrio electrolítico</p> <p>Complicación potencial: desnutrición proteica</p> <p>Complicación potencial: dolor</p> <p>Complicación potencial: estreñimiento</p> <p>Complicación potencial: fuga de líquido fuera de la cavidad peritoneal.</p> <p>Complicación potencial: hemoperitoneo</p> <p>Complicación potencial: hernia</p> <p>Complicación potencial: hipotermia</p> <p>Complicación potencial: infección</p> <p>Complicación potencial: migración del catéter</p> <p>Complicación potencial: obstrucción del catéter</p> <p>Complicación potencial: sobrepeso</p>

Grafico 5: registro plan de cuidados individualizado

<b>PROBLEMA</b> Código DX	
<b>DEFINICIÓN:</b>	
<b>FACTORES RELACIONADOS:</b>	
<b>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:</b>	
<b>NECESIDAD:</b>	<b>AREA DEPENDENCIA:</b>

<b>NOC</b>	
<b>INICIO</b> 1 2 3 4 5	<b>AUMENTAR A:</b> 1 2 3 4 5

<b>CÓDIGO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
		De .....a .....

**FECHA** .

--	--	--	--	--	--	--	--

**ESCALA DE INDICADOR ALCANZADO**

--	--	--	--	--	--	--	--

		De .....a .....
--	--	-----------------

**FECHAS** .

--	--	--	--	--	--	--	--

**ESCALA DE INDICADOR ALCANZADO**

--	--	--	--	--	--	--	--

<b>NOC</b>	
<b>INICIO</b> 1 2 3 4 5	<b>AUMENTAR A:</b> 1 2 3 4 5

<b>CÓDIGO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
		De .....a .....

**FECHA** .

--	--	--	--	--	--	--	--

**ESCALA DE INDICADOR ALCANZADO**

--	--	--	--	--	--	--	--

<b>NIC</b>	
------------	--

**ACTIVIDAD:**

**FECHAS** .

--	--	--	--	--	--	--	--

**ACTIVIDAD:**

**FECHAS** .

--	--	--	--	--	--	--	--

# Intervenciones de enfermería para la conservación de la función renal residual en diálisis peritoneal

Jesús Lucas Martín Espejo. DUE\* - Antonia Concepción Gómez Castilla. DUE\*\* - Maria de los Ángeles Guerrero Risco. DM\*

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla\* Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla\*\*

## Resumen

La conservación de la función renal residual es un factor importante a tener en cuenta en los pacientes en diálisis. En este trabajo nos hemos planteado los siguientes objetivos: estudiar los factores que influyen en el deterioro de la función renal residual de nuestros pacientes en DP. Definir los Diagnósticos de Enfermería y los Problemas de Colaboración en los que nuestras intervenciones contribuyen al enlentecimiento de este proceso.

La muestra estaba formada por 67 pacientes, con diuresis superior a 300 ml/día al inicio en DP. Se observó la evolución de la función renal residual y su relación con la cantidad de glucosa y volumen semanal de líquido peritoneal utilizado, uso de icodextrina, técnica utilizada y otras variables relacionadas.

Seleccionamos los diagnósticos de enfermería (Perfusión tisular inefectiva-renal, Manejo inefectivo del régimen terapéutico, Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos, Riesgo de desequilibrio nutricional por defecto y exceso),

criterios de resultados e intervenciones con las actividades aplicadas de las taxonomías NANDA, NIC, NOC interrelacionadas, así como los problemas de colaboración.

En los resultados obtenidos, la glucosa y volumen de líquido peritoneal semanal eran inferiores en los pacientes que mantenían función renal residual. No encontramos diferencias en la función renal residual según la técnica de DP o el uso de icodextrina.

Los pacientes que conservan diuresis utilizan menos volúmenes y glucosa semanal, los parámetros nutricionales son mejores, no encontramos diferencia en el mantenimiento de la función renal residual según tipo de técnica, entre pacientes diabéticos y no diabéticos. Las intervenciones de Enfermería sobre los diagnósticos relacionados con desequilibrio en el volumen de líquido que consigan la normalización del peso, tensión arterial, ausencia de edemas, uso adecuado de glucosa en el dializado, etc. pueden favorecer el mantenimiento de la función renal residual.

Correspondencia:  
Jesús Lucas Martín Espejo  
Plaza del Martinete 3, 4-I  
41007 Sevilla  
jlucasmartin@hotmail.com

## PALABRAS CLAVE:

- DIÁLISIS PERITONEAL
- INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
- FUNCIÓN RENAL RESIDUAL
- ESTADO DE NUTRICIÓN

## Nursing intervention for the conservation of residual kidney function in peritoneal dialysis

### Abstract

The conservation of residual kidney function is an important factor to take into account in patients undergoing dialysis. In this work we have set the following goals: to study the factors that influence the deterioration of residual kidney function in our PD patients, to define the Nursing Diagnostics and Collaboration Problems in which our interventions contribute to slowing down this process.

The sample was made up of 67 patients, with diuresis in excess of 300 ml/day at the beginning in PD. The evolution of the residual kidney function and its relationship with the quantity of glucose and weekly volume of peritoneal liquid used, use of icodextrine, technique used and other related variables were observed.

We selected the nursing diagnostics (Kidney-ineffective tissular perfusion, Ineffective handling of therapeutic regime, Risk of imbalance in volume of liquids, Risk of nutritional imbalance by deficiency or excess), outcomes and intervention criteria with the activities applied of interrelated NANDA, NIC and NOC taxonomies, and collaboration problems.

In the results obtained, the glucose and volume of weekly peritoneal liquid were lower in patients who maintained residual kidney function. We did not find differences in the residual kidney function according to the PD technique or use of icodextrine.

Patients who conserve diuresis use lower weekly volumes and glucose, nutritional parameters are better, we did not find any different in the maintenance of the residual kidney function depending on the type of technique, between diabetic and non-diabetic patients. Nursing interventions on diagnostics related to imbalance in the volume of liquid that achieve normal weight, blood pressure, absence of oedemas, adequate use of glucose in the dialysis patient, etc. can favour maintenance of residual kidney function.

### KEY WORDS:

- PERITONEAL DIALYSIS
- NURSING INTERVENTIONS
- RESIDUAL KIDNEY FUNCTION
- STATE OF NUTRITION

### Introducción

La conservación de la función renal residual (FRR) es un factor importante a tener en cuenta en los pacientes en diálisis. La preservación de parte de la función excretora renal de moléculas grandes, medias y pequeñas favorece un mejor equilibrio de electrolitos y ácido-base, proporcionando al paciente una disminución del tratamiento dialítico y un mejor estado general, a la vez que colabora en mantener funciones endocrinas que benefician al paciente en el control de la renina, anemia, metabolismo de la vitamina D o del calcio y fósforo, lo que se traduce en más fuerza, mejor apetito (evitando así la malnutrición), menos dolores óseos, mejores parámetros nutricionales, menores restricciones de líquidos, etc., en conclusión, en una mejor calidad de vida<sup>1-3</sup>.

Algunos autores han confirmado que con la DP se conserva durante más tiempo la FRR, sobre todo en las técnicas continuas, Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) y Diálisis Peritoneal Automática (DPA) con día húmedo, y en los pacientes que usan icodextrina (Ico) durante los primeros meses de tratamiento. Estas modalidades de diálisis son mejor toleradas hemodinámicamente, ya que se producen menos episodios de hipotensiones y menos cambios bruscos de volemia que en HD, y, por lo tanto, menos isquemia renal. Además, en DP existe un grado de sobrehidratación en la mayoría de los pacientes, que favorece menores variaciones hemodinámicas, asimismo, la mejor biocompatibilidad de los líquidos y membrana usada en DP (membrana peritoneal) respecto a los de HD<sup>1-6</sup>.

Otra explicación especulativa sobre la isquemia glomerular en DP podría ser que la filtración glomerular se afecte por la exposición repetida del peritoneo a un líquido no biológico en altas dosis<sup>6</sup>. También hay que considerar otros factores, como la enfermedad de base, ya que algunos procesos conservan peor la FRR que otras, como la glomerulonefritis o la nefro-

patía diabética. Asimismo, otras incidencias que se pueden dar en DP, como la ganancia excesiva de peso, las peritonitis, la hipercalcemia, el uso de ciertos antibióticos etc., pueden influir en el ritmo de deterioro de la FRR<sup>1,3,7,8</sup>.

La pérdida de FRR no solo debe ser compensada en términos de Kt/V Urea, a través del aclaramiento peritoneal, sino incrementada para mantener una adecuada ingesta proteica, ya que no son superponibles los aclaramientos renal y peritoneal. De cualquier forma, la pérdida de 1 ml en la FRR disminuye entre 0,25-0,30 el Kt/V semanal, lo que influye negativamente en la ingesta proteica<sup>2,10,11</sup>.

La FRR es un factor predictivo independiente de la supervivencia de los pacientes en DP, incluso mejor que los aclaramientos peritoneales de pequeñas moléculas<sup>6</sup>. Además, tiene un gran impacto, como ya se ha comentado, en los parámetros nutricionales y de adecuación del tratamiento.

Por otra parte, es necesario diseñar un Plan de Cuidados adecuado para la atención a estos pacientes<sup>12-14</sup>. Los Diagnósticos Enfermeros y Problemas de Colaboración serán un instrumento imprescindible en la ejecución de dicho Plan.

En este trabajo nos hemos planteado los siguientes objetivos:

- Estudiar los factores que influyen en el deterioro de la FRR de nuestros pacientes en DP.
- Definir los Diagnósticos de Enfermería y los Problemas de Colaboración en los que nuestras intervenciones contribuyen al enlentecimiento de este proceso.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes adultos de los dos hospitales de Sevilla (Hospital Virgen Macarena y Virgen del Rocío) que estaban incluidos en programa de DP desde enero de 2003 a junio de 2005.

La muestra estudiada la formaron 67 pacientes, 38 hombres (57%) y 29 mujeres (43%). Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, enfermedad de

base, diabetes, tipo de tratamiento utilizado, tiempo en diálisis, causas de salida, número de peritonitis, uso y volumen de Ico, talla, peso al comienzo y al final del estudio; determinaciones analíticas (basal y final): hematocrito (Hto), hemoglobina (Hb), urea, creatinina, albúmina, existencia de edemas, dosis de eritropoyetina (EPO) mensual e índice de masa corporal (IMC). Se recogieron datos cada 3 meses durante el tiempo que el paciente permaneció en el estudio de: diuresis, filtrado glomerular (FG), ingesta proteica (nPCR), Kt/V, volumen total de líquido peritoneal usado semanalmente y cantidad de glucosa usada por semana. Se excluyeron del estudio a todos aquellos pacientes procedentes de HD con diuresis inferior a 300 ml al comienzo del tratamiento y aquellos con menos de 3 meses en DP.

La aplicación de la metodología enfermera y la estandarización de los cuidados en estos pacientes ha seguido las fases del proceso enfermero:

- Valoración inicial integral según patrones funcionales de M. Gordon para la identificación de las necesidades más prevalentes.
- Selección de los diagnósticos de enfermería, criterios de resultados e intervenciones con las actividades aplicadas de las taxonomías NANDA, NIC, NOC interrelacionadas, así como los problemas de colaboración o interdisciplinares recogidos en el Plan de Cuidados estandarizado aplicado de forma individualizada y evaluado de forma periódica por el enfermero referente<sup>11-13</sup>.

Las fuentes de datos utilizadas fueron: historia médica, el programa PD-Adequest® y los registros de Enfermería de cada paciente.

El estudio estadístico se efectuó con el programa SPSS.12. Se analizaron los datos con distintos test no paramétricos: U de *Mann-Withney* para comparar variables cuantitativas no relacionadas en dos grupos, *chi cuadrado* para comparar proporciones y *Kruskall-Wallis* para comparar variables cuantitativas en tres o más grupos. Las correlaciones entre diversas variables se analizaron mediante correlación lineal utilizando el coeficiente *Rho de Spearman*.

## RESULTADOS

La muestra estaba compuesta por 67 pacientes, 38 hombre (57%) y 29 mujeres (43%) con una edad media de  $58 \pm 18$  años (rango 20-93). Los diferentes tratamientos utilizados por los pacientes fueron: 30 pacientes en DPCA, 29 pacientes en DPA con día húmedo y 8 pacientes en DPA con día seco. El tiempo medio en diálisis fue de  $23,7 \pm 14$  meses (rango 5-84). Usaron icodextrina, 28 pacientes, con un volumen medio de  $9,9 \pm 3,9$  litros por semana, la diuresis media fue de  $1467 \pm 718$  ml/24 horas (rango 300-3200), el filtrado glomerular medio fue de  $6,33 \pm 2,74$  ml/mi (rango 1,47-12,98), el Kt/V medio de  $2,52 \pm 0,62$  y se registraron 35 episodios de peritonitis.

La patología de base causante de la IRC se distribuyó de la siguiente manera: 11 poliquistosis renal, 8 nefropatía vascular, 5 enfermedades sistémicas, 16 nefropatía diabética, 16 glomerulonefritis y 11 IRC no filiada. Del total, 18 pacientes eran diabéticos.

Las causas de salida del programa fueron: 14 pacientes por trasplante y 15 por fallecimiento; pasaron a HD 5 pacientes y continúan en DP 33 pacientes.

En la **tabla 1** se exponen los datos clínicos más significativos en el periodo basal y final. En la **tabla 2** se exponen el número y porcentaje de pacientes que han conservado una diuresis superior a 300 ml en los diferentes periodos del estudio, el volumen de la diuresis mantenida y el FG.

### Glucosa y volumen de LP semanal

Mediante el test no paramétrico de la U de Mann-Witney se compararon en pacientes con y sin FRR, en los diferentes puntos de corte estudiados: 6, 12, 18, 24, 30 y 36 meses. Nuestros resultados son:

- En el mes 6, no había diferencias significativas
- En el mes 12, los pacientes que mantenían diuresis habían

utilizado menos líquido y menos glucosa semanal a lo largo de todo el tiempo de tratamiento, si bien solo la glucosa semanal alcanzaba una diferencia estadísticamente significativa basal ( $391 \pm 347$  vs  $717 \pm 330$  gr)  $p=0,01$  en el mes 6 ( $470 \pm 476$  vs  $1085 \pm 657$  gr)  $p=0,01$ , y en el mes 12 ( $556 \pm 580$  vs  $1145 \pm 785$  gr)  $p=0,02$ .

- En el mes 18 no encontramos diferencias significativas.
- En el mes 24, en los pacientes que mantenían FRR, encontramos diferencia estadísticamente significativa en la glucosa semanal ( $313 \pm 400$  vs  $580 \pm 405$  gr)  $p=0,04$ .
- En el mes 30, los pacientes que mantenían FRR habían utilizado menos líquido y menos glucosa semanal a lo largo de todo el tiempo de tratamiento, si bien solo la glucosa semanal ( $242 \pm 275$  vs  $790 \pm 620$  gr)  $p=0,01$  alcanzaba una diferencia estadísticamente significativa.
- En el mes 36, los pacientes que mantenían diuresis habían utilizado menos líquido y menos glucosa semanal a lo largo de todo el tiempo de tratamiento, si bien solo el volumen de líquido de diálisis semanal alcanzaba una diferencia estadísticamente significativa en el mes 18 ( $62 \pm 30$  vs  $113 \pm 25$  l)  $p=0,02$ , mes 36 ( $74 \pm 31$  vs  $138 \pm 13$  l)  $p=0,02$ .

Variables (n=67)	Basal	Final	p
Ht° (%)	36 ± 4.25	35,3 ± 7.08	ns
Hb (g/l)	13,2 ± 6.01	13,5 ± 11.4	ns
Urea (mg /dl)	142 ± 54	116 ± 40,7	0,001
Creatinina (mg/dl)	7,04 ± 2,09	8,07 ± 2,76	0,001
Albúmina (gr. %)	3,5 ± 0.56	3,5 ± 0,53	ns
Epo/mensual (U.I.)	24343 ± 14136	30597 ± 22002	0,02
Peso (Kg)	71,1 ± 14,9 (35-102)	73,3 ± 15 (38-103)	0,001
IMC-basal (Kg/m2)	26,9 ± 4,4	27,7 ± 4,08	0,001
Edemas Si / No (n)	27 / 40	39 / 28	ns

Tabla 1. Diferentes variables al comienzo y al final del estudio

Mes	6°	12°	18°	24°	30°	36°
n (%)	60 (89,6)	45 (97,8)	36 (90%)	29 (82,3%)	17 (70,8%)	11(72,6%)
Diuresis 24 horas (ml/día)	1439±851 (350-3500)	1428±807 (300-3250)	1191±726 (300-3250)	1207±642 (300-2300)	1250±937 (300-3150)	1227±984 (300-3800)
FG. (ml/min)	5,6±3,4 (0,73-13,6)	5,5±3,3 (1,0-12,2)	4,8±2,3 (0,94-11,6)	4,6±2,3 (1-10,5)	4,2±2,2 (1,5-9,1)	3,8±2,1 (1,1-7,2)

Tabla 2. Pacientes con diuresis y filtrado glomerular a lo largo del estudio

### Comparación pacientes con/sin Icodextrina

Al comparar mediante el test de la U de *Mann-Wittney* para muestras independientes, el volumen de líquido semanal (litros) y la glucosa semanal (gramos) utilizados a lo largo de todo el tiempo en DP, no se encontraron diferencias significativas según se utilizara o no Icodextrina.

### Comparación según diabetes

La proporción de pacientes con diuresis superior a 300 ml fue superior entre los pacientes no diabéticos, si bien solo a los 36 meses encontramos diferencias estadísticamente significativa ( $p=0,03$ ). No encontramos diferencias al aplicar el Test de la *U de Mann-Withney*, entre la glucosa, litros de líquido semanal, FG, diuresis y tiempo de tratamiento entre los pacientes fueran o no diabéticos a lo largo del estudio.

### Comparación según la enfermedad de base

Los pacientes con glomerulonefritis tenían una diuresis y FG superiores, si bien solo fue significativo a los 6 meses ( $p=0,04$ ). El pequeño número de pacientes que forman los otros grupos de enfermedades, no permite comparar la proporción de pacientes con y sin FRR.

