

NORMALIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS PREVALENTES EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS

M^a. José Alcantud García, *M^a. Antonia Bauçà Capellà*,
Isabel Chica Bermúdez, Soledad Gallardo Bonet, Nuria Gámez Ráez,
M^a. Ángeles López López y Marta Santamaría Cadenas.
Colaboradores: personal de enfermería unidad de diálisis

Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca

El fin de la intervención enfermera es proporcionar al paciente los cuidados necesarios para la satisfacción de sus necesidades. Por este motivo, ante la implantación en el Hospital Universitario Son Dureta del marco conceptual de Virginia Henderson y la aplicación de la taxonomía NANDA, se han puesto en marcha los registros de enfermería, basados en la valoración del paciente al ingreso.

Gracias a los datos obtenidos a partir de estos registros, hemos elaborado en la Unidad de Diálisis el Plan de Cuidados Normalizado del paciente renal crónico que entra en programa de diálisis.

OBJETIVOS

- Determinar el nivel de satisfacción de las necesidades de los pacientes renales crónicos que entran en programa de diálisis.
- Asegurar la satisfacción de las necesidades mediante la utilización del método científico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio retrospectivo del año 2003, eligiendo como población a aquellos pacientes renales crónicos que entraron en programa durante ese año. La muestra total fue de 55 pacientes. La fuente de recogida de datos ha sido el registro de Valoración de Enfermería al Ingreso según el modelo Henderson.

La valoración enfermera se realiza habitualmente entre la primera y la segunda sesión de diálisis y en ella se determina la situación previa del paciente, sus hábitos de vida y sus estrategias para mantener la salud.

RESULTADOS

El análisis de las 55 valoraciones elegidas, nos permitió identificar los diagnósticos enfermeros que aparecen de forma más prevalente en el tipo de paciente elegido.

Ante la dificultad de estandarizar planes de cuidados, el equipo de trabajo tomó la decisión de normalizar los diagnósticos prevalentes, estableciendo objetivos específicos en función de cada área de dependencia posible y definiendo las intervenciones para cada uno de ellos.

CONCLUSIONES

La entrada de un paciente crónico en un programa de diálisis hace que tengan que revisarse sus conocimientos, sus estrategias de adaptación a la enfermedad y la forma en que satisface sus necesidades básicas de salud. La homogeneización de la práctica enfermera mediante planes de cuidados normalizados, es la herramienta fundamental para asegurar la adaptación del paciente a su situación de salud.

Seguidamente se detallan los diagnósticos enfermeros más frecuentes en nuestra unidad de diálisis, incluyendo la unidad de diálisis peritoneal.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS MÁS FRECUENTES EN LA UNIDAD DE DIÁLISIS

TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL:

Definición: Confusión en la imagen mental del yo físico

R/C:-No aceptación del acceso vascular y/o catéteres

M/P: *Alteración de las relaciones sociales,

*Verbalización de sentimientos negativos sobre su cuerpo

*Miedo al rechazo o reacción de los demás

*No mirar, no tocar, ocultar de forma intencionada la zona afectada

*Negativa a verificar el cambio corporal real

ÁREAS DE DEPENDENCIA:

– Conocimientos (C)

– Fuerza psíquica (Fp)

– Fuerza física (Ff)

– Voluntad (V)

OBJETIVO GENERAL:

El paciente verbalizará una percepción realista de su imagen corporal al alta de la unidad de diálisis.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

– Área de dependencia(A.D.): conocimientos

- El paciente identificará cómo utilizar recursos internos y externos de que dispone para eliminar o minimizar los efectos del cambio.

– A.D. Fuerza psíquica

-El paciente será capaz de mirar el acceso vascular y/o catéteres, así como tocarlo (thrill, soplo, etc) sin que ello le cause ningún sentimiento negativo.

- El paciente aceptará la distensión abdominal que conlleva la infusión de líquido peritoneal.

– A.D. Fuerza Física

- El acceso vascular y/o catéter no será impedimento para su vestir cotidiano.

– A.D. Voluntad

- Se comprometerá a seguir el plan propuesto.

INTERVENCIONES:

Apoyo emocional

Asesoramiento

Potenciación de la autoestima

Potenciación de la imagen corporal CUIDADOS ENFERMEROS

A.D. C) -Explicar las razones por las que el acceso vascular y/o catéter peritoneal es fundamental para su supervivencia (riesgo de parada de FAV, de infección de orificio de

catéter, complicaciones derivadas de ello...).

- Averiguar qué siente el paciente al tocarse/ verse la fístula/catéter.

A.D. V) -Compensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.

- Reforzar positivamente el mantenimiento de las técnicas enseñadas.

