

# 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 identifico 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 (grafico 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 practica 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.	

Grafico 2. Ejemplo de problema de autonomía

<b>PA. MANTENIMIENTO DE LA TEMPERATURA CORPORAL(SUPLENCIA)</b>	
<b>DEFINICION:</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.	

Grafico 3: ejemplo de problema de colaboración.

<b>C.P: TRAUMATISMO</b>	
<b>DEFINICION:</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** .

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