Mes	Técnica utilizada	Diuresis (cc)	p	FG (ml/min)	p
Basal	DPCA n=30	1205±610		5,76±2,71	
	DPA DH n=29	1649±735	0,02	6,78±2,85	ns
	DPA DS n=8	1793±773		6,8±2,37	
3°	DPCA n=30	1178±683		5,3±2,73	
	DPA DH n=27	1582±727	0,03	6,2±2,99	ns
	DPA DS n=8	1850±956		7,19±3,79	
6°	DPCA n=30	1200±748		5,05±3,13	
	DPA DH n=24	1551±952	ns	5,99±3,91	ns
	DPA DS n=6	1783±945		6,39±2,7	
12°	DPCA n=23	1115±734		4,54±3,22	
	DPA DH n=24	1195±930	ns	4,94±3,66	ns
	DPA DS n=5	1980±967		7,00±2,73	
24°	DPA DH n=17	981±624		3,65±2,16	
	DPA DH n=14	878±796	ns	4,23±2,76	ns
	DPA DS n=5	1420±770		5,42±2,86	
36°	DPCA n=3	83±227		1,66±0,47	
	DPA DH n=9	420±859	ns	3,59±2,33	ns
	DPA DS n=2	1100±1272		3,72±3,95	

Tabla 3. Comparación de diuresis y filtrado glomerular según técnica de diálisis

### Comparación según la técnica de diálisis empleada

Cuando se ha comparado la FRR (Kruskal- Wallis), según las diferentes técnicas utilizadas en los distintos periodos analizados solo encontramos diferencias estadísticamente significativa en la diuresis basal ( $p=0,02$ ) y a los 3 meses ( $p=0,03$ ), manteniendo un mayor volumen de diuresis los pacientes de DPA con día seco (tabla 3).

### Correlación lineal entre diuresis y FG con diversas variables

Se estudió la correlación con: tiempo de tratamiento, número de peritonitis, PCR, volumen de icodextrina, glucosa semanal y volumen de líquido peritoneal (LP) semanal en los distintos cortes (6, 12, 18, 24, 30 y 36 meses) obteniéndose los siguientes resultados:

- El nPCR en el mes 24 se correlacionó negativamente con el número de peritonitis ( $p=0,04$ ,  $r= -0,35$ ) y el volumen de líquido semanal ( $p=0,009$ ,  $r=-0,45$ ).
- En el corte del mes 6 (n=60):
  - o La diuresis se correlacionó con el tiempo de tratamiento ( $p=0,03$ ,  $r=0,23$ ) y la glucosa semanal ( $p=0,001$   $r= -0,44$ )
  - o El FG se correlacionó igualmente con el tiempo de tratamiento ( $p=0,02$ ,  $r=0,29$ ) y la glucosa semanal ( $p=0,02$ ,  $r= -0,30$ ).
- En el corte del mes 12 (n=52):
  - o La diuresis se correlacionó con la glucosa semanal ( $p=0,006$ ,  $r= -0,38$ )
  - o El FG se correlacionó con el tiempo de tratamiento ( $p=0,02$ ,  $r= -0,30$ ) y la glucosa semanal ( $p=0,04$ ,  $r= -0,28$ ).
- En el mes 18 (n=40): la diuresis se correlacionó con la glucosa semanal ( $p=0,03$ ,  $r= -0,34$ ).
- En el corte del mes 24 (n=36): la diuresis se correlacionó con la glucosa semanal ( $p=0,01$ ,  $r= -0,41$ ) y el FG con el volumen de Ico utilizado a la semana ( $p=0,01$ ,  $r= -0,39$ ).
- En el mes 30 (n=24): la diuresis se correlacionó con la glucosa semanal ( $p=0,02$ ,  $r= -0,46$ ) y el FG con el tiempo de tratamiento ( $p=0,02$ ,  $r=0,46$ ).
- En el mes 36 (n=14): la diuresis se correlacionó con el tiempo de tratamiento ( $p=0,001$ ,  $r=0,75$ ) y el volumen de Ico ( $p=0,02$ ,  $r= -0,32$ ).



## Plan de Cuidados

Respecto a los cuidados integrales, aplicados de forma metodológica<sup>12,14</sup> es preciso resaltar el plan de enseñanza individualizada que recibieron estos pacientes cuando fueron incluidos en el programa de DP contemplando entre otros los siguientes temas: manejo de los diferentes líquidos de diálisis, la dieta prescrita, los medicamentos, el proceso de la enfermedad, los cuidados del catéter, etc y evaluando de forma periódica los conocimientos sobre dichos temas con actividades de la valoración del nivel de conocimientos en cada momento, para detectar lagunas a los errores o necesidades de refuerzo para fomentar un dominio gradual de la situación. Pretendíamos conseguir la: **Adaptación psicosocial: cambio de vida** (NOC: 1305) y poder solucionar el frecuente **Deterioro de la adaptación**. En este proceso de enseñanza por parte del enfermero referente se realizaron intervenciones como: **Facilitar el aprendizaje** (5520), **Enseñanza individual** (5606) y **Disminución de la ansiedad** (5820), que son determinantes para que el paciente domine los contenidos del programa de aprendizaje que deben realizarse ante el evidente diagnóstico enfermero **Déficit de conocimientos**.

Los criterios de resultados y las intervenciones puestas en marcha para solucionar, medir, controlar los cambios o detectar precozmente los problemas (diagnósticos enfermeros/problemas de colaboración) relacionados con la pérdida de la FRR dentro del Plan de Cuidados más destacados fueron:

### 1. PERFUSIÓN TISULAR INEFECTIVA –RENAL

**Criterios NOC:** equilibrio electrolítico y ácido-base.

**Indicadores:** sodio, potasio, urea, creatinina, etc.

**Intervenciones NIC (2150):** Terapia de diálisis peritoneal incluyendo monitorización y cuidados en la diálisis peritoneal (todas las actividades descritas en esta intervención tienen relación directa o indirecta con la FRR y los factores que influyen en su deterioro así como con la contribución de enfermería en retrasar su pérdida).

### 2. MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO

**Criterios NOC:**

- Conducta de cumplimiento (1601)
- Conocimiento: régimen terapéutico (1813)

- Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria (1606)
- Conducta de fomento de la salud (1602)

**Indicadores:**

- Modifica la pauta orientada por el profesional (160106)
- Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual (181302)
- Utiliza técnicas de resolución de problemas para conseguir resultados deseados (160608)
- Utiliza conductas para evitar los riesgos (160201)

**Intervenciones NIC:**

- Modificación de la conducta (4360)
- Seguimiento telefónico (4920)
- Escucha activa (8190)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)

### 3. RIESGO DE DESEQUILIBRIO DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS

**Criterios NOC:**

- Detección del riesgo (1908)
- Control del riesgo (1902)
- Hidratación (0602)

**Indicadores:**

- Reconoce los signos/síntomas que indican riesgo (190801)
- Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo (190208)
- Ausencia de edemas periféricos (060203)
- Ausencia de dificultad respiratoria (060207)

**Intervenciones NIC:**

- Manejo de líquidos/electrólitos (2080) (actividades como control de peso y evolución, ajustes de electrolitos en las bolsas, registro de balances, restricciones, evaluar signos de pérdidas, etc).

### 4. RIESGO DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO Y EXCESO

**Criterios NOC:**

- Estado nutricional: ingestión de nutrientes (1909)
- Control de peso (1612)

**Indicadores:**

- Ingestión proteica (100902)
- Ingestión mineral (Ca, P, K, Na) (100906)
- Mantiene el peso óptimo (161222)

**Intervenciones NIC:**

- Manejo de la nutrición (1100)
- Facilitar la auto responsabilidad (4480)

## 5. RIESGO DE INFECCIÓN

### Criterios NOC:

- Control de riesgo (1902)
- Integridad del acceso de diálisis (catéter peritoneal) (1105)

### Indicadores:

- Reconocer el riesgo (190201)
- Ausencia de supuración local (110503)

### Intervenciones NIC:

- Control de infecciones (6540)
- Mantenimiento de dispositivo para diálisis (catéter peritoneal) (2440)
- Vigilancia de la piel (3590)
- Cuidado de las heridas (3660)

En cuanto a las complicaciones potenciales hemodinámicas y metabólicas en las que debemos actuar en la detección precoz de signos y síntomas, destacamos las siguientes intervenciones relacionadas con la pérdida de la FRR:

- Manejo de la hipovolemia (2380)
- Manejo de la hipervolemia (4170)
- Manejo de la hiperglucemia (2000)
- Manejo de la hipoglucemia (2130)
- Cuidados cardíacos (4040)
- Oxigenoterapia (3320)
- Manejo de la medicación (2380)

## Discusión

En el grupo estudiado, un alto porcentaje de los pacientes conservaba un volumen de diuresis que hemos considerado significativa (superior a 300 ml) en todos los cortes (aunque va disminuyendo a lo largo de los meses), posiblemente porque la pérdida de la FRR se asocia con frecuencia a fallo de técnica por dosis de diálisis y/o ultrafiltración (UF) insuficientes, y obliga al paso del paciente a HD. Asimismo, también en nuestra serie, la pérdida de la FRR se asocia a mayor mortalidad<sup>6</sup>, que puede contribuir a que los pacientes que siguen vivos y en DP son los que mantienen FRR (en el presente trabajo había una correlación positiva entre la diuresis y el FG con el tiempo de tratamiento).

Los resultados obtenidos en nuestro estudio ponen de manifiesto que los pacientes que conservan una diuresis significativa utilizan menos glucosa semanal y

menor volumen de líquido peritoneal a lo largo de su seguimiento. El uso excesivo de concentrados hipertónicos y de líquido peritoneal para conseguir UF elevadas se ha considerado una de las causas que acelera la pérdida de la FRR<sup>1-5</sup>. Sin embargo, en nuestro trabajo observamos que los pacientes con diuresis inferior parten de entrada de valores significativamente más bajos de diuresis y de FG, por lo que el uso de mayor volumen de líquido peritoneal y glucosa no podría considerarse causa sino consecuencia de una menor FRR que obliga a un mayor aclaramiento peritoneal para compensar y conseguir una dosis de diálisis y UF adecuados.

Otra consecuencia del aumento de glucosa en el LP, que se asocia a su vez a una FRR inferior, es la disminución de la ingesta proteica, al aumentar el aporte energético por el LP, lo que disminuye el apetito<sup>9</sup>. Corroborando estos hechos, en nuestro trabajo hemos observado peores valores de ciertas variables relacionadas con la nutrición en los pacientes con diuresis inferior a 300 ml. como la albúmina, ingesta proteica medida por nPCR e IMC.

Un factor que se piensa puede ser importante en la pérdida de FRR es la incidencia de peritonitis, que puede influir negativamente no solo por el posible efecto del estado inflamatorio, sino también por el tratamiento con antibióticos nefrotóxicos<sup>10</sup>. En nuestro estudio, la incidencia de peritonitis se correlacionó con el tiempo de tratamiento, como es de esperar, pero no con la diuresis, FG, ni volumen o concentración de glucosa en el LP; tampoco era distinto el número de peritonitis en los pacientes con o sin diuresis significativa, por lo que parece que no influyó en el mantenimiento de la FRR directa o indirectamente.

No hemos observado diferencias entre el grupo que utilizaba icodextrina y el que no, en cuanto al volumen de LP o glucosa empleada; sí se ha observado que en el grupo de pacientes con icodextrina había un mayor número de pacientes sin FRR, significativo en el mes 18 y con valores muy parecidos en los otros meses. Por lo que parece que, en nuestro grupo, la icodextrina ha influido poco en el mantenimiento de la FRR. En estudios previos se ha comunicado un efecto protector de esta sustancia sobre la FRR<sup>4</sup>.

Nuestros resultados no concuerdan con los de otros autores<sup>1-3</sup> que aconsejan las técnicas continuas como más favorecedora de la conservación de la FRR, ya que no hemos encontrado diferencias según la técnica utilizada a lo largo de la evolución en el porcentaje de pacientes con diuresis. Hemos de tener en cuenta que los pacientes con DPA y día seco partían de valores de diuresis y FG superiores, que se van igualando a las otras técnicas a lo largo del seguimiento, posiblemente porque los pacientes que siguen en DP son los que mantienen superior FRR.

El uso de mayor volumen de líquido utilizado y las concentraciones más altas de glucosa que hemos encontrado en nuestro estudio en los pacientes que van perdiendo la diuresis, puede guardar relación con diagnósticos enfermeros detectados frecuentemente en nuestros pacientes como: "Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso/defecto", "Desequilibrio de volumen de líquidos", "Deterioro de la eliminación urinaria", "Exceso de volumen de líquidos" y "Manejo inefectivo/efectivo del régimen terapéutico"<sup>12-14</sup>, donde intervenciones de Enfermería como "Manejo de la nutrición", "Manejo de los líquidos y electrolitos" (ingesta de líquidos, sal y uso de las concentraciones del dializado), "Manejo de la diuresis y medicación", "Manejo del peso", "Modificaciones de la conducta", "Identificación de riesgos", "Enseñanza" y "Seguimiento telefónico", son imprescindibles para evitar el uso inadecuado de las concentraciones de glucosa del dializado que pueda facilitar la isquemia glomerular y deteriorar de forma prematura la FRR.

En las evoluciones del plan de cuidados pudimos observar cómo los pacientes que antes perdieron la FRR habían tenido un retroceso en las escalas de los indicadores del plan de cuidados sobre todo en los relacionados con una modificación de la conducta o el estilo de vida enfocada a nuestras enseñanzas y recomendaciones.

En los procesos de empeoramiento del estado de salud de estos pacientes que precisan ingreso hospitalario: edema agudo de pulmón, peritonitis, angor, etc. conoceremos a través del cuaderno de continuidad de cuidados el grado de afectación de la FRR y de los diagnósticos relacionados así como del resto de los patrones funcionales que tendremos que revalorar

para ayudar al paciente y cuidador a afrontar y manejar el nuevo régimen terapéutico.

Podemos concluir que, en nuestro estudio, los pacientes que conservan diuresis utilizan menos volúmenes y menos glucosa semanal, los parámetros nutricionales han sido mejores en paciente con diuresis, no hemos encontrado diferencia en el mantenimiento de la FRR según tipo de técnica y no hemos encontrado diferencias entre pacientes diabéticos y los que no lo son. En cuanto al segundo objetivo del estudio, las intervenciones de enfermería sobre los diagnósticos relacionados con desequilibrio en el volumen de líquido que consigan la normalización del peso y la tensión arterial, la ausencia de edemas, el uso adecuado de glucosa en el dializado, etc. pueden favorecer el mantenimiento de la FRR.

### Agradecimiento

a Dña. Trinidad López Sánchez y D. Francisco Cirera Segura, por su colaboración en la elaboración de este trabajo.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Molina Núñez M. Conferencia "Abordaje multidisciplinar para el mantenimiento de la función renal residual". XXX Congreso de la SEDEN. 12-15 Octubre 2005. Málaga.
2. Caravaca F, Cid MC, Galán J, García MC et al. Relación entre el aclaramiento de urea y la tasa del catabolismo proteico en pacientes de DPCA: importancia de la función renal residual. *Nefrología* 1996; 16 (3).
3. Valderrabanos F. Tratado de Hemodiálisis. Barcelona: Editorial Medica Jims SL; 1999.
4. Bajo MA, Olea T, del Peso G, Ros S, Castro MJ, Selga R. El uso de la Icodextrina desde el inicio de la Diálisis Peritoneal preserva mejor la función renal residual, pero no modifica el transporte peritoneal de agua y solutos. V Reunión Nacional de Diálisis Peritoneal. Toledo 2005. p. 23.
5. Ramírez B, Pulido M, Roncal D, Lobo MT et al. Función renal residual. Su importancia en el manejo del paciente en diálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2001; Primer trimestre.13:68-71.

6. Gallar P, Ortega O, Gutiérrez M, Carreño A et al. Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA): impacto sobre la función renal residual (FRR) y sobre la permeabilidad de la membrana peritoneal. Nefrología. 2001; 21(2):200-203.
7. Andréu Periz L, Force Sanmartín E. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Barcelona: Masson; 1997.
8. Borrego F, Selga R, de Álvaro F, Bajo MA et al. Seguimiento de la función renal residual en pacientes en DPCA. La influencia de los aclaramientos peritoneales y de los fármacos. Nefrología. 1993; 13(1):37-46
9. Sansone A, Cirugeda MA, Bajo G. del Peso et al. Actualización de protocolos en la práctica clínica de Diálisis Peritoneal, año 2004. Nefrología. 2004; 24(5): 410-445.
10. Caravaca F, Arrobas M, Dominguez C. Influence of residual renal function on dietary protein and caloric intake in patients on incremental peritoneal dialysis. Perit Dial Int. 1999; 19(4):350-6.
11. Borrego F, Selga R, de Álvaro F, Bajo MA et al. Seguimiento de la función renal residual en pacientes en DPCA. La influencia de los aclaramientos peritoneales y de los fármacos. Nefrología. 1993; 13(1):37-46.
12. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004 Nanda Internacional. Ediciones Elsevier; 2005.
13. Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 3ª edición. Harcourt; 2005.
14. McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 3ª edición. Harcourt; 2002.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Valoración de Enfermería al ingreso



Análisis y síntesis de los datos



Identificación de los problemas

(DIAGNÓSTICOS)

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

### VALORACION FORMULACION DE PROBLEMAS

Rol de colaboración

Rol propio

Modelo médico  
enfermero

Modelo

PROBLEMA  
EN COLABORACION

DIAGNOSTICOS  
ENFERMEROS

Terminología médica  
NANDA

Taxonomía

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

“Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable”.

(NANDA, 1994)

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

“Problema de salud real o potencial que las enfermeras en virtud de su formación y experiencias son capaces de tratar y están autorizadas para ello”.

(GORDON, 1976)

“Declaración que describe una respuesta humana real o potencial de los procesos vitales que las enfermera identifican y disponen de actividades que reduzcan, prevengan o eliminen que son de dominio legal y educativo de Enfermería”

(CARPENITO, 1989)

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

### FORMULACION DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

#### Manejo del formato PES

- P** Problema: Etiqueta diagnóstica.
- E** Etiología: Relacionado con (R/C).
- S** Signos y Síntomas: Manifestado por (M/P).

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

### TIPOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

#### CLASIFICACION NANDA

- \* DIAGNÓSTICO REAL
- \* DIAGNÓSTICO DE RIESGO
- \* DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR O DISPOSICIÓN (También llamado DE SALUD)
- \* SÍNDROME

#### CLASIFICACION CARPENITO, LJ

- \* DIAGNÓSTICO REAL
- \* DIAGNÓSTICO DE RIESGO
- \* DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR O DISPOSICIÓN (También llamado DE SALUD)
- \* SÍNDROME
- \* DIAGNÓSTICO POSIBLE

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

### DIAGNÓSTICO REAL.

Representa un problema que ha sido clínicamente validado mediante el cumplimiento de características definitorias, es decir evidencias de signos y síntomas propios del diagnóstico.