A.D. Fp)-Dialogar con el paciente sobre sus sentimientos respecto al acceso vascular.

A.D. Ff)-Programar reuniones con pacientes “veteranos” para intercambiar experiencias.

- Instruir al paciente en técnicas o habilidades que mejoren o disminuyan el impacto en su imagen corporal (corte de pelo, pañuelos, bañador, etc.).

- Programar/enseñar técnicas y habilidades para curar el acceso vascular/catéter de manera que se note y moleste lo menos posible.

TEMOR

Definición: Situación en que la persona responde a una amenaza que percibe y que, conscientemente, identifica como peligrosa.

R/C: - Manejo inadecuado de los dispositivos terapéuticos.

- Deterioro de su ritmo de vida y de su situación de salud.

M/P: *Verbalización del paciente de sus sentimientos ante la nueva situación.

- *Expresiones del paciente de su falta de higiene en la zona del catéter y/o fístula por miedo a tocarse.

- *Verbalización de miedo ante la aparición de infección del orificio de salida de catéter y/o peritonitis.

AREAS DE DEPENDENCIA: C,Fp,Ff,V

OBJETIVO GENERAL:

El paciente mostrará una disminución de la respuesta física, emocional, intelectual, espiritual y social al temor al alta de la unidad de agudos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

A.D. C) - Describirá la forma de utilizar los diferentes dispositivos terapéuticos.

A.D. Fp) - Explicará abiertamente cómo se siente y cómo evoluciona el miedo.

A.D. Ff) - Pondrá en práctica, cuando aparezca el temor, las técnicas de relajación.

A.D. V) - Participará activamente en el plan de cuidados prescrito.

INTERVENCIONES:

Potenciación de la seguridad.

Información sensorial preparatoria.

CUIDADOS ENFERMEROS

A.D. C) - Explicar el procedimiento en la secuencia que más probablemente se sucede.

- Responder a las preguntas sobre su salud.

- Enseñar la utilización de la bolsa para ducharse sin riesgo para el catéter.

A.D. Fp) - Evaluar las consecuencias que puedan derivarse de la falta de control del temor.

- Responder a las preguntas sobre su salud.

- Valorar la necesidad de derivar a un especialista de salud mental.

A.D. Ff)-Instar al paciente a ducharse en la unidad bajo la supervisión de enfermería y enseñarle a curarse el orificio de salida del catéter.

- Confirmar que al alta utilice la bolsa adecuadamente para ducharse.

- Explicar técnicas de relajación.

- A. D V)-Animar al paciente a pedir ayuda cada vez que sienta temor.
- Dar oportunidad de hacer preguntas y clarificar malos entendidos.

AFRONTAMIENTO INEFECTIVO

Definición: incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

R/C: - cambios en el estilo de vida.

- percepción de falta de control sobre la situación.
- desconfianza en las propias aptitudes para afrontar la situación.

M/P: *insomnio,

- *refiere incapacidad para afrontar la situación,
- *falta de control de sus impulsos, sensación de fatiga (emocional),
- *demandas reiteradas de consultas,
- *incapacidad para cumplir su rol,
- *verbalización de sentimientos de inseguridad.
- *verbalización de miedo a infección.

ÁREAS DE DEPENDENCIA: C,Fp,Ff,V

OBJETIVO GENERAL:

El paciente adoptará una conducta adaptativa que facilite la solución de los problemas al alta de la unidad de diálisis.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

A.D. C) - Explicará la importancia del cambio que debe llevar a cabo para adaptarse correctamente a la nueva situación y hablará abiertamente de su nueva vida.

A.D. Fp) - Identificará el hecho de reorganizar su vida con las nuevas pautas para su salud.

A.D. Ff) - Demostrará habilidades para afrontar eficazmente su nueva situación(dieta, medicación, cuidados de FAV y/o orificio de salida del catéter, higiene, vida social, etc.).

A.D. V) - Cada vez que entre en crisis será capaz de afrontarlo.

- Se comprometerá a seguir el plan propuesto.

INTERVENCIONES:

- Apoyo emocional.
- Asesoramiento.
- Potenciación de la capacidad de hacer frente a las situaciones difíciles.

CUIDADOS ENFERMEROS

A.D. C) - Enseñar las diferentes opciones para conseguir una adaptación efectiva a su entrada en programa de diálisis.

- Proporcionar una información objetiva a las demandas del paciente.

A.D. Fp) - Averiguar lo que ha supuesto en la vida del paciente entrar en programa.

- Pactar con el paciente una lista de prioridades sobre las diferentes alternativas ante la nueva situación (cambio de turno, de día, centro más cercano, etc.)