### ENUNCIADO EN TRES PARTES

Etiqueta diagnóstica + r/c factores relacionados + m/p signos y síntomas

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

### Ejemplo:

**Dolor crónico**  
*relacionado con*  
**su proceso degenerativo muscular**  
*manifestado por*  
**alteración en la capacidad de seguir con las actividades previas.**

La presencia en el enunciado de signos y síntomas valida la existencia de un diagnóstico real.



## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

### DIAGNÓSTICO DE RIESGO.

Describe un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo o grupo a presentar un problema.

Los datos de la persona contienen evidencias de factores relacionados, pero no hay evidencias de las características definitorias (signos y síntomas).

Si las hubiera sería un diagnóstico real, no de riesgo.

ENUNCIADO EN DOS PARTES

Riesgo de... Etiqueta diagnóstica + r/c factores relacionados.

Ej. Riesgo de impotencia r/c la disminución de su fuerza física.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

### DIAGNÓSTICO DE BIENESTAR O DISPOSICION (también llamado DE SALUD).

Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

ENUNCIADO EN UNA PARTE

Disposición para mejorar.... Etiqueta diagnóstica

Ej. Disposición para mejorar el desempeño del rol parental.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

### DIAGNÓSTICO POSIBLE.

Para Carpenito estos diagnósticos son opciones que presenta la enfermera para indicar la presencia de algunos datos para confirmar un diagnóstico, aunque en ese momento son insuficientes.

#### ENUNCIADO EN UNA PARTE

Posible .... Etiqueta diagnóstica.

Ej. Posible déficit de autocuidados: vestido / acicalamiento.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

### SINDROMES DIAGNÓSTICOS.

Se usa cuando el diagnóstico se asocia a otros diagnósticos de idéntico peso dentro del problema, formando un grupo.

#### ENUNCIADO EN UNA PARTE

Síndrome.... Etiqueta diagnóstica.

Ej. Síndrome traumático de violación.

## PROBLEMAS DE COLABORACION

Son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con otros profesionales para su tratamiento.

“ Los problemas de colaboración se refieren a ciertas complicaciones fisiológicas, que controla el personal de enfermería, para detectar su aparición o cambios en su estado.

Las enfermeras manejan los problemas en colaboración, utilizando intervenciones prescritas por médicos e intervenciones prescritas por el personal de enfermería, para reducir al mínimo las complicaciones de los acontecimientos”

( Carpenito, 1989 )

## PROBLEMAS DE COLABORACION

“ Problema de salud real o potencial (complicación), que se centra en una respuesta fisiopatológica del cuerpo ( a un traumatismo, enfermedad, estudios diagnósticos o modalidades terapéuticas) que las enfermeras son responsables de identificar y tratar en colaboración con los médicos”

( Alfaro, 1992 )

Ej. Hemorragia, flebitis, hipoxemia, infección, etc

## COMPARACION ENTRE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

PROBLEMA DE COLABORACIÓN

### Principal foco de atención

Respuestas humanas a la enfermedad, o cambios vitales

Potenciales complicaciones fisiológicas de la enfermedad

## COMPARACION ENTRE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

DIAGNÓSTICO ENFERMERO

PROBLEMA DE COLABORACIÓN

### Principal responsable del problema

La enfermera.

El médico.

## COMPARACION ENTRE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

### DIAGNÓSTICO ENFERMERO

### PROBLEMA DE COLABORACIÓN

#### Diagnóstico definitivo

La autoridad para diagnosticar corresponde a la enfermera .

La autoridad para diagnosticar corresponde al médico.

## COMPARACION ENTRE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

### DIAGNÓSTICO ENFERMERO

### PROBLEMA DE COLABORACIÓN

#### Responsabilidades enfermeras

Detección temprana de los problemas reales y potenciales.

Iniciar un plan general (que dirige la enfermera) para prevenir, corregir o minimizar los problemas.

Controlar e iniciar las acciones que son dominio enfermero para prevenir o minimizar los problemas o complicaciones potenciales.

Ejecutar las acciones prescritas por el médico.

*De R. Alfaro – Lefevre 1996.*

## CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

En 1973 un grupo de enfermeras forma el

“Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería “

Esfuerzo por identificar categorías de problemas que deberían considerarse como Diagnósticos de Enfermería.

Este grupo compuesto por docentes, teóricas, gestoras y enfermeras asistenciales, se convirtió en 1982 en la

**“Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería”  
(NANDA)**

Desde entonces continua desarrollando el sistema de clasificación de diagnósticos.

## CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

**DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y clasificación NANDA.**  
Ed. Elsevier. Edición 2005 – 2006

### Componentes del diagnóstico

- **Etiqueta:** nombre.
- **Características definitorias:** signos y síntomas observables y verificables identificados durante la valoración.
- **Factores relacionados:** elementos que tiene una relación directa o indirecta con el Diagnóstico Enfermero.
- **Factores de riesgo:** elementos que aumentan la vulnerabilidad.

## CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

### Ventajas de utilizar los Diagnósticos Enfermeros.

- El lenguaje de los diagnósticos describe lo que las personas están experimentando.
- Los diagnósticos pueden ser usados para predecir el cuidado que los pacientes necesitan.
- Los diagnósticos pueden vincularse con los resultados e intervenciones con el fin de evaluar el cuidado del paciente.
- Pueden incluirse en los sistemas de información.
- Permite avanzar en el conocimiento de la disciplina enfermera.

## CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

### **TAXONOMIA NANDA ( DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y clasificación NANDA. Ed. Elsevier. Edición 2005 – 2006 )**

El método por el que se organizan los diagnósticos enfermeros es el llamado sistema de clasificación o taxonomía diagnóstica.

## CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

La taxonomía diagnóstica tiene tres niveles:

- **Dominios:** Un dominio es “una esfera de actividad, estudio o interés”. Hay 13 dominios.
- **Clases:** Una clase es “una subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado”. Hay 46 clases.
- **Diagnósticos:** Un diagnóstico es “un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales”.

Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable”.

Hay 167 diagnósticos a los que se han añadido algunos mas en la última edición 2005-2006.

## CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

DOMINIOS, CLASES Y DIAGNÓSTICOS NANDA.

### DOMINIOS

Promoción de la salud

Nutrición

Eliminación

### CLASES

Toma de conciencia de la salud.  
Manejo de la salud

Ingestión  
Digestión  
Absorción  
Metabolismo  
Hidratación

Sistema urinario  
Sistema gastrointestinal  
Sistema integumentario  
Sistema pulmonar



## CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

DOMINIOS, CLASES Y DIAGNÓSTICOS NANDA.

### DOMINIOS

### CLASES

Actividad / reposo

Reposo / sueño  
Actividad / ejercicio  
Equilibrio de la energía  
Respuestas cardiovasculares / respiratorias

Percepción / cognición

Atención  
Orientación  
Sensación / percepción  
Cognición  
Comunicación

Auto percepción

Autoconcepto  
Autoestima  
Imagen corporal

## CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

DOMINIOS, CLASES Y DIAGNÓSTICOS NANDA.

### DOMINIOS

### CLASES

Rol / relaciones

Roles de cuidador  
Relaciones familiares.  
Desempeño del rol

Sexualidad

Identidad sexual  
Función sexual  
Reproducción

Afrontamiento / tolerancia  
al estrés

Respuesta postraumática  
Respuestas de afrontamiento  
Estrés neuro-comportamental

Principios vitales

Valores / Creencias  
Congruencia de las acciones con los valores /  
creencias

## CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

DOMINIOS, CLASES Y DIAGNÓSTICOS NANDA.

DOMINIOS	CLASES
Seguridad / protección	Infección Lesión física Violencia Peligros ambientales Procesos defensivos Termorregulación
Confort	Confort físico Confort ambiental Confort social
Crecimiento / desarrollo	Crecimiento Desarrollo

## CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA

EJEMPLOS DE DOMINIO, CLASE Y DIAGNÓSTICO:

DOMINIO	CLASE	DIAGNÓSTICO
Actividad / reposo	Actividad / ejercicio	00085 Deterioro de la movilidad física
Nutrición	Ingestión	00003 Desequilibrio nutricional por defecto.
Percepción / Cognición	Cognición	00126 Conocimientos deficientes (especificar).

### **III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS**

Realizada la valoración e identificados los diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración se procederá a la planificación de los cuidados

Se pretende establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

La enfermera es quién debe elaborarlo, interpretarlo, coordinarlo, delegar actividades si es preciso y evaluarlo.

### **III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS**

#### **FASES DE LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS**

- 1. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES**
- 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE**
- 3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS**

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 1. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

- ¿ Que problemas necesitan atención inmediata y cuales pueden esperar?
- ¿ Que problemas son responsabilidad enfermera y cuales deben referirse a otro profesional ?
- ¿ Que problemas se tratarán usando planes de cuidados estandarizados ?

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 1. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

Según Maslow podemos clasificar las prioridades en cinco apartados:

##### **PRIORIDAD 1 NECESIDADES FISIOLÓGICAS**

Problemas que representan una amenaza para la respiración, circulación, nutrición, hidratación, eliminación, regulación térmica, etc.

##### **PRIORIDAD 2 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN**

Amenaza a la protección y seguridad, como pueden ser los problemas ambientales.

##### **PRIORIDAD 3 AMOR Y PERTENENCIA**

Todos aquellos problemas que suponen un atentado contra el sentirse amado, la pertenencia a un grupo, etc.

##### **PRIORIDAD 4 AUTOESTIMA**

Se valora como problema todas aquellas situaciones que impiden llevar a cabo actividades habituales.

##### **PRIORIDAD 5 AUTORREALIZACION**

Problemas que representa una amenaza para la habilidad de lograr los objetivos personales.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

El proceso enfermero, como característica definitoria, está centrado y dirigido a que el paciente obtenga unos **resultados esperados, que buscaremos lograr con la provisión de** nuestros cuidados.

Para la formulación de los objetivos usaremos la metodología del libro de la Clasificación de Resultados de Enfermería, más conocido como NOC (Nursing Outcomes Classifications),

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

##### CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

Tras la valoración del paciente y una vez identificados los problemas de salud y formulado el diagnóstico enfermero,

habrá que elegir los resultados e indicadores buscados en el paciente,

con el objetivo de resolver estos problemas de salud.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

##### CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

La característica esencial e inherente al proceso enfermero es que este está centrado y dirigido a que el usuario obtenga unos resultados con la provisión de los cuidados.

Los objetivos están centrados en el paciente y deben formularse antes de determinar y ejecutar las intervenciones enfermeras para dirigir estas hacia la consecución de resultados.

Una vez llevadas a cabo las intervenciones enfermeras y actividades adecuadas, se valorará de nuevo el resultado.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

##### CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

Un resultado se define como “ Un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide de manera continua en respuesta a una intervención enfermera”

Cada resultado representa un concepto que puede utilizarse para evaluar el estado de un paciente, cuidador familiar, familia o comunidad y los efectos de las intervenciones enfermeras.

Los resultados describen de esta forma, el estado del paciente tras una intervención y sirven pues, como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

##### CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

El año 1991 se creó un equipo de investigación.  
Marion Jonson y Meridean Maas (Profesoras de la Facultad de Enfermería de la University de Iowa)

Desarrollaron una clasificación de los resultados de los pacientes que se correlacionan con los diagnósticos enfermeros.

El trabajo del equipo de investigación dio como resultado la

##### Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

Clasificación global y estandarizada de los resultados de las intervenciones enfermeras, publicada por vez primera en 1997.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

##### CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

La Clasificación de Resultados de Enfermería NOC presenta una terminología estandarizada y medidas para los resultados de enfermería consecuencia de las intervenciones enfermeras.

Esta clasificación se actualiza continuamente.

En la actualidad, la NOC camina por la tercera edición publicada en el año 2004 (Jonson m, Mass M & Moorhead S).

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

##### CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

###### Tipos de resultados

En la clasificación los resultados se presentan para su uso a nivel:

\*Individual

\*Familiar y comunitario

\*Poblacional

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

##### CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

###### Importancia de fijar resultados

1. Son los instrumentos de medición del plan de cuidados.
2. El éxito del plan de cuidados depende de si se alcanzaron los resultados esperados.
3. Dirigen las intervenciones, primero se plantean los resultados a conseguir y luego como se conseguirán.
4. Son elementos motivadores, todos los miembros del equipo conocen la meta a conseguir y dirigen sus esfuerzos a ello.



### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

##### CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

###### Objetivos de los resultados

1. Resolver el problema del paciente, familia o comunidad.
2. Mejorar el problema.
3. Evitar la aparición del problema.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

##### CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

Cada resultado NOC contiene los siguientes elementos:

1. Nombre de identificación y código (etiqueta).
2. Dominio y clase en el que está clasificado y la escala de medida.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

##### CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

Existen 7 dominios:

- Salud Funcional
- Salud Fisiológica
- Salud Psicosocial
- Conocimientos y Comportamientos de Salud
- Salud Percibida
- Salud Familiar
- Salud Comunitaria

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

##### CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

La clase hace referencia al bloque de resultados en función de la necesidad alterada, por ejemplo: movilidad, nutrición, eliminación, etc.

\* Definición breve y concisa.

\* Lista de indicadores para evaluar el estado del paciente, familiar cuidador o comunidad en relación al resultado.

El indicador es pues, el estado, conducta o percepción del individuo, familia o comunidad más específico que sirve como base para medir un resultado.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

##### CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

Las escalas permiten medir el estado del resultado en cada punto de un continuo, desde el más negativo al más positivo, así como la identificación de cambios en el estado del paciente en diferentes puntos.

La clasificación consta de 13 escalas de medición.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

##### CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

Ejemplo: Tipos de escalas

1 = Gravemente comprometido	a	5 = No comprometido
1 = Inadecuado	a	5 = Completamente adecuado

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

##### CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

###### Ventajas de la NOC

1. Etiqueta y provee medidas para resultados comprensivos que responden a las intervenciones de Enfermería.
2. Define los resultados que se centra en el paciente y pueden ser usados tanto por Enfermería como por otros profesionales.
3. Provee información más específica sobre resultados que los resultados globales del estado de salud.
4. Provee resultados intermedios en el logro de resultados a largo plazo.
5. Provee información cuantificable sobre resultados logrados por el paciente en una organización o sistema sanitario.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

##### CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

TAXONOMÍA NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería NOC, Moorhead, Jonson & Maas, 3ª edición 2004).

Es una organización sistemática de resultados en grupos o categorías basada en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados.

Los resultados NOC se reúnen en una taxonomía codificada que los organiza dentro de un marco conceptual para facilitar su localización.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

##### CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

Están agrupadas en cinco niveles:

7 dominios:

Salud Funcional, Salud Fisiológica, Salud Psicosocial, Conocimientos y Comportamientos de Salud, Salud Percibida, Salud Familiar y Salud Comunitaria.

31 clases.

330 resultados.

Indicadores.

Medidas.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

##### CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

Todos los elementos de la taxonomía están codificados, incluyendo las escalas de medición.

Cada resultado tiene un código de 4 dígitos; los indicadores se codifican añadiendo dos dígitos más al código de su respectivo resultado.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

##### CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

###### DOMINIO 1: SALUD FUNCIONAL

###### CLASES:

- A. Mantenimiento de la energía
- B. Crecimiento y desarrollo
- C. Movilidad
- D. Autocuidado

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

##### CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)

###### DOMINIO 2: SALUD FISIOLÓGICA

###### CLASES:

- |                            |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| E. Cardiopulmonar          | J. Neurocognitiva.        |
| F. Eliminación.            | K. Nutrición.             |
| G. Líquidos y electrolitos | L. Integridad tisular.    |
| H. Respuesta inmune        | Y. Respuesta terapéutica. |
| I. Regulación metabólica.  | a. Función sensitiva.     |

**CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)**

**DOMINIO 3: SALUD PSICOSOCIAL**

**CLASES:**

- M. Bienestar psicológico
- N. Adaptación psicosocial
- O. O. Autocontrol
- P. Interacción social

**DOMINIO 4: CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE SALUD**

**CLASES:**

- Q. Conducta de salud
- R. Creencias sobre la salud
- S. Conocimientos sobre salud.
- T. Control del riesgo y seguridad.

**CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)**

**DOMINIO 5: SALUD PERCIBIDA.**

**CLASES:**

- U. Salud y calidad de vida
- V. Sintomatología.
- e. Satisfacción con los cuidados.

**DOMINIO 6: SALUD FAMILIAR**

**CLASES:**

- W. Ejecución del cuidador familiar.
- Z. Estado de salud de los miembros de la familia.
- X. Bienestar familiar.
- D. Ser padre.

**DOMINIO 7: SALUD COMUNITARIA**

**CLASES:**

- b. Bienestar comunitario
- c. Protección de la salud comunitaria

**III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS**  
EJEMPLOS DE DOMINIO, CLASE Y RESULTADO

**DOMINIO 1: SALUD FUNCIONAL**

Resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida.

**CLASES:**

<p><b>A. Mantenimiento de la energía</b>                  Resultados que describen la recuperación, conservación y gasto de la energía de un individuo.</p>	<p><b>B. Crecimiento y desarrollo</b>                  Resultados que describen la maduración física, emocional y social de un individuo.</p>
---	---

**RESULTADOS:**

0002- Conservación de la energía.	0117- Adaptación del prematuro.
0003- Descanso	0118- Adaptación del recién nacido.
0006- Energía psicomotora.	0110- Crecimiento.
0001- Resistencia.	0120- Desarrollo infantil 1 mes.
0004- Sueño.	0113- Maduración física.
0005- Tolerancia a la actividad	0119- Funcionamiento sexual.
	0116- Participación en juegos.

**III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS**

EJEMPLO DE INDICADORES PARA UN RESULTADO

RESULTADO: MOVILIDAD (0208)

DOMINIO: SALUD FUNCIONAL (1).

CLASE: MOVILIDAD (C)

ESCALA (Likert): De gravemente comprometido hasta no comprometido.

*Definición:*

Capacidad para moverse con resolución en el entorno independiente con o sin mecanismo de ayuda.

*Puntuación diána del resultado:*

Mantener a: \_\_\_\_\_ Aumentar a: \_\_\_\_\_

Puntuación:	GRAVEMENTE COMPROMETIDO	SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO	MODERADAMENTE COMPROMETIDO	LEVEMENTE COMPROMETIDO	NO COMPROMETIDO
Indicador					
020801					
Mantenimiento del equilibrio	1	2	3	4	5
020810					
Marcha	1	2	3	4	5
020803					
Movimiento muscular	1	2	3	4	5



### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

Las Intervenciones Enfermeras son aquellas actuaciones que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados.

Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia la causa de los problemas, es decir, deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

Una intervención se define como “cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer los resultados esperados del paciente / cliente”.

Las intervenciones enfermeras  
“incluyen todas las intervenciones ejecutadas por las enfermeras, tanto los cuidados directos como los indirectos, dirigidos a los individuos, la familia o la comunidad, ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras, los médicos o por otros profesionales proveedores de cuidados”

(McCloskey & Bulechek, 2004,)

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS  
3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

*La utilidad de la aplicación de intervenciones enfermeras radica en:*

- \* Permite controlar el estado de salud.
- \* Reduce los riesgos de error en la aplicación de los cuidados.
- \* Permite resolver, prevenir o manejar mejor los problemas valorados.
- \* Promueve una sensación óptima de bienestar físico y espiritual.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS  
3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS  
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987.

Formación de un equipo de investigación conducido por Joanne McCloskey y Gloria Bulechek en la University of Iowa.

El equipo desarrolló la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras, publicada por vez primera en 1992.

En la actualidad, la NIC camina por la cuarta edición publicada en el año 2004 (Dochterman & Bulechek).

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

##### Categorías de intervenciones.

La clasificación incluye intervenciones que los enfermeros / as realizan a los pacientes y que se pueden categorizar en:

- \*Intervenciones de Enfermería de cuidado directo
- \*Intervenciones de Enfermería de cuidado indirecto
- \*Intervenciones independientes
- \*Intervenciones interdependientes o de colaboración

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

##### Intervenciones de Enfermería de cuidado directo:

Consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente.

La intervención de Enfermería directa comprende acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales.

##### Ejemplos

Cuidados de la sonda gastrointestinal.  
Cuidados del sitio de incisión.  
Cuidados de la ostomía.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

##### Intervenciones de Enfermería de cuidado indirecto:

Es un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio del mismo.

Incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinar con otros profesionales.

Estas acciones apoyan y complementan la eficacia de las Intervenciones de Enfermería Directas.

Ejemplos : Interpretación de datos de laboratorio.  
Planificación del alta.  
Informe de turnos.  
Preparación del material

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

##### Intervenciones independientes:

Son una intervenciones iniciadas por un enfermero / a en respuesta a un diagnóstico de enfermería; se trata de una acción autónoma basada en fundamentos científicos que es ejecutada en beneficio del paciente en una forma previsible relacionada con el diagnóstico de enfermería y los resultados proyectados.

Ejemplos: Cuidados de la incontinencia intestinal.  
Prevención de úlceras por presión.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

##### Intervenciones interdependientes o de colaboración:

Son intervenciones iniciadas por el médico en respuesta a un diagnóstico médico, pero llevada a cabo por un profesional de Enfermería (en respuesta a “una orden del médico”).

Los profesionales también pueden llevar a cabo tratamientos iniciados por otros proveedores de cuidados, como farmacéuticos, fisioterapeutas, etc.

Ejemplos:      Administración de medicación parenteral  
                         Manejo de la hiperglucemia.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Las actividades de enfermería son aquellas acciones específicas que realiza la enfermera para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a avanzar hacia el resultado deseado.

Las actividades de enfermería se traducen en una acción concreta. Para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

##### Elementos de las intervenciones.

Las 514 intervenciones que aparecen en la Clasificación de la 4ª edición, lo hacen listadas con:

- \* Nombre o etiqueta
- \* Definición
- \* Grupo de actividades para realizar la intervención.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Las intervenciones se seleccionan en función de diagnósticos de enfermería concretos.

La intervención está dirigida a alterar los factores etiológicos (factores relacionados de la taxonomía NANDA) asociados al diagnóstico.

No siempre es posible cambiar los factores etiológicos y cuando se puede, es necesario tratar los signos y síntomas (características definitorias).

Para los diagnósticos de riesgo la intervención va dirigida a modificar o eliminar los factores de riesgo.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

##### CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

###### VENTAJAS DE LA NIC.

Estandariza los tratamientos realizados por los enfermeros / as.

Facilita la comunicación entre enfermeros, entre enfermeros y otros miembros del equipo de salud y entre enfermeros y pacientes.

Describe la práctica de enfermería.

Facilita la continuidad del cuidado.

Provee a enfermería, de un lenguaje de tratamientos, que es esencial para la historia informatizada.

Es útil tanto para la planificación de cuidados como para su documentación.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

##### CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

###### VENTAJAS DE LA NIC.

Puede ser actualizada en el nivel de actividades para facilitar los planes de cuidados individualizados.

Facilita la toma de decisiones clínicas de los enfermeros y la enseñanza de este proceso a los estudiantes.

Permite el estudio de la efectividad y del coste de los tratamientos de enfermería.

Facilita a los enfermeros las investigaciones sobre resultados del cuidado.

Cada intervención NIC puede ser vinculada a los diagnósticos NANDA y resultados NOC.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS  
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

TAXONOMÍA NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC, J. McCloskey & G. Bulechek, 4ª edición 2004)

Las intervenciones están organizadas en:

7 campos: Son el nivel más abstracto y están numerados del 1 al 7.  
Son: Fisiológico Básico, Fisiológico Complejo, Conductual, Seguridad, Familia, Sistema Sanitario y Comunidad.

30 clases: Cada campo incluye clases, identificadas por una letra por orden alfabético.

514 intervenciones: cada clase incluye un grupo de intervenciones relacionadas, cada una con un código único de 4 números.

Más de 12.000 actividades

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS  
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

En la taxonomía solo se utilizan las etiquetas de las intervenciones.

Las intervenciones NIC han sido vinculadas con los Diagnósticos de Enfermería NANDA y con los resultados de Enfermería NOC.



III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS  
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Clasificación taxonómica NIC (campos y clases).

Campo 1. Fisiológico básico.

Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.

Clases:

Control de actividad y ejercicio: Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el grado de energía.

Control de la eliminación: Intervenciones para establecer y mantener las pautas de eliminación intestinal y urinaria regulares y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.

Control de inmovilidad: Intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas.

Apoyo nutricional: Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional.

Fomento de la comodidad física: Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas.

Facilitación de los autocuidados: Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida diaria.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS  
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Clasificación taxonómica NIC (campos y clases).

Campo 2. Fisiológico complejo.

Cuidados que apoyan la regulación homeostática.

Clases:

Control de electrolitos y ácido – base: Intervenciones para regular el equilibrio de electrolitos y ácido – base y prevenir complicaciones.

Control de fármacos: Intervenciones para facilitar los efectos desados de agentes farmacológicos.

Control neurológico: Intervenciones que optimizan las funciones neurológicas.

Cuidados perioperatorios: Intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante y después de la cirugía.

Control respiratorio: Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.

Control de la piel / heridas: Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos:

Termorregulación: Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales.

Control de la perfusión tisular. Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS  
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Clasificación taxonómica NIC (campos y clases).

Campo 3. Conductual.

Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilos de vida.

Clases:

Terapia conductual: Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o modificar conductas indeseables.

Terapia cognitiva: Intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o modificar el funcionamiento cognitivo indeseable.

Potenciación de la comunicación: Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales.

Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles: Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.

Educación de los pacientes: Intervenciones para facilitar el aprendizaje.

Fomentar la comodidad psicológica: Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS  
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Clasificación taxonómica NIC (campos y clases).

Campo 4. Seguridad.

Cuidados que apoyan la protección contra peligros.

Clases:

Control en casos de crisis: Intervenciones para proporcionar una ayuda inmediata a corto plazo en casos de crisis fisiológicas o psicológicas.

Control de riesgos: Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Clasificación taxonómica NIC (campos y clases).

Campo 5. Familia.

Cuidados que apoyan la unidad familiar.

Clases:

Cuidados de un nuevo bebé: Intervenciones para ayudar a la preparación al parto y controlar los cambios psicológicos y fisiológicos antes, durante y después del parto.

Cuidados de crianza de un nuevo bebé: Intervenciones para ayudar a la crianza de los niños.

Cuidados de la vida: Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda la vida.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Clasificación taxonómica NIC (campos y clases).

Campo 6. Sistema sanitario.

Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación del sistema de asistencia sanitaria

Clases:

Mediación del sistema sanitario: Intervenciones para facilitar el encuentro entre el paciente / familia y sistema de asistencia sanitaria.

Gestión del sistema sanitario: Intervenciones para proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para el suministro de cuidados.

Control de la información: Intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS  
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Clasificación taxonómica NIC (campos y clases).

**Campo 7. Comunidad.**

Cuidados que apoyan la salud de la comunidad.

**Clases:**

Fomento de la salud de la comunidad: Intervenciones que fomentan la salud de la comunidad.

Control de riesgos de la comunidad: Intervenciones que ayudan a detectar o prevenir riesgos sanitarios en el conjunto de la comunidad

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS  
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).  
EJEMPLO DE CAMPO, CLASE E INTERVENCIONES:

**CAMPO:** FISIOLÓGICO BÁSICO. (Cuidados que apoyan el funcionamiento básico).

**CLASE:** CONTROL DE LA ELIMINACIÓN (Intervenciones para establecer y mantener las pautas de eliminación intestinal y urinaria regulares y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas).

**INTERVENCIONES:**

- 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo
- 0410 Cuidados de incontinencia intestinal.
- 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria.
- 0480 Cuidados de la ostomía.
- 0620 Cuidados en la retención urinaria.
- 1876 Cuidados del catéter urinario.
- 0600 Entrenamiento del hábito urinario
- 0440 Entrenamiento intestinal
- 0580 Sondaje vesical
- 0420 Irrigación intestinal
- etc

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### 3. ESTABLECIMIENTO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

##### CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

##### EJEMPLO DE ACTIVIDADES PARA UNA INTERVENCIÓN ENFERMERA

##### INTERVENCIÓN: 1876 CUIDADOS DEL CATÉTER URINARIO

DEFINICIÓN: Actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario.

##### ACTIVIDADES:

- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.
- Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.
- Irrigar el sistema de catéter urinario mediante técnica estéril, si procede.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Limpiar el catéter urinario por fuera del meato.
- Anotar las características del líquido drenado.
- Fijar el catéter suprapúbico o de retención, según ordenes.
- Vaciar el dispositivo de drenaje urinario en los intervalos especificados.
- Obtener muestra de orina por el orificio del sistema de drenaje urinario cerrado.
- Observar si hay distensión vesical.
- Etc.

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### INTERRELACIONES NANDA / NIC / NOC

Las interrelaciones entre los diagnósticos NANDA y lo resultados NOC indican las relaciones entre el problema o estado actual del paciente y los aspectos del problema o estado que se espera resolver o mejorar mediante una o más intervenciones.

Las relaciones entre los diagnósticos NANDA y las intervenciones NIC indican la asociación entre el problema del paciente y las acciones enfermeras que resolverán o disminuirán el problema

Las relaciones entre los resultados NOC y las intervenciones NIC indican una asociación parecida a la que existe entre la resolución de un problema y las acciones enfermeras dirigidas a la resolución del mismo, es decir, el resultado sobre el que se espera que influya una intervención.

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS  
INTERRELACIONES NANDA / NIC / NOC

En la actualidad, la publicación que interrelaciona los diagnósticos enfermeros, los resultados y las intervenciones enfermeras camina por la 2ª edición, publicada en 2007  
( M. Jonson, G. Bulechek, H. Butcher, J.M. Dochterman, M. Maas, S. Moorhead y E. Swanson ).

III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS  
EJEMPLO DE INTERRELACIONES NANDA / NIC / NOC.

**DIAGNÓSTICO ENFERMERO:**  
DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO (NANDA), relacionado con la absorción inadecuada de nutrientes y una ingesta inadecuada.  
**RESULTADOS ENFERMEROS (NOC):**

Estado nutricional: ingesta alimentaria y de líquidos ( NOC 1008).

Indicador: Ingesta alimentaria oral (100801)

Escala: 1. Inadecuada.

- ( Likert) 2. Ligeramente adecuada.  
3. Moderadamente adecuada.  
4. Sustancialmente adecuada.  
5. Totalmente adecuada

Indicador: Ingesta de líquidos oral (100803).

Escala: 1. Inadecuada.

- ( Likert) 2. Ligeramente adecuada.  
3. Moderadamente adecuada.  
4. Sustancialmente adecuada.  
5. Totalmente adecuada

### III FASE PAE: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

#### INTERVENCIÓN ENFERMERA (NIC):

Terapia nutricional (NIC 1120).

Definición: Administración de alimentos y líquidos para apoyar los procesos metabólicos en un paciente malnutrido o con alto riesgo de malnutrición.

#### Actividades para esta intervención:

- Controlar los alimentos / líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria.
- Determinar - en colaboración con el dietista, si procede- el nº de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.
- Determinar las preferencias de comidas del paciente considerando las preferencias culturales y religiosas.
- Determinar la necesidad de alimentación por sonda nasogástrica.
- Seleccionar preparados (batidos y preparados) para complementar la nutrición.
- Animar al paciente a que seleccione alimentos semiblandos si la falta de saliva dificulta la deglución.
- Fomentar la ingesta de alimentos ricos en calcio o potasio, si procede.
- Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
- Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.
- Administrar líquidos que garanticen la correcta hidratación.
- Estructurar el ambiente para crear una atmósfera agradable y relajante.
- Presentar la comida de manera atractiva y agradable.
- Proporcionar cuidados bucales antes de la comida, si es necesario.
- Explicar al paciente y a la familia la dieta prescrita.
- Dar al paciente y a la familia ejemplos escritos de la dieta prescrita.

### PLANES DE CUIDADOS

Los planes de cuidados constituyen la expresión escrita del proceso enfermero y es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados e intervenciones de enfermería mediante una documentación adecuada.

## PLANES DE CUIDADOS

El plan de cuidados es pues, un instrumento para:

1. Documentar y comunicar la situación del paciente.
2. Asegurar la continuidad de cuidados incorporando a los mismos los lenguajes enfermeros normalizados con los que contamos en la actualidad:

Las etiquetas diagnósticas NANDA, en función de los problemas de salud identificados en la fase de valoración.

Los Resultados NOC y sus indicadores para cada una de las etiquetas diagnósticas NANDA de los planes de cuidados.

Las Intervenciones NIC y sus actividades para cada una de las etiquetas recogidas en los planes de cuidados.

3. Asegurar una comunicación efectiva entre los profesionales de los dos niveles asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada)

## PLANES DE CUIDADOS

### TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS

- A. Planes de cuidados individualizados.
- B. Planes de cuidados estandarizados.
- C. Planes de cuidados estandarizados con posibilidad de individualización.



## PLANES DE CUIDADOS

### TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS

#### Planes de cuidados individualizados.

Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Es más lento de elaborar y poco práctico para el trabajo que actualmente se desarrolla en nuestro sistema público.

## PLANES DE CUIDADOS

### TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS

#### Planes de cuidados estandarizados.

Son guías o protocolos de cuidados apropiados para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con una enfermedad, un procedimiento quirúrgico, diagnóstico o terapéutico. Este tipo de planes de cuidados suelen estar, hoy en día informatizados.

## PLANES DE CUIDADOS

### TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS

Planes de cuidados estandarizados con posibilidad de individualización.

Se trata de planes estandarizados que permiten añadir, suprimir o modificar datos ( relativos a valoración, diagnósticos, resultados o intervenciones enfermeras) en función de las características particulares de cada paciente.

## PLANES DE CUIDADOS

A la hora de estandarizar los cuidados de enfermería uno de los puntos más importantes es la correcta definición del perfil de nuestro paciente estándar, que permita la correcta asignación del plan de cuidados en función del motivo de ingreso o de asistencia (enfermedad, procedimiento quirúrgico, diagnóstico o terapéutico).

## PLANES DE CUIDADOS

### Método Individualizado

- Valoración inicial (Entrevista / observación / exploración física).
- Detección de Necesidades alteradas mediante diagnósticos de enfermería o problemas de colaboración (NANDA).
  - Formulación de objetivos/ resultados con el paciente (NOC).
- Planificación de intervenciones y actividades de enfermería (NIC).
- Ejecución de las actividades conforme a la prescripción y pauta.
  - Registro de las actividades realizadas.
    - Evaluación continua

## PLANES DE CUIDADOS

### Método Estandarizado

- \* Asignación del Plan de Cuidados en función del motivo de ingreso. La valoración inicial es utilizada como método de ajuste del Plan de Cuidados asignado al ingreso en función del proceso asistencial principal.
- \* Establecimiento de diagnósticos enfermeros (NANDA) / problemas de colaboración, resultados (NOC) e intervenciones enfermeras (NIC), conforme al Plan de Cuidados estandarizado.
- \* Ejecución de las actividades al conforme Plan de Cuidados estandarizado.
  - \* Registro de las actividades realizadas.
- \* Evaluación en cada día de estancia de la persona, ajustando el plan estándar.
- \* La continuidad de cuidados entre los dos niveles asistenciales asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada), se establece a través del Informe de Enfermería al Alta.

## PLANES DE CUIDADOS

### CONCLUSIONES.

1. Cualquier plan de cuidados debe contener:

Diagnósticos de enfermería (NANDA).  
Resultados esperados (NOC).  
Intervenciones prescritas (NIC).  
Evaluación de los resultados (NOC).

2. La aplicación de los planes de cuidados basados en NANDA, NIC, NOC, permitirán a los profesionales de enfermería tener un lenguaje común, valorar los resultados de enfermería de modo similar y disminuir la variabilidad en el arte del cuidado diario.

3. La evaluación del plan de cuidados (NOC) no se sitúa en un orden cronológico al final del plan, sino que constituye un proceso continuo de carácter cíclico.