A.D. Ff) - Ayudar al paciente a reorganizar su vida en relación al tratamiento con diálisis.

- Programar reuniones con los familiares para obtener su apoyo y colaboración.

A.D. V) - Reforzar y elogiar los logros obtenidos y las decisiones positivas.

- Estimular la libre expresión de sentimientos.

MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO

Definición: Situación en que la persona integra en su vida cotidiana el programa de tratamiento de la enfermedad y sus secuelas resulta inadecuada para alcanzar los objetivos de salud fijados.

R/C:- falta de conocimientos,

- exceso de información de fuentes poco fiables,
- falta de habilidad en el manejo del regimen terapéutico(dieta, etc),
- inconstancia en el seguimiento del régimen terapéutico.

M/P: *Verbalización de no saber llevar a cabo las actividades (dieta, medicación, higiene,etc.) necesarias para su situación en diálisis.

ÁREAS DE DEPENDENCIA: C,Fp,Ff,V

OBJETIVO GENERAL:

- Demostrará conocer el régimen terapéutico en todos sus aspectos, al alta.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

A.D. C) -Enumerará las restricciones dietéticas propias del tratamiento.

- Reconocerá situaciones de alarma relacionadas con el tratamiento.

- Describirá las pautas de tratamiento domiciliario.

A.D. Fp)-Comentará los beneficios de incorporar las nuevas pautas de salud.

A.D. Ff)-Demostrará habilidades de manejo del régimen terapéutico(dieta,higiene,...)

A.D. V) -Participará activamente el plan de cuidados.

INTERVENCIONES:

- Apoyo emocional
- Asesoramiento
- Guía de anticipación
- Enseñanza proceso enfermedad

CUIDADOS ENFERMEROS

A.D. C) - Explicar el proceso de su enfermedad adaptándose al nivel cultural, social, educativo, religioso, etc.

- Explicar las situaciones de alarma así como sus soluciones.

A.D. Fp) - Discutir la importancia y conveniencia de utilizar correctamente los nuevos hábitos dietéticos.

- Comprobar la integración de los conocimientos impartidos.

A.D. Ff) - Proporcionar debidamente cumplimentada y explicada la hoja de medicación domiciliaria del paciente.

- Comprobar que el paciente lleva a cabo las técnicas y habilidades específicas del régimen terapéutico.

A.D. V) - Reforzar los logros obtenidos y esfuerzos realizados.

- Animar a mantener la constancia del régimen terapéutico.

RIESGO DE LESIÓN

Definición: Situación en que la persona puede sufrir una lesión inespecífica como consecuencia de la interacción entre las condiciones ambientales y sus propios recursos adaptativos o defensivos

R/C: - manejo de nuevas pautas de salud (FAV, catéter, medicación, etc).

AREAS DE DEPENDENCIA: C,Fp,Ff,V

OBJETIVO:

Sabrà mantener en todo momento su integridad física.

A.D. C) - Describirá los factores de riesgo relativos a los hábitos de vida y del entorno.

A.D. Fp) - Argumentará la conveniencia de modificar los hábitos de vida nocivos, que aumenten los factores de riesgo.

A.D. Ff) - Usará adecuadamente técnicas de ayuda y protección.

A.D. V) - Integrará en su vida los cambios propuestos en el plan terapéutico.

INTERVENCIONES:

- Educación sanitaria
- Identificación de riesgos
- Prevención de hemorragias
- Prevención de caídas

CUIDADOS ENFERMEROS

A.D. C) - Valorar los conocimientos del paciente sobre los riesgos existentes por su entrada en el programa de diálisis.

A.D. Fp) - Explicar la importancia de conocer y anticiparse a los riesgos mencionados

A.D. Ff) - Observar la actuación del paciente ante cualquier riesgo.

- Comprobar las habilidades a la hora de anticiparse a cualquier situación de riesgo.

- Enseñar los signos y síntomas y situaciones de riesgo en los que el paciente tiene que actuar con la mayor brevedad posible.

A.D. V) - Alentar a la consulta de cualquier duda y a pedir ayuda ante situaciones de urgencia (llamada telefónica, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

María Teresa Luis Rodrigo; "Los diagnósticos enfermeros. Revisión Crítica y Guía Práctica" Ed. Masson S.A Año: 2003.

Marion Johnson y Cols; "Clasificación de resultados de enfermería" Ed. Harcourt. 2003.

Joanne C. McCloskey; "Clasificación de intervenciones de enfermería". Ed. Harcourt. 03.

Camino Campo Martínez; "Intervenciones en problemas independientes e interdependientes en dos unidades de hospitalización". Rev Metas de Enfermería, febrero-04.