# Manual de Protocolos y Procedimientos de Actuación de Enfermería Nefrológica

Proyecto promovido, diseñado y dirigido  
por la Junta Directiva de la Sociedad Española  
de Enfermería Nefrológica

---

- **Presidente:** *D. Rodolfo Crespo Montero*
- **Vicepresidente:** *D. Jesús Muñoz Poyato*
- **Secretario:** *D. Rafael Casas Cuesta*
- **Tesorera:** *Dña. Encarna López Bermúdez*
- **Vocales**
  - *Dña. Antonia Guillén i Serra*
  - *D. Jesús Lucas Martín Espejo*
  - *Dña. Raquel Menezo Viadero*
  - *D. Esteban Merchán Mayado*
  - *Dña. M.ª Victoria Miranda Camarero*
  - *Dña. M.ª José Puga Mira*
- **Coordinador General del Proyecto**  
*D. Jesús Muñoz Poyato*



Sociedad Española  
de Enfermería Nefrológica

Edita: GRUPO E. ENTHEOS S. L.  
Paseo de la Castellana, 210-10º-7  
28046-Madrid

© 2001 SEDEN

© 2001 Por la presente edición JANSSEN-CILAG

Depósito legal: M-39912-2001

*No está permitida la reproducción total o parcial del presente libro, ni su tratamiento informático, ni su transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.*



Sociedad Española  
de Enfermería Nefrológica

# Manual de Protocolos y Procedimientos de Actuación de Enfermería Nefrológica

**Coordinador:** *D. Jesús Muñoz Poyato*

Con la colaboración de  
 JANSSEN-CILAG





# Índice de Protocolos

<b>Introducción del Presidente.....</b>	<b>7</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>11</b>
<b>1) Protocolo de atención de enfermería a pacientes nefrológicos en consultas externas.....</b>	<b>17</b>
<b>2) Protocolo de atención de enfermería a pacientes en tratamiento con hemodiálisis.....</b>	<b>39</b>
<b>3) Protocolo de atención de enfermería a pacientes dializados con otras técnicas de depuración extrarrenal.....</b>	<b>159</b>
<b>4) Protocolo de atención de enfermería a pacientes agudos: otras técnicas de depuración extracorpórea.....</b>	<b>185</b>
<b>5) Protocolo de atención de enfermería a pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal.....</b>	<b>215</b>
<b>6) Protocolo de atención de enfermería a pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria.....</b>	<b>269</b>
<b>7) Protocolo de atención de enfermería a pacientes nefrológicos hospitalizados.....</b>	<b>309</b>
<b>8) Protocolos de atención de enfermería a pacientes con trasplante renal.....</b>	<b>349</b>
<b>Índice de abreviaturas.....</b>	<b>399</b>
<b>Índice alfabético.....</b>	<b>401</b>

En 1995, la SEDEN presentó el primer Manual de Protocolos de Actuación de Enfermería Nefrológica. Este manual supuso la culminación de un ambicioso proyecto de la anterior Junta Directiva y el arduo trabajo de un numeroso grupo de colaboradores. Para elaborar dicho manual se configuró un grupo de trabajo formado por enfermeras/os de diferentes puntos de nuestra geografía con el propósito de que los protocolos resultantes unificaran criterios de aplicación de cuidados y sentaran las bases del nivel de calidad mínimo para garantizar una práctica profesional correcta sin perder de vista la realidad cotidiana en la que desempeñamos nuestro trabajo en las diferentes unidades nefrológicas del país.

Con este gran trabajo previo, dar forma a esta segunda edición, ha sido sencillo. Se han revisado y actualizado aquellas actividades que, debido a los avances de la ciencia, el desarrollo tecnológico o el distinto enfoque científico de un problema conocido, han cambiado a lo largo de los últimos cinco años. Pero es, en la estructura y el formato, donde más novedades presenta esta edición. De acuerdo a opiniones contrastadas de expertos, en el momento presente, la enumeración de una serie de acciones encaminadas al desarrollo de una actividad básica o una técnica, responde al concepto de procedimiento y una serie de procedimientos que persiguen un mismo objetivo asistencial, representan un protocolo.

Así, el manual está dividido en siete protocolos: el paciente con insuficiencia renal progresiva, el paciente en hemodiálisis, las técnicas especiales alternativas a la hemodiálisis convencional, el paciente agudo y las técnicas de depuración extracorpóreas aplicadas al mismo, el paciente en diálisis peritoneal, el paciente en diálisis peritoneal continua ambulatoria, el paciente nefrológico hospitalizado y el paciente con trasplante renal. Estos protocolos contienen los procedimientos específicos necesarios para conseguir el objetivo enunciado.

Pensamos que esta segunda edición, al igual que fue la primera, será de gran ayuda en los cuidados del paciente renal, pues la utilización de procedimientos y protocolos ha venido a convertirse en un instrumento imprescindible en la práctica asistencial diaria. La actual complejidad de la asistencia y procesos sanitarios obliga a disponer de definiciones que permitan la estandarización de actividades, la regulación de circuitos y unificación de las normas de funcionamiento y organización de las instituciones.

La evolución profesional del colectivo de enfermería nefrológica ha ido acompañada siempre de la consecución de avances tanto en el campo del conocimiento como en el de la responsabilidad. Por tanto, no podemos olvidar que al diseñar un protocolo estamos estableciendo el nivel mínimo de calidad que consideramos aceptable, y que como ejemplo de nuestra autonomía profesional en realidad lo que estamos haciendo es establecer las propias normas que regulan el ejercicio de la profesión, en el contexto de nuestra realidad y la disponibilidad de medios en nuestro sistema asistencial.

Este manual está acreditado por la SEDEN, y a ésta pertenecen los derechos de autor, aunque en su realización hayan intervenido un amplio grupo de profesionales en distintas fases. Supone además, una herramienta de consulta y una valiosa guía de actuación profesional, aplicable en cualquier lugar del Estado Español donde se preste atención sanitaria al paciente renal. Por tanto, el seguimiento de estos protocolos garantizará un correcto y responsable ejercicio profesional.

Quisiera expresar mi agradecimiento a todos los profesionales de enfermería nefrológica que han trabajado en la confección del Manual, y en especial a los Vocales de la actual junta directiva que han sido los coordinadores del grupo de expertos que ha efectuado esta revisión.

Por último quiero agradecer a Janssen-Cilag S.A., y como no a Xavier Moix, su inestimable colaboración y apoyo, más allá de lo estrictamente profesional, en la edición de este Manual de Protocolos y Procedimientos de Enfermería Nefrológica. El papel que Janssen-Cilag viene desempeñando en la formación de la enfermería nefrológica, debe ser valorado en el momento presente, como excepcional. Gracias.

**Rodolfo Crespo Montero**

Presidente de SEDEN

## **Nueva estructura del Manual**

Ante la evidencia de una necesidad sentida por gran parte de los profesionales de enfermería de nuestra área asistencial de organizar los cuidados de enfermería proporcionados en los Servicios de Nefrología y Hemodiálisis, se ha considerado la posibilidad de unificar criterios en cuanto a su protocolización, para lo que se ha optado por identificar protocolos de cuidados que consideren las diversas situaciones de salud y terapéuticas con el fin de definir la aportación específica de la Enfermería, incorporando una estructura matriz uniforme, de calidad y consensuada por los diversos grupos de profesionales que en su redacción han intervenido y para los cuales se han especificado las siguientes consideraciones y criterios de cumplimiento en su elaboración:

## **Concepto**

Un Protocolo en Enfermería es el conjunto de actuaciones que sirven como estrategia para unificar criterios y acordar de forma conjunta el abordaje de diferentes técnicas, terapias y/o problemas de enfermería, basados en la evidencia científica más reciente. Además, permite su utilización como prototipo de media a la hora de evaluar la actuación protocolizada desde el mismo protocolo, es decir, aporta criterios de cumplimiento propios, así como posibles tomas de decisiones.

## **Características**

Para que los Protocolos puedan ser considerados de calidad deberán cumplir los siguientes requisitos:

- Ser ordenados.
- Precisos.
- Detallados.
- Simples.
- Escritos.
- Utilicen un formato único.

Describen actuaciones ordenadas en el tiempo con la finalidad de cubrir todo el proceso necesario para una determinada activi-

dad en la que intervenga el personal de enfermería, pudiendo esta actividad pertenecer al área de conocimiento propia, o de colaboración con otros profesionales.

Al confeccionar un Protocolo debe recogerse de forma resumida y ordenada el conjunto de datos, tareas y actividades a realizar y no sólo las de la técnica concreta.

- Los Protocolos nos proporcionan directrices para la toma de decisiones.
- Deben estar redactados por los profesionales que las utilizarán.
- Su finalidad es verificar criterios de actuación ante un mismo proceso, evitando actuaciones “según arte”.

Para su elaboración deberán considerarse los componentes básicos de la calidad, tanto percibida como científico-técnica, pudiendo hacerlo a tres niveles:

• **Estructura:**

Definiendo los recursos necesarios esenciales que deben estar presentes para que el profesional pueda llevar a cabo sus actuaciones. En ocasiones, este nivel quedará representado por el descrito en los procedimientos generales o específicos utilizados en su desarrollo y que deberán estar citados en el texto.

• **Proceso:**

Describiendo qué, cómo y cuándo deben realizarse las actividades a los pacientes.

• **Resultado:**

Definiendo el cambio esperado o la conducta a observar en el estado de salud, nivel de independencia en los cuidados y su entorno mediante los cuidados de enfermería, así como el grado de satisfacción del paciente.

**Estructura de los Protocolos:**

Para la elaboración del documento se considera necesario la cumplimentación de, al menos, los siguientes apartados:

• **Título:**

Suficientemente descriptivo y excluyente.

- **Código:**

Alfanumérico.

- **Población diana:**

Segmento poblacional al que va dirigido, pudiendo detallar su impacto y frecuencia de uso.

- **Descripción de la situación clínica:**

Donde de forma somera se podrá realizar una descripción conceptual del problema, situación terapéutica o técnica diagnóstica y que servirá para colocarnos en situación.

- **Problemas del paciente:**

En forma de diagnósticos de enfermería o etiquetas diagnósticas.

- **Objetivos a conseguir en el paciente:**

Orientado desde el punto de vista de cuidados, representa los resultados esperados en el paciente, prueba o situación diagnóstica o terapéutica.

- **Intervenciones de enfermería:**

Donde se detallarán de forma lógica, cronológica y ordenada cada una de las acciones, procedimientos, etc., que se realizarán al paciente, o el desarrollo de un proceso técnico determinado, donde se especificará la temporalización de las acciones concretas, pautas, frecuencia, etc., y la posible toma de decisiones, explicitando los criterios que deberán cumplirse para ello.

- **Observaciones:**

Se consideran como los puntos de interés, recordatorios o de ampliación de la situación de cuidados. No son necesarios aunque sí convenientes. No son evaluables.

- **Evidencia científica:**

Representa la aportación bibliográfica en la que se fundamenta la propia Guía, y deberá ser suficientemente explícita y pertinente para asegurar la calidad científico-técnica de los cuidados proporcionados. Deberá ser lo suficientemente exhaustiva como para asegurar que lo que hemos planificado

es lo mejor que se puede hacer para esa situación y está científicamente demostrado. Deberá ser citada de acuerdo a las normas para las publicaciones biomédicas, siendo preferibles las basadas en revisiones sistemáticas disponibles.

- **Normas de proceso:**

Conjunto de normas que deberán cumplirse durante la dinámica de aplicación del protocolo, condiciones indispensables para el desarrollo eficiente del mismo.

- **Diagrama de proceso:**

Puede expresarse de forma gráfica como un diagrama de flujo el dinamismo del proceso, especificando las acciones, requerimientos, documentos y actores dentro del mismo, mediante símbolos internacionalmente aceptados.

Como complemento podrán anexarse los procedimientos completos que han sido citados en el texto, con el fin de que sirvan de instrumento bibliográfico y de referencia para el profesional, el neófito o para la actualización sistemática de los profesionales.

Igualmente, se han modificado y actualizado gran número de procedimientos, y se ha aplicado una nueva codificación de acuerdo al protocolo en el que se encuentran recogidos.

En la mayoría de los casos se evita diferenciar el personal que realiza la acción, por dos motivos, el primero, legal, ya que todos los cuidados de enfermería corresponden al campo de la responsabilidad de la enfermera; el segundo, de utilidad práctica, ya que las tareas del personal auxiliar son competencia de la enfermera, por lo que puede diferir su cometido de unos servicios a otros.

Esperamos que con esta nueva organización del manual se haya añadido valor práctico y científico al mismo, siendo conscientes de que una nueva revisión podría, sin duda, aportar mejoras sustanciales a esta última edición.

Jesús Muñoz Poyato  
Vicepresidente  
de la SEDEN

José Carlos Gimena Aparicio  
Enfermero Supervisor  
Unidad de Docencia y Calidad  
Hospital Universitario Reina Sofía  
Córdoba



Como esta actualización de Procedimientos y Protocolos está basada en el anterior Manual de Protocolos de Actuación en Enfermería Nefrológica, editado por la Seden en el año 1995, justo es recordar al equipo de trabajo que llevó a cabo el proyecto y marcó el punto de partida de este manual, que espero y confío tenga muchas más revisiones y actualizaciones.

• **Coordinadora del Proyecto anterior (año 1995)**

*M.ª José Ronda García*

• **Asesora Legal del Proyecto anterior**

*Isabel Pera i Fábregas*

Jefe de Unidad del Servicio de Medicina Legal de la Ciudad Sanitaria y Universitaria Vall d'Hebron. Profesora de la E.U.E. Blanquerna. Universidad Ramón Llull y de la E.U.E. de la Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona.

• **Colaboradores del Proyecto anterior**

- *Silvia Alconchel Cabezas*: Fundació Puigvert. Barcelona
- *Charo Álvarez Pérez*: Hospital General. Segovia
- *M.ª José Arnau Vives*: Rr. Ss. Vall d'Hebron. Barcelona
- *Carmen Bosch Llarena*: Hospital General y Clínico. Tenerife
- *Pilar Cabrero Cabornero*: Hospital Santiago Apóstol. Vitoria
- *M.ª Jesús Campos Cuenca*: Hospital Gregorio Marañón. Madrid
- *Eva Casanovas Izquierdo*: Centre Diàlisi Bonanova. Barcelona
- *Rafael Casas Cuesta*: Rr. Ss. Reina Sofía. Córdoba
- *Olga Celadilla Díez*: Hospital La Paz. Madrid
- *M.ª Dolores Contreras Abad*: Rr. Ss. Reina Sofía. Córdoba
- *Kathy Crespo Rivera*: Hospital de Cabueñes. Gijón
- *Rodolfo Crespo Montero*: Rr. Ss. Reina Sofía. Córdoba
- *Natividad Flores Andújar*: Hospital Ramón y Cajal. Madrid
- *Carmen Gálvez Serrano*: Hospital Gregorio Marañón. Madrid
- *Mercedes García López*: Complejo Hospitalario. León
- *M.ª Jesús Garrido Sanz*: Rr. Ss. Vall d'Hebron. Barcelona
- *Cristina Gil Gómez*: Hospital de la Creu Roja. Barcelona
- *Sonia González González*: Hospital Ramón y Cajal. Madrid
- *Paqui Gruart Armangue*: Rr. Ss. Prínceps d'Espanya. Barcelona
- *Ángela Guerra Enríquez*: Hospital Ntra. Sra. del Pino. Las Palmas
- *Antonia Guillén Serra*: Institut Mèdic Barcelona. Barcelona
- *Isabel Hernández Rodríguez*: Hospital General y Clínico. Tenerife
- *Dolores Jiménez del Reino*: Hospital Ramón y Cajal. Madrid
- *Elisabet Lecha Blasco*: Fundació Puigvert. Barcelona
- *Anna Liesa Torre-Marín*: Hospital Parc Taulí. Sabadell
- *M.ª Ángeles López Vilches*: Hospital Gregorio Marañón. Madrid
- *Teresa Lozano Pérez*: Hospital Gregorio Marañón. Madrid

- *Montserrat Marcet Durán*: Hospital Parc Taulí. Sabadell
- *Pilar Martín Pérez*: Hospital Gregorio Marañón. Madrid
- *M.ª Teresa Martínez de Merlo*: Hospital Gregorio Marañón. Madrid
- *Maite Martínez Ruiz*: Hospital La Fe. Valencia
- *Susana Mendinueta Sainz*: Hospital Clínico. Valladolid
- *M.ª Victoria Miranda Camarero*: Hospital Severo Ochoa. Madrid
- *Ascensión Ocaña Colorado*: Hospital Ramón y Cajal. Madrid
- *Julia Ochoa de Ride*: Hospital Santiago Apóstol. Vitoria
- *Eufemiano Pérez del Río*: Hospital Virgen de la Vega. Salamanca
- *M.ª Teresa Pérez Maestro*: Hospital Gregorio Marañón. Madrid
- *M.ª Ángeles Prieto Rodríguez*: Hospital Ramón y Cajal. Madrid
- *Susana Puccini Cabezas*: Hospital de Cabueñes. Gijón
- *Francisca Pulido Agüero*: Hospital Gregorio Marañón. Madrid
- *Josefa Ramírez Vaca*: Hospital Parc Taulí. Sabadell
- *Núria Rius Almoyner*: Fundació Puigvert. Barcelona
- *Ana Rochera Gaya*: Hospital La Fe. Valencia
- *M.ª José Ronda García*: Institut Mèdic Barcelona. Barcelona
- *Josefina Ruiz Pérez*: Hospital Ramón y Cajal. Madrid
- *Elisabet Salaberría Alzúa*: Hospital San Juan de Dios. San Sebastián
- *Isidro Sánchez Villar*: Hospital General y Clínico. Tenerife
- *M.ª Luisa Seoane González*: Hospital Gregorio Marañón. Madrid
- *M.ª José Sequi Vila*: Hospital Gregorio Marañón. Madrid
- *Blanca Valdés Arnaldo*: Baxter, S.A.
- *Pilar Valido Acosta*: Hospital General y Clínico. Tenerife
- *Antonia Viveros Molina*: Hospital Ramón y Cajal. Madrid
- *Teresa Vives Abril*: Hospital del Mar. Barcelona

# PERFIL DEL PACIENTE RENAL SEGÚN TAXONOMÍAS NANDA-NOC-NIC

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

SUÁREZ GUERRA, ANA MARÍA\*; FUENTE GARCÍA, ISABEL\*\*

HOSPITAL SAN AGUSTÍN, AVILÉS

\* (SUPERVISORA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CARDIOLOGÍA, NEFROLOGÍA Y ENDOCRINOLOGÍA), \*\* (SUPERVISORA DE UNIDAD DE HEMODIÁLISIS)

### INTRODUCCIÓN

**Necesidad:** educación del paciente renal que inicia tratamiento en Hemodiálisis.

### OBJETIVOS

1. Utilización del lenguaje enfermero normalizado.
2. Monitorización de la calidad en el proceso de cuidados al paciente renal.
3. Definición del paciente tipo en la Unidad de Hemodiálisis.
4. Implantación y desarrollo de estrategias educativas para el autocuidado.
5. Uso óptimo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.

### MATERIAL Y MÉTODOS

1. Revisión bibliográfica actualizada de la taxonomía NANDA, NOC, NIC.
2. Revisión bibliográfica acerca de la aplicación de los planes de cuidados en la enfermería nefrológica.
3. Identificación de los problemas reales y potenciales más frecuentes en nuestra Unidad de Hemodiálisis. Traducción al lenguaje enfermero.
4. Clasificación de pacientes por dominios, según clase y diagnóstico: paciente tipo.
5. Realización de un documento donde se definen las interrelaciones correspondientes según los resultados esperados y las posibles intervenciones.



DOMINIO	Nº	CLASE	Nº	DIAGNÓSTICO	Nº
PROMOCIÓN DE LA SALUD	1	MANEJO DE LA SALUD	2	MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPEÚTICO	00078
NUTRICIÓN	2	INGESTIÓN	1	DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO	00002
		HIDRATACIÓN	5	RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS	00025
ELIMINACIÓN	3	SISTEMA URINARIO	1	DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA	00016
ACTIVIDAD/REPOSO	4	RESPIR/CARD	4	RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD	00094
AUTOPERCEPCIÓN	6	AUTOESTIMA	2	BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	00153
		IMAGEN CORPORAL	3	TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	00118
ROL/RELACIONES	7	DESEMPEÑO DEL ROL	3	DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL	00052
AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS	9	RESPUESTA DE AFRONTAMIENTO	2	TEMOR	00148
			2	ANSIEDAD	00146
SEGURIDAD/PROTECCIÓN	11	INFECCIÓN	1	RIESGO DE INFECCIÓN	00004
		LESIÓN FÍSICA	2	RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	00047
CONFORT	12	CONFORT FÍSICO	1	NÁUSEAS	00134

### CONCLUSIONES

1. La elaboración de un plan de cuidados y la definición de las necesidades del paciente al inicio de su tratamiento dialítico, mediante el uso de las taxonomías enfermeras, es una adecuada herramienta de homogeneización para el desarrollo de nuestra disciplina.
2. El uso de un lenguaje común facilita la comunicación y el entendimiento.
3. Este método de trabajo y la informatización de la historia clínica, facilitará conocer al paciente renal en una prestación global de cuidados, atendiendo a los diferentes niveles de asistencia y asegurando la continuidad asistencial.



**BIBLIOGRAFÍA**

- García Palacios R, Tejuca Marengo M, Tejuca Marengo A, Carmona Valiente MC, Salces Sáez E, Fuentes Cebada L. Plan de cuidados personalizado aplicando la taxonomía II NANDA, NOC y NIC. Rev. Soc. Esp. Enfermería Nefrológica. 2002; 18: 69-72.
- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2007-2008. Barcelona, Elsevier. 2007.
- Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Madrid, Elsevier. 2007.
- Hospital Universitario Reina Sofía. Planificación de Cuidados. [En línea]. 20 noviembre de 2009. <http://www.unirreinasofia.es/serviciodsalud/salud/hrs/enfermeria/2006/planes\_cuidados.htm>
- Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Planes de cuidados Estandarizados de enfermería. [En línea]. 20 de Noviembre de 2009. <http://www.carloshaya.net/enfermeria/media/lcse.pdf>
- García Palacios R, Tejuca Marengo A, Tejuca Marengo M, Salces Sáez E, Carmona Valiente MC y Fuentes Cebada L. De la teoría a la práctica: registros para el cuidado del paciente renal. Revista electrónica Enfermería Global, nº 5 Noviembre de 2004.



Hospital San Agustín



## Miradas y voces del discurso enfermero

**Autora:** Esperanza Ferrer Ferrandis. Enfermera. Profesora de la Escuela de Enfermería "La Fe" Valencia.

**Dirección de contacto:** C/ 535, nº 55. La Cañada Paterna. 46182 Valencia.

**E-mail:** ferrer\_esp@gva.es

**Resumen:** El ámbito de estudio y de investigación de la disciplina enfermera, como ciencia humana, lo iremos construyendo a partir de las situaciones vividas, experiencias compartidas a través de la narrativas de las personas, que se constituyen como personajes centrales de los estudios e investigaciones, con los significados intersubjetivos que cada uno de ellos les otorga según sus propias experiencias relacionadas con el proceso de enfermedad, sufrimiento, dolor o muerte inminente.

¿Cómo integrar los relatos de vida, narrativas experienciales de situaciones complejas, no sujetas a reglas predictivas, desordenadas, ambiguas, rodeadas de las incertidumbres que se dan alrededor de acontecimientos de vida-muerte, en lenguajes categóricos, clasificados, predictivos y deterministas? ¿Es eso posible?

**Palabras clave:** narrativa; pensamiento complejo; proceso de cuidados; NANDA; NIC; NOC.

### *Looks and voices of a nursing speech*

**Summary:** The field of study and research in the nursing discipline, as a human science, will be constructed from lived situations, shared experiences through the narration of different people, who constitute the main characters in studies and research projects, with the intersubjective meanings that each one of them grants according to their own experiences concerning the illness process, suffering, pain or imminent death.

How do we integrate these life narrations, real-life stories of complex situations, not subjected to predictive rules, disorganized, vague, surrounded by the uncertainties that arise from life-death events, in categorical languages, classified, predictive and determinist? Is that possible?

**Key words:** narrative; complex thinking; Care process; NANDA; NIC; NOC.

*"Deberíamos hacer una reflexión crítica de los lenguajes empleados; si la enfermería es una ciencia humanística y fenomenológica no le quitamos la voz al principal sujeto de la narración y del cuidado".*

## INTRODUCCIÓN

Han pasado unos cuantos años donde interrogantes como *¿por qué no funciona el proceso de atención de enfermería?, ¿son útiles los diagnósticos enfermeros?, ¿son compatibles con la utilización de un modelo de cuidados?, ¿es sólo un lenguaje académico y en la práctica clínica se hace inviable el uso de esa metodología?*, se constituían como una constante de debate en foros, publicaciones y lugares de encuentro donde se compartía el conocimiento enfermero.

En este momento, cuando parece haberse superado ese discurso y profesionales de todos los sectores de la práctica enfermera han escrito, investigado y aportado sus reflexiones;

donde se han incorporado nuevos lenguajes, muestra de ello los trabajos de la Universidad de IOWA sobre la clasificación de intervenciones enfermeras (NIC) y la clasificación de resultados (NOC). El desarrollo de la Taxonomía II de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos enfermeros (NANDA), la Clasificación Internacional para la Práctica de la Enfermería (CIPE) dirigido por el Consejo Internacional de Enfermería y el proyecto de Normalización para la práctica de la Enfermería (NIPE) proyecto del Consejo General de Enfermería, Ministerio de Sanidad y Fundación ISECCS, entre otros; y por si no fuera suficiente, la inclusión de estos lenguajes en programas informáticos, estandarizaciones de cuidados donde se mezclan con otros más conceptuales del desarrollo del conocimiento enfermero, siendo los más habituales, el modelo de cuidados de V. Henderson o la valoración por patrones de salud de M. Gordon, me hace plantearme cuestiones tales como *¿no estaremos desvirtuando el foco de atención de los cuidados enfermeros "el ser humano" y la esencia de los cuidados?*

La acción de cuidado, constituye el núcleo de la práctica enfermera. Ésta adquiere su mayor potencial cuando sirve de ayuda para que el otro ponga de manifiesto su vulnerabilidad y se pueda a través de ella, ofrecer sosiego y serenidad.

La acción cuidativa es un diálogo de presencias, que se produce cuando dos personas se encuentran y están permeables para el enriquecimiento mutuo. Lo que verdaderamente adquiere significación en la vida del ser humano, es como éste interpreta y de sentido a sus realidades.

Clandinin y Connelly (2000) ponen de manifiesto que los humanos son organismos que, individual y socialmente, generan historias vividas. Ricoeur (1995) plantea que "el tiempo se hace tiempo humano en la medida que se articula en un modo narrativo y la narración alcanza su plena significación cuando se convierte en una condición de la existencia temporal".

La temporalidad se constituye como una dimensión esencial de la experiencia vivida, la existencia de las personas sólo se pueden articular como manifiesta Ricoeur en un discurso de por sí narrativo.

Las situaciones de salud de los seres humanos forman parte de la trama que argumenta el relato de las propias narrativas y éstas se construyen a partir de las experiencias vividas y los significados que les otorgan los propios protagonistas.

Cuando una enfermera reconstruye con la persona a través de su voz su relato de vida, empieza a reorganizar elementos dispersos que pueden aparecer desconectados e independientes, organizando y reestructurando los acontecimientos vividos, causas, motivos, circunstancias, efectos, etc. en un intento de establecer un hilo conductor en el tiempo que dé sentido al relato, circunscribiéndolo en ese momento a la percepción de su estado de salud.

La complejidad estructural de la acción cuidativa, empieza a construirse a partir de las narrativas de naturaleza humana y social y la interacción que fluye entre los enfermeros y los sujetos. En ellas, se desarrollan intercambios de procesos de vida y de desarrollo humanos distintos, con una manera particular de cada uno de ellos de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte, situando "el cuidado" en un proceso de interacción dialógica sujeto-sujeto y construido a partir del relato de vida del propio protagonista del cuidado.

Watson Jane, al igual que otras enfermeras teorizadoras, fundamenta su marco referencial en las ciencias humanísticas, ofreciendo una orientación fenomenológica, existencial y espiritual. La influencia de la fenomenología es una constante en los trabajos de Watson; la relación que se establece entre los personas que intervienen en los ámbitos terapéuticos de cuidados lo denomina como campo fenoménico y en él se da el estudio del mundo de la vida, de cómo lo experimentamos desde su realidad, desde su inmediatez y de una manera prerreflexiva, lo construimos a partir de significados de experiencias cotidianas.

El ámbito de estudio y de investigación de la disciplina enfermera, como ciencia humana, la iremos desarrollando a partir de las situaciones vividas, relacionadas con el proceso de enfermedad, sufrimiento, dolor o muerte inminente. Experiencias compartidas a través de las diferentes "voces" de las personas, que se constituyen como los personajes principales, con los significados intersubjetivos que cada uno de ellos les otorga según sus propia consciencia y experiencia.

En este punto de la reflexión, surgiría la pregunta: *¿cómo integrar los relatos de vida, narrativas experienciales de situaciones complejas, no sujetas a reglas predictivas, desordenadas, ambiguas, rodeadas de las incertidumbres que se dan alrededor de acontecimientos de vida-muerte, en lenguajes categóricos, clasificados, predictivos y deterministas?*

## LA VOZ DE LA HISTORIA

El cambio en la orientación de los estudios de enfermería en España en el año 1977, nos aproximó a saberes teóricos y prácticos de estudiosos de la disciplina procedentes de otras culturas, con construcciones teóricas y prácticas y miradas diferentes o desiguales a las que estábamos acostumbradas. Mientras nos íbamos acomodando desde la Academia a la incorporación de esos lenguajes, que motivaban un discurso emancipador y autónomo de rol profesional y con lo que originaba en contrapartida un intento de diferenciación en la praxis del ámbito de ejercicio profesional independiente y con una área bien definida del mismo, fuimos elaborando todo un proceso de crecimiento intelectual, de pérdida de referentes y de cambios de paradigma, no carente de dificultades y, por supuesto, no exento de enfrentamientos en algunos momentos entre sectores académicos y clínicos.

En la actualidad, ya es habitual incorporar a nuestro lenguaje profesional cotidiano, elementos metodológicos en el proceso de cuidados, las clasificaciones NANDA, NIC y NOC, han pasado a formar parte del desarrollo de los planes de cuidados estandarizados y, también, en las herramientas informáticas que dan soporte a los mismos.

Pero, ¿hay coherencia entre los lenguajes? ¿No estaremos utilizando un método demasiado lineal, predictivo, que sólo puede admitir el sí o el no y no contempla la ambigüedad, la incertidumbre de las respuesta humanas, donde el orden y el desorden bailan juntos al mismo tiempo, con acordes armónicos y disarmónicos, no existiendo fronteras nítidas o éstas se presentan borrosas, difuminadas o desvanecidas?

Llegados a este punto, y según Medina JL, tendríamos que *"generar la duda de nuestras miradas, concepciones y creencias que funcionan como verdades absolutas y que determinan o limitan lo que podemos pensar, decir, sentir y hacer, permitiéndonos así hacer el ejercicio de desaprendizaje (...). El desaprendizaje o desconstrucción es un proceso de inversión de los horizontes de significado que cada sujeto ha sedimentado, en ocasiones, de forma acrítica durante su trayectoria formativa y profesional. Implica examinar críticamente el marco conceptual que estructura nuestra percepción de la realidad y nuestro modo de interpretar el mundo. Desaprender es ejercitar la sospecha sobre aquello que se nos muestra como "aparentemente lógico", "verdadero" y "coherente"*.

Es, por tanto, necesario, iniciar un camino de reflexión conjunta, volver la mirada al camino recorrido y hacerlo con humildad intelectual, con un pensamiento crítico, reflexivo, pausado y sin prisas, construyendo y desconstruyendo, planteando situaciones que a veces no tendrán soluciones exactas, dando entrada a la incertidumbre, la duda y que pueda fluir el discurso narrativo, las historias de vida, las experiencias compartidas.

## REFLEXIONES EN TORNO AL "MÉTODO"

El nuevo paradigma emergente, rechaza el determinismo, sus variables son discontinuas, usando conceptos subjetivos, en términos Hegelianos, "el efecto ya no sigue a la causa" la situación causal se hace discontinua y deja de ser lineal.

En ocasiones nos enfrentamos a respuestas o fenómenos humanos que pudieran considerarse disfuncionales y son situaciones de ruptura y de reorganización dentro del proceso adaptativo de los seres humanos, capaces de la auto-reestructuración.

En palabras de Orem, las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo sus propios autocuidados y en muchas ocasiones los regula y hace frente cuando aparecen nuevas demandas, manteniendo por ellas mismas su propia agencia de autocuidados.

Con una mirada en las situaciones complejas que se dan alrededor de un proceso terapéutico de cuidados, muchas de las respuestas humanas que se dan en el sujeto no tendrían por qué ser manifestaciones de un "diagnóstico enfermero"; tal vez fueran procesos de orden/desorden, situaciones de caos que buscan un orden, sin que se tengan que anular, tratar o transformar y sólo requiera una intervención de reconducir el hilo conductor del guión.

Sin embargo, frecuentemente nos encontramos al hacer una búsqueda bibliográfica sobre planes de cuidados (actualmente estandarizados) de un determinado proceso clínico, una relación de diagnósticos enfermeros y de problemas de complicación/colaborativos, así como actividades y objetivos, en la actualidad en muchos casos utilizando las clasificaciones NANDA, NIC y no siempre la clasificación NOC para los objetivos.

Para ilustrar el desarrollo podría servir como ejemplo:

Proceso de intervención quirúrgica con anestesia general		
NANDA/Complicaciones	NOC/Objetivos	NIC / Actividades
Riesgo de broncoaspiración r/c anestesia y vómitos.	Mantendrá vías permeables al alta.	Colocar decúbito supino, cabeza ladeada. Vigilar coloración de piel y mucosas.
Riesgo de accidente r/c disminución del nivel de conciencia.	No sufrirá accidente ninguno durante su estancia.	Valorar nivel de conciencia, somnolencia, confusión...
Complicación: embolismo pulmonar.	Vigilar signos y síntomas de embolismo.	Vigilar signos y síntomas, disnea, dolor subesternal súbito severo.
Alteración de la movilidad física r/c reposos y proceso quirúrgico.	Al alta habrá recuperado la movilidad a un nivel dentro de su edad y proceso.	Aplicar protocolo de accidentes. Realizar deambulación progresiva.

En todos ellos aparece el diagnóstico enfermero o la complicación como inicio del proceso clínico. Es cierto que en muchos de ellos se recomienda realizar una validación o confirmación de los problemas que recoge el plan de cuidados, pero eso crea una situación a mi modo de entender un poco inestable, primero porque las respuestas humanas a determinadas situaciones de salud o procesos clínicos instaurados pueden tener diferentes factores relacionados según sean las experiencias, interpretaciones y el significado que cada uno de los protagonistas les otorgue, donde confluyen además un sinnúmero de variables, plantear desde el principio factores causales cerrados es dar al proceso un planteamiento con grandes niveles de certidumbre, poco acorde a la filosofía y esencia del cuidado anteriormente planteada.

También se formulan diagnósticos de Riesgo que en muchos casos son complicaciones del propio proceso clínico, por lo que cabría hacerse la pregunta, *si los diagnósticos de riesgo son problemas que pueden aparecer por la gran vulnerabilidad de la persona frente a un determinado fenómeno, ¿podemos decir que toda la población con ese determinado proceso clínico va a tener las mismas situaciones de vulnerabilidad?* No estamos utilizando conceptos demasiados posibilistas, predictivos y con un gran nivel de certeza.

O, por el contrario, si es un problema que puede aparecer en toda la población diana, no estaremos confundiendo las actividades preventivas derivadas de las actividades cuidadosas del mismo proceso clínico, que son inherentes a la aplicación de los tratamientos terapéuticos prescritos.

Esto serviría también para la utilización del denominado problema de complicación, a modo de ejemplo:

"Complicación: hemorragia" → en un proceso de cirugía, y a continuación en todos, se describen una serie de actividades terapéuticas valorativas y preventivas, que estarían relacionadas con el mismo acto quirúrgico.

Si definimos la palabra complicación como la acción de complicarse y ésta como surgir dificultades en una cosa o asunto, hacer una cosa difícil o confusa, nos tendríamos que preguntar: *¿es correcto enunciarlo anteriormente o sólo cuando verdaderamente existió la dificultad?*

O si por el contrario, sería más pertinente, instaurar los cuidados preventivos para que según los indicadores que obtuviésemos al realizar la actividad, determinaran si existe el problema o no.

Proceso clínico: Intervención quirúrgica..... ↓

Control de hemorragias: actividades dirigidas a valorar la aparición de signos y síntomas de la hemorragia.

Según los indicadores que obtuviéramos al ejecutar la actividad, determinarían la aparición de un sub-proceso o complicación del proceso principal: CP: hemorragia, que daría lugar a nuevas prescripciones terapéuticas y otras actividades de cuidados.

En la actualidad, dada la proliferación de herramientas informáticas que dan soporte al proceso de cuidados y la incorporación en ellas de las clasificaciones: diagnósticos enfermeros NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), objetivos NOC (*Nursing Outcomes Classification*) e intervenciones NIC (*Nursing Interventions Classification*) se ha generado toda una eclosión de planes de cuidados con las tres taxonomías incorporadas, creando el fenómeno de la "máquina".

En este punto tendríamos que hacer una reflexión, primero, que son clasificaciones fruto de proyectos de investigación (el NIC y NOC de la Universidad de IOWA) y en proceso de validación, que surgen en fechas distintas y las tres por separado: la NANDA empieza a desarrollar su clasificación en la década de los setenta y las otras dos a finales del ochenta y principio de los noventa del siglo pasado.

Con la aparición del texto donde las autoras del proyecto de la Universidad de IOWA las interrelacionan y ésta la sitúan en los niveles superiores de la clasificación, donde se da el mayor grado de abstracción, es decir, intervención frente a resultado, no bajando a los niveles de mayor concreción de la clasificación, que estaría en las actividades y los indicadores, se ha generado todo un conocimiento práctico alrededor, que incluso el lenguaje informático de códigos a veces son los únicos referentes y que hace necesario plantear desde todos los sectores de la profesión un debate reflexivo y crítico, donde se pongan en cuestionamiento el saber teórico y práctico de la disciplina donde como dice Medina [...] "generemos la duda de nuestras miradas, concepciones y creencias que a veces las otorgamos como verdades absolutas..."

## **A MODO DE PROPUESTAS METODOLÓGICAS**

Los cuidados enfermeros determinan un área de atención relacionada con la "persona-sujeto" no con su "enfermedad-objeto" ni con su tratamiento; la situación de salud o enfermedad, su diagnóstico y tratamiento son factores que influyen en la persona, condicionan sus necesidades de cuidados y la acción enfermera.



Según lo anteriormente expuesto, las situaciones de salud-enfermedad de los seres humanos, forman parte del núcleo central del relato y de los significados que las personas les otorgan.

En una situación de cuidados, donde las percepciones intersubjetivas a veces se encuentran borrosas o difuminadas, podemos afirmar que la Consciencia y la Experiencia se retroalimentan, aunque valdría la pena pararse a preguntar ¿cuál de las dos inicia el proceso de cuidados? Ante este interrogante nos encontraríamos con opiniones en ambos sentidos, sin embargo, parece evidente que la consciencia puede entrar en escena mejor a partir de la experiencia y no obstante, es posible que los dos fenómenos se sitúan en ambos lados de la relación, haciendo más difícil por la complejidad de los mismos, la utilización de lenguajes o métodos demasiado categóricos.

En coherencia con todo lo anteriormente expuesto, pienso que se podría dar comienzo al proceso de cuidados partiendo de la voz del sujeto y la experiencia profesional, orientado el mismo en la búsqueda de ese hilo conductor que da sentido a la trama, búsqueda de elementos (indicadores) dispersos, aparentemente independientes y desconectados, pero reales y que logran darle sentido.

Sólo la respuesta a esa búsqueda podrá dar una visión consciente de la situación personal del sujeto y en función de ella poner con cuidado "nombres" a las escenas, sabiendo que éstas pueden desarticularse, romperse, reconstituirse y construir un final inesperado, incierto.

Sin embargo, consciente de la necesidad de conciliar los discursos anteriormente referidos y poder contextualizarlos en metodologías y tecnologías emergentes en este momento, podríamos plantearnos iniciar el proceso desde la clasificación de resultados, como inicio de esa búsqueda que dé sentido al relato y que al mismo tiempo reduce o hace más transitable el camino de incertidumbre que toda situación de cuidados supone.

## BIBLIOGRAFÍA

- Almendros M. Psicología del caos. Victoria-Gastéiz: Ediciones la Llave; 2002.
- Benavent A, Ferrer E, Francisco C. Fundamentos de Enfermería. Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2001.
- Bolívar A, Domingo J, Fernández M. La investigación biográfico-narrativa en educación. Madrid: Editorial La muralla; 2001.
- Collière MF. Encontrar el sentido original a los cuidados enfermeros. Rev ROL Enf 1999; 22 (1): 303-307.
- Collière MF. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1993.
- Foucault M. Estética, ética y hermenéutica. Barcelona: Paidós; 1999.
- Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa; 2003.
- Medina JL. La Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la Formación Universitaria. Barcelona: Editorial Leartes; 1999.
- Medina JL. La deconstrucción o el desaprendizaje aproximación conceptual y notas para un método reflexivo de generación de nuevos saberes profesionales. Educare 21 2003; Núm 1 (oct). Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare/educare01/ensenando/ensenando3.htm>
- Morin E. La mente bien ordenada. Barcelona: Seix Barral; 2002.
- Morin E. Ciencia con consciencia. Barcelona: Antropos; 1984.
- McCloskey-Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Madrid: Editorial Harcourt.
- Jonson, Maas, Moorhead. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) 2ª edición. Madrid: Editorial Harcourt.
- McCloskey, Bulechek, Jonson, Maas, Moorhead. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. Madrid: Ediciones Harcourt.
- NANDA 2003-2004. Diagnósticos enfermeros. Madrid: Editorial Harcourt-Brace.
- Orem MD. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería; 1993.

Ferrer Ferrandis E. *Miradas y voces del discurso enfermero*. Educare21 2004; 8. Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare08/ensenando/ensenando1.htm>



**DIFUSIÓN AVANCES DE ENFERMERÍA** Pol. Ind. Oliveral, N-III, km. 34.2. 46190, Ribarroja. (Valencia)  
Atención al cliente: 902220102

# GUÍA VALIDACIÓN DE LOS PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

PROCESO DE VALIDACIÓN TEÓRICA Y CLÍNICA

01/07/2009

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

MANUELA DOMINGO POZO. UNIDAD DE PLANES DE CUIDADOS

<b>Introducción:</b>	3
<b>Proceso de elaboración de planes de cuidados.</b>	5
<b>Circuito de elaboración y validación de los planes de cuidados estandarizados.</b>	10
<b>Estructura de los planes de cuidados.</b>	12
<b>Planilla de revisión de los planes de cuidados.</b>	16
<b>Anexo I: Intervenciones estandarizadas en todos los planes de cuidados.</b>	19
<b>Bibliografía.</b>	20

Manuela Domingo Pozo.  
Unidad Planes de Cuidados del HGUA.

## Introducción:

Esta guía tiene como finalidad unificar criterios de revisión de los planes de cuidados elaborados en el Hospital General Universitario de Alicante, a fin de que todos ellos, sigan la misma estructura y guarden la coherencia y continuidad de los cuidados de enfermería.

La evaluación de los planes de cuidados en esta primera fase consistirá en una revisión de cumplimiento de los criterios de estructura que más adelante se desarrollan. Se pretende realizar una valoración teórica del contenido de los planes de cuidados.

La estructura de esta guía pretende clarificar: cómo se han elaborado los planes de cuidados, cuál es la estructura que han de tener todos los planes de cuidados y dar herramientas, como los catálogos de cuidados y la planilla de revisión para facilitar el proceso de validación teórica a los expertos externos al proceso de elaboración realizado por las enfermeras de las unidades de hospitalización.

Así los cuatro catálogos de cuidados que se necesitan para el proceso de revisión son:

- Diagnósticos de enfermería.
- Intervenciones de enfermería.
- Resultados de enfermería.
- Interrelaciones entre diagnósticos, intervenciones y resultados.

Además para la adecuada revisión se precisa del manual de procedimientos de enfermería de la Conselleria de Sanitat en su 2ª edición.

Tras este proceso de revisión los cambios que se produzcan en los planes de cuidados se harán llegar por medio de sesión clínica a las enfermeras correspondientes a la unidad de hospitalización que los elaboró. Tras la incorporación de los cambios en los planes de cuidados se procederá a la segunda fase de evaluación de los planes de cuidados: su concordancia y coherencia en la práctica asistencial. Se pondrán en marcha en soporte papel durante un período preestablecido.

Los criterios de proceso a evaluar en los planes de cuidados implantados. Deberán contener:

- Plan de acogida.
- Evaluación de las necesidades básicas y la detección de los problemas de déficit de autocuidados.
- Evaluación del riesgo de sufrir úlcera por presión y caídas.
- Un problema interdependiente que estará relacionado con el proceso del que se trate.
- Deberá existir un evolutivo de enfermería donde se registre los comentarios / anotaciones de enfermería por turno.
- Un registro de las variaciones del plan de cuidados dónde se registren todo lo que no se ajuste al plan de cuidados definido.

- Debe existir concordancia entre las órdenes médicas, aplicación terapéutica, el evolutivo médico, el evolutivo de enfermería y el plan de cuidados establecido al paciente.

Los criterios de resultados de los planes de cuidados no se podrán evaluar hasta su definitiva implantación :

- La presencia de los diagnósticos establecidos en el plan de cuidados.
- La adecuación de las intervenciones y actividades a los objetivos propuestos.
- La consecución de los objetivos.
- Actualización y mantenimiento de los planes de cuidados a la situación real del paciente.
- Emisión de informes de enfermería al alta cuando esté indicado.
- Satisfacción del usuario.
- Satisfacción del profesional de enfermería.

## Proceso de elaboración de planes de cuidados.

### **METODO ELABORACION DEL PLAN DE CUIDADOS.**

El plan de cuidados es el instrumento que nos permitirá mejorar la atención al usuario y potenciar nuestro colectivo profesional.

#### - **METODO INDIVIDUALIZADO**

El plan de cuidados individualizado es aquel que la enfermera o grupo de enfermeras, definen para una persona o grupo determinado. Se basa en una valoración detallada del paciente y los problemas que de esa valoración se deducen. Los cuidados y los resultados que se esperan de esa valoración son específicos para un paciente y no se pueden extrapolar a otro.

#### - **METODO ESTANDARIZADO**

Un plan de cuidados estándar es el resultado de un trabajo fundamentado científicamente, en el que se definen las respuestas de una persona, familia o grupo tipo, a una situación y en el que se especifica la responsabilidad y actuación de enfermería para cada una de ellas. Utiliza un lenguaje común. (NANDA, NIC, NOC). Es un instrumento de gestión ya que identifica situaciones en las que intervienen enfermeras, situaciones que tratan y las actividades que realizan. Facilita la adaptación de personal de nuevo ingreso. Dejan explícito la responsabilidad de la enfermera, los cuidados que razonablemente hay que dar y la forma de evaluar estos cuidados. El plan de cuidados estándar se adapta a la peculiaridad del paciente y se añaden o suprimen problemas, factores relacionados y actividades, e individualizan criterios de resultados, por lo que acaba individualizándose siempre. Asignación del plan de cuidados en función del motivo del ingreso.

## **1ª FASE: PROCESO DE ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN TEÓRICA DEL PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR**

### 1. Base teórica:

- Formación en metodología: 20 horas.
  - Generalidades del modelo y filosofía de Cuidados del H.G.U.A. Generalidades de los planes de cuidados de enfermería.
  - Taxonomías NANDA, NIC y NOC. Metodología de elaboración de planes de cuidados con las nuevas taxonomías. Determinación de los planes de cuidados que se elaborarán y proceso de búsqueda.
  - Elaboración de planes de cuidados estandarizados.
- Revisión Bibliográfica: en bases de datos e Internet.

### 2. Recursos humanos:

- Enfermeras y auxiliares de enfermería de las unidades de hospitalización.

- Apoyo de expertos.
3. Recursos materiales:
    - Marco conceptual: Teoría General de Orem y Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de M. Leininger.
    - Diagnósticos de enfermería de la NANDA. (2007-2009)
    - Clasificación de Intervenciones de enfermería 5ª edición(NIC).
    - Clasificación de Resultados de enfermería 4º edición (NOC).
    - Manual procedimientos generales de enfermería. (2ª edición)
  4. Revisión del PCE por parte de la Comisión de Planes de Cuidados.

## 2ªFASE: IMPLANTACIÓN DE LOS PCE EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL: FASE DE VALIDACIÓN CLÍNICA:

5. Se elabora un formato práctico a partir del documento teórico del plan de cuidados estándar.
6. Estructura del formato práctico: Ver sección de estructura de los planes de cuidados.
7. Tras la implantación se evaluarán las siguientes variables de cumplimentación del proceso y de adecuación del mismo.

Variable	Tipo de datos	Descripción
Tipo PCE	Número	Código del tipo de plan de cuidados
Grado Q-Valoración	Número	Grado de cumplimentación de la valoración (1-ALTO>= 75%; 2-MEDIO aprox 50%; 3-BAJO<50%)
GradoQ-problemas-r/c -val	Número	Grado de cumplimentación de los problemas en relación con la valoración (1-ALTO>= 75%; 2-MEDIO aprox 50%; 3-BAJO<50%)
GradoQ-Act-r/c-problemas	Número	Grado de cumplimentación de las actividades en función de los problemas abiertos (1-ALTO>= 75%; 2-MEDIO aprox 50%; 3-BAJO<50%)
GradoQ-evaluacion-r/c-problemas	Número	Grado de cumplimentación de la evaluación (escalas NOC si las hubiera) en función de los problemas (1-ALTO>= 75%; 2-MEDIO aprox 50%; 3-BAJO<50%)
A-problemas	Texto	Adecuación de los problemas a la situación del paciente al ingreso y en el proceso asistencial (individualización del plan estándar (1-Si; 2-NO)
A-Actividades-problemas	Texto	Adecuación de las actividades en función de los problemas y la situación real del paciente (1-Si; 2-NO)

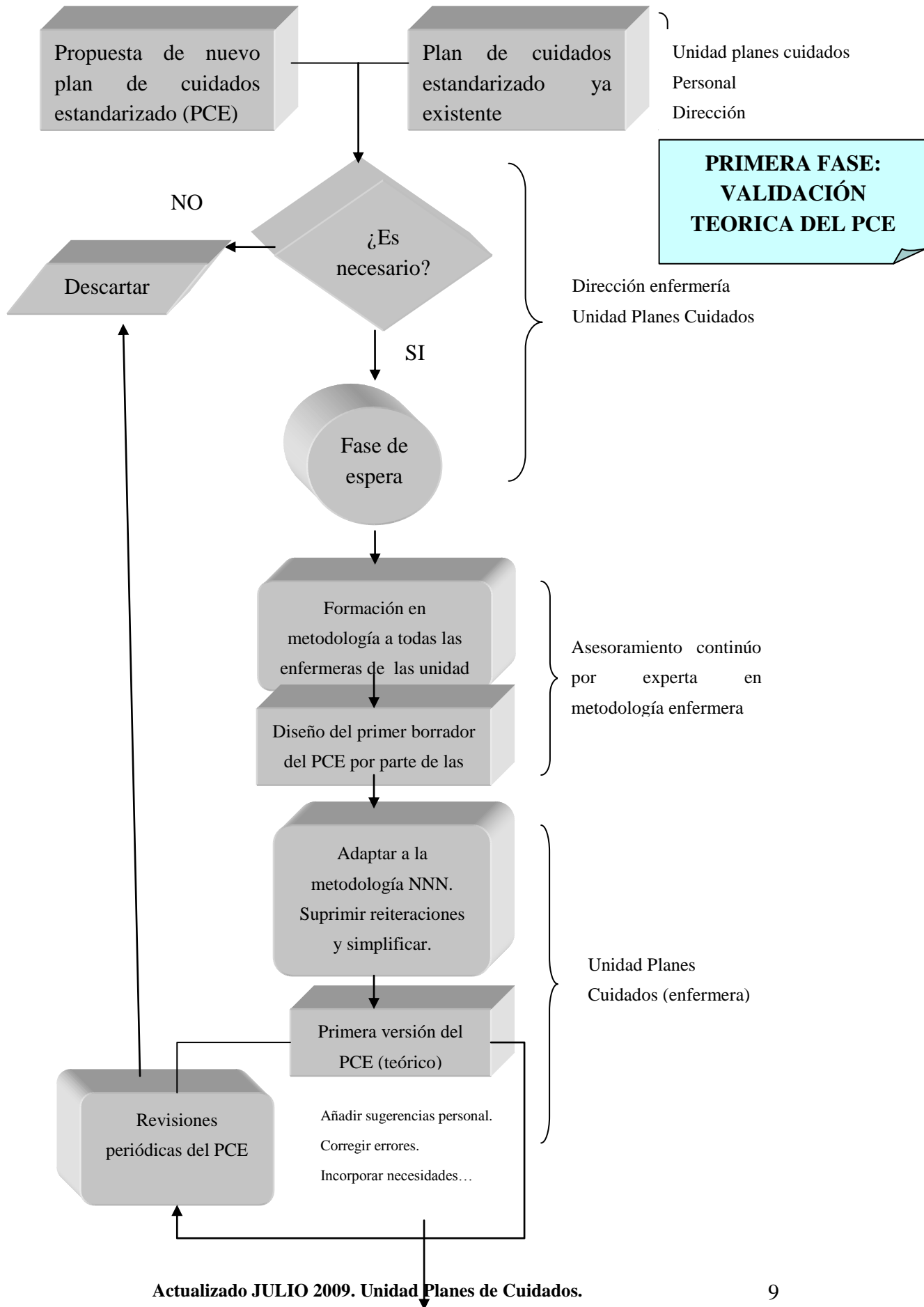
<b>A- evaluación/prob/act</b>	Texto	Adecuación de la evaluación y comentarios evolutivos en función de los problemas y actividades si las anteriores son adecuadas (1-Si; 2-NO)
<b>Variaciones</b>	Número	Código del tipo de categorías de variaciones

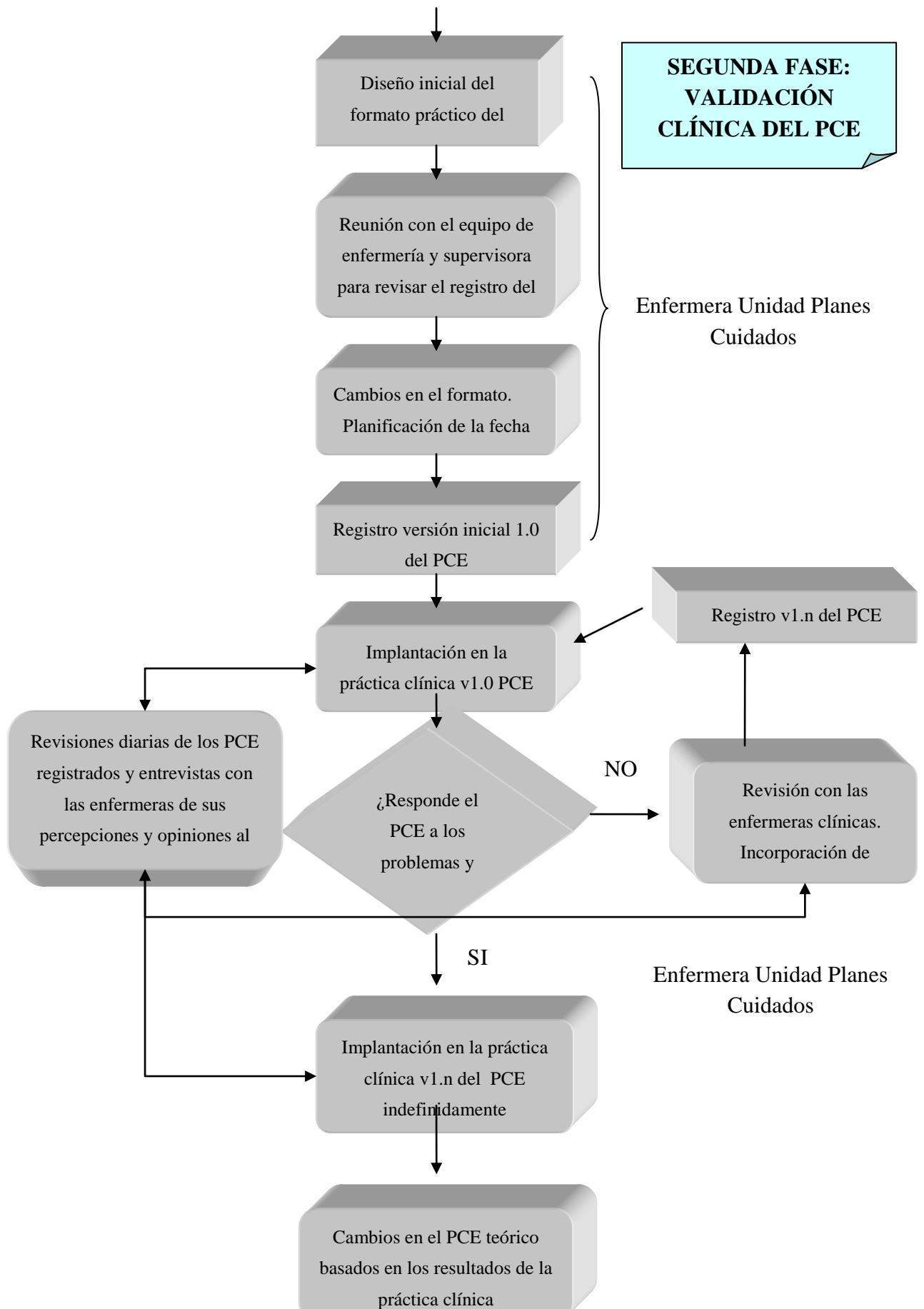
8. Para la evaluación de la calidad del contenido del plan de cuidados se medirán las siguientes variables.

<b>Variables</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>¿El plan se desarrolló conjuntamente con el cliente?</b>		
<b>¿Ha abordado los problemas de salud reales y potenciales que deben tratarse para alcanzar los objetivos generales a tiempo y de manera segura?</b>		
<b>¿Ha abordado los problemas que requieren intervenciones enfermeras individualizadas, no estandarizadas?</b>		
<b>Si se ha identificado problemas que no estaban en el plan de cuidados, ¿se ha asegurado que se ha registrado en algún lugar de la historia del paciente?</b>		
<b>Los objetivos, ¿derivan de los diagnósticos de enfermería?</b>		
<b>Los objetivos ¿son medibles?</b>		
<b>Los objetivos ¿Son realistas y alcanzables?</b>		
<b>La planificación, ¿incluye intervenciones dirigidas a controlar o tratar el problema?</b>		
<b>¿Las actividades especifican quién, qué, cuando, cómo y durante cuanto tiempo?</b>		
<b>¿Las actividades incluyen la firma de la enfermera que la realizó?</b>		
<b>¿El plan de cuidados aborda las necesidades de desarrollo, psicosociales y biológicas?</b>		
<b>¿El plan de cuidados incluye intervenciones de educación sanitaria?</b>		
<b>¿El plan de cuidados proporciona continuidad durante la estancia hospitalaria?</b>		
<b>¿El plan de cuidados proporciona continuidad de cuidados para el alta?</b>		
<b>¿El plan de cuidados incorpora evidencias científicas?</b>		

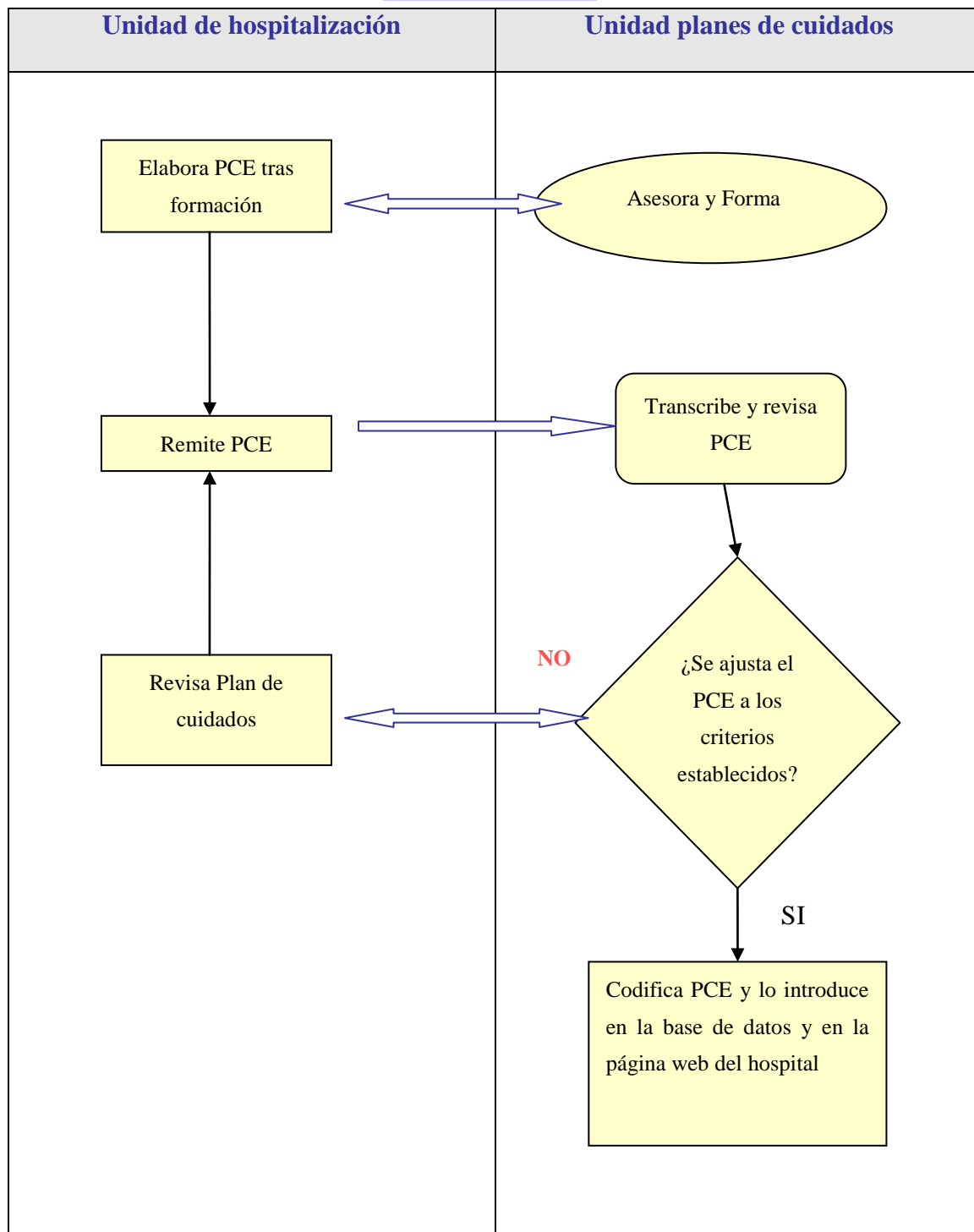


**Diagrama 1: Génesis, mantenimiento e implantación de los planes  
de cuidados  
EstandarizadoS**





**Circuito de elaboración y validación de los planes de cuidados estandarizados.**



## Estructura de los planes de cuidados teóricos.

1. **Título**: descripción del problema de salud con la referencia al GDR correspondiente.
2. **Definición problema de salud**: breve descripción de la enfermedad y de su relevancia e impacto en la salud de los usuarios. Datos referidos a la incidencia y prevalencia de la enfermedad en la población general y en concreto en el hospital de Alicante.
3. **Objetivos generales** del plan de cuidados.
4. **Criterios de aplicación del plan de cuidados**: que circunstancias se han de cumplir para poner en marcha el plan de cuidados. Debe quedar muy claro cuando se aplica el plan.
5. **Valoración estandarizada**: descripción de los problemas y alteraciones de las distintas necesidades básicas que se da más frecuentemente en los pacientes que sufren un problema de salud determinado. Basada en la hoja de valoración al ingreso del Hospital General de Alicante. Incluye los sistemas de enfermería que se tienen que aplicar.
6. **Diagnósticos detectados tras la valoración** clasificados en los requisitos de autocuidado de Orem. Estos requisitos son:

<b>Respiración.</b>
<b>Alimentación.</b>
<b>Eliminación.</b>
<b>Movilidad.</b>
<b>Descanso.</b>
<b>Aislamiento e interacción social.</b>
<b>Prevención accidentes</b>
<b>Promoción de la normalidad.</b>

7. **Desarrollo del plan de cuidados estandarizado**:  
Actualizado JULIO 2009. Unidad Planes de Cuidados.

- a) Todos los planes de cuidados del HGUA tienen estandarizadas 4 intervenciones de enfermería que son inherentes a la hospitalización y que no dependen del problema de salud por el cual ha ingresado en el hospital. (Ver anexo I).
- b) Enumeración del diagnóstico con la fecha de inicio y resolución del problema.
- c) Criterios de resultados coherentes con los objetivos planteados para cada diagnóstico. Las escalas deben evaluar la consecución o no del objetivo. Debe aparecer dos puntuaciones al inicio del problema y al final o al alta. Expresará los criterios de resultado observables en la persona tras la aplicación del cuidado relacionado con la modificación, mejoría o alivio, desaparición o no de signos y síntomas en un período determinado.
- d) Intervenciones de enfermería que se ejecutará para la resolución del diagnóstico. Algunos problemas no presentarán intervenciones debido a que con los procedimientos del manual de la Conselleria de Sanitat es suficiente.
- e) Actividades seleccionadas de la intervención correspondiente (cuando sí que hay intervención) más los procedimientos que corresponda realizar. Todo ello dividido en los tres sistemas de Orem según corresponda aplicar. Los sistemas de enfermería son:
  - Totalmente compensatorio: donde la enfermera realiza por el enfermo /usuario todas las acciones de cuidado necesarias.
  - Parcialmente compensatorio: en el que la enfermera colabora con el enfermo /usuario para satisfacer sus necesidades de autocuidado.
  - De apoyo/ enseñanza: que comprende la enseñanza al enfermo/ usuario de las habilidades necesarias para aumentar o ajustar su agencia de autocuidado y apoyarlo para realizar sus propias acciones al respecto.
- f) Código de la actividad: por determinar pero cuando aparece este símbolo (☒) significa que es un procedimiento y no una actividad de alguna intervención NIC.
- g) Pauta o frecuencia de realización de las actividades o procedimientos.
- h) Profesional que ejecuta la actividad: puede ser la enfermera o la auxiliar de enfermería.

8. **Complicaciones potenciales**: debe constar el objetivo a conseguir y las intervenciones o procedimientos a realizar para conseguir el objetivo.
9. **Tabla resumen de los cuidados**: aparece los problemas con los cuidados clave de enfermería para solucionar dichos problemas del paciente.
10. **Glosario de términos**: en aquellos planes en los que aparezcan términos muy específicos de la patología concreta.
11. **Bibliografía utilizada para la confección de los planes de cuidados**: debe seguir las normas de Vancouver.

## **ESTRUCTURA DEL FORMATO PRÁCTICO DEL PLAN DE CUIDADOS.**

- 1. TÍTULO + GRD.**
- 2. ESTANCIA MEDIA PREVISTA**
- 3. LÍMITES DEL PROCESO DE CUIDADOS: INICIAL Y FINAL.**
- 4. RESULTADOS QUE SE PRETENDEN CONSEGUIR.**
- 5. CRITERIOS DE APLICACIÓN DEL PLAN.**
- 6. CÓDIGO DEL PLAN.**
- 7. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO INDIVIDUALIZADA:** se utiliza el formato de valoración actual del HGUA. Con la valoración de enfermería se individualiza el plan de cuidados estandarizado.
- 8. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS AL INGRESO PARA EL PROCESO.**
- 9. OTROS PROBLEMAS DE ENFERMERÍA NO RELACIONADOS CON EL PROCESO.**
- 10. COMPLICACIONES POTENCIALES.**
- 11. INTERVENCIONES ESTANDARIZADAS AL INGRESO.**
- 12. FIRMA ENFERMERA**
- 13. PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES POR CADA DIAGNÓSTICO ENFERMERO PARA LOS DÍAS PREVISTOS DE INGRESO.**
- 14. INTERVENCIONES ESTANDARIZADAS AL ALTA.**
- 15. HOJA DE EVOLUCIÓN DE CUIDADOS:** En este documento se reflejará la evolución del paciente en cada uno de los diagnósticos de enfermería que presente, no se repiten las actividades ya marcadas en la planificación. Las variaciones del plan de cuidados también se reflejan aquí.
- 16. GRÁFICA DE CONSTANTES:** se utiliza el registro de constantes en vigor.



## **Planilla de revisión de los planes de cuidados.**

Los miembros del grupo revisor deberán rellenar una planilla por plan de cuidado revisado. El objetivo de esta revisión es adecuar los criterios de estructura y no de proceso ni de resultado.

En la puesta en común se analizarán cada parrilla de revisión y se consensuarán los posibles cambios a realizar en el plan de cuidados.

<b>CRITERIOS</b>	<b>CORRECTO</b>	<b>INCOMPLETO</b>	<b>INCORRECTO</b>
<b>1. Título + GDR</b>			
<b>2. Definición de los objetivos generales PAE</b>			
<b>3. Definición problema</b>			
<b>4. Criterios aplicación</b>			
<b>5. Valoración estandarizada</b>			
<b>6. Diagnósticos por requisitos</b>			
<b>7. Desarrollo del Plan Cuidados</b> Formulación de diagnósticos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criterios Resultados NOC adecuado al objetivo</li> <li>• Formulación de objetivos por diagnóstico</li> <li>• Intervenciones NIC</li> <li>• Actividades y procedimientos para problema</li> <li>• Actividades adecuadas según sistema Orem</li> <li>• Pauta horaria</li> <li>• Profesional</li> </ul>			
<b>8. Complicaciones potenciales</b>			

<b>9.Tabla resumen de los cuidados</b>			
<b>10.Glosario de términos</b>			
<b>11.Bibliografía según Vancouver</b>			

## Anexo I: Intervenciones estandarizadas en todos los planes de cuidados.

<b>Cuidados de enfermería al ingreso (7310)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentarse a sí mismo y su función en los cuidados.</li> <li>2. Orientar al paciente y familia sobre las normas y funcionamiento de la unidad.</li> <li>3. Realizar la valoración de enfermería al ingreso.</li> <li>4. Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos, resultados e intervenciones.</li> </ol>
<b>Protección de los derechos del paciente.(7460)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionar al paciente la Carta de derechos y obligaciones del paciente.</li> <li>2. Proteger la intimidad del paciente durante las actividades de higiene, eliminación y aseo personal.</li> <li>3. Tomar nota de la preferencia religiosa.</li> <li>4. Mantener la confidencialidad de la información sanitaria del paciente.</li> </ol>
<b>Intermediación cultural (7330)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tienen el paciente y el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento.</li> <li>2. Identificar, con el paciente, las prácticas culturales que puedan afectar negativamente a la salud, de manera que el paciente pueda elegir de manera informada.</li> <li>3. Facilitar la comunicación intercultural (uso de traductor, materiales/medios bilingües por escrito...)</li> <li>4. Modificar las intervenciones convencionales (enseñanza al paciente) de manera culturalmente adecuada.</li> </ol>
<b>Informe de turnos (8140)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar las enfermedades y razones principales del ingreso, si procede.</li> <li>2. Identificar los diagnósticos médico y de cuidados clave, si procede.</li> <li>3. Dar la información de forma concisa, centrándose en los datos recientes e importantes necesarios para el personal que asume la responsabilidad en cuidados.</li> <li>4. Describir el régimen de tratamiento.</li> <li>5. Identificar las pruebas de laboratorio y de diagnóstico que deban completarse en las próximas 24 horas.</li> <li>6. describir los datos del estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno.</li> <li>7. Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo.</li> <li>8. Resumir los progresos en las metas fijadas.</li> </ol>

## **Bibliografía.**

1. Johnson M., Bulechek G.,McCloskey J.,Maas M.,Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA,NOC y NIC. Ed. Mosby-Harcourt. Barcelona 2008.
2. McCloskey, J.C. Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 5ª Ed. Mosby- Elsevier. Madrid. 2009.
3. Morread S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª edición. Ed. Mosby- Elsevier. 2009
4. Guía de Actuación de enfermería: Manual de procedimientos.2ª edición Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Secretaria Autonómica para la Agencia Valenciana de la Salud. 2007
5. Alfaro, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 4 Ed. Springer-Verlang Ibérica. Barcelona. 1999.
6. Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Ed Masson Salvat. Barcelona 1993
7. Planes de Cuidados del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.Ed. Servicio Gallego de Salud.2002.