

DISEÑO DE UNA HOJA DE REVISIÓN DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES EN PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA CONTINUA

*Jesús Lucas Martín Espejo, M.^aLuisa Soler Junco,
M.^ade los Angeles Domínguez Moliner*

Ciudad Sanitaria Virgen de Rocío. Sevilla.

INTRODUCCION

La importante expansión y desarrollo alcanzado por la Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (D. P.A.C.) en los últimos años, exige una organización compleja y a la vez lo más funcional posible.

Dentro de esta organización, el papel de la Enfermería es de suma importancia para el éxito del programa de D.P.A.C.

En este sentido, el disponer de una Historia de Enfermería que proporcione en todo momento una información lo más completa posible a cualquier miembro, del cada vez más numeroso y variado equipo que configura una Unidad Nefrológica de D.P.A.C., se hace imprescindible.

OBJETIVO

La finalidad de la presente comunicación es presentar el diseño de una «Hoja de Revisión de Enfermería» en donde de forma rápida y sencilla, pero a la vez lo más completa posible, pudiéramos recoger en cada revisión, los datos de mayor interés para el control y seguimiento del paciente en D.P.A.C. Todo ello como un elemento más del Plan de cuidado integral del paciente.

Esta hoja añadida a la historia básica de comienzo, formaría la Historia de Enfermería.

HISTORIA BASICA DE COMIENZO

En nuestra unidad a todo paciente se le efectúa una Historia de Enfermería de comienzo, que consta de los siguientes apartados (gráfico n.º I).

A) Datos de filiación:

Donde se recogen, nombre, dirección, teléfono, n.º de la Seguridad Social, n.º de Historia Clínica, estado civil, profesión, situación laboral, etc.

B) Hábitat:

Donde recogemos los datos de interés referidos a su lugar de residencia y las condiciones higiénicas del mismo (agua corriente, luz, evacuación de residuos, número de habitaciones de la vivienda, número de las personas que conviven, animales domésticos, nivel socio-económico y cultural de su entorno).

C) Hábitos:

Nos interesamos en este apartado por los posibles hábitos perjudiciales que haya que corregir (tabaco, alcohol, etc.) o beneficiosos que debamos estimular (ejercicio físico, inquietudes culturales, etc.).

D) Alimentación:

Apartado de gran importancia en nuestro entorno, debido al elevado contenido en sal y potasio de la dieta habitual de nuestra región.

Investigamos hábitos alimenticios del paciente haciendo hincapié en la ingesta proteica, cantidad de grasas e hidratos de carbono, ingesta de sal y potasio, así como el control sobre la ingesta de líquidos (café, agua, caldo, etc.).

Preguntamos sobre las dificultades que puedan tener para el seguimiento de la dieta prescrita, de tipo orgánico, funcional o económico.

E) Actitud del paciente y la familia antes de la enfermedad renal:

Incluimos en este apartado alteraciones psíquicas o sociales (depresión, ansiedad, angustias, carga familiar, falta de espacio físico, falta de apoyo familiar, etc.) que pudiéramos detectar en el paciente o su familia y que pueda poner en peligro el normal desarrollo de la técnica.

F) Conocimiento por parte del paciente y la familia de la enfermedad renal y su tratamiento:

Recogemos en este apartado la enfermedad de base del paciente y otras patologías asociadas que pueda presentar, indagando sobre el grado de conocimientos que de ellas tiene el paciente y su familia y que nos sirva de base para nuestra actuación durante la enseñanza intentando proporcionarle un conocimiento lo más adecuado posible sobre su enfermedad y los métodos de depuración extrarrenal, evitando así la ansiedad que ello produce por desconocimiento.

G) Diagnóstico de Enfermería y Plan de Cuidados:

Este último apartado, consecuencia de los anteriores, nos facilitará la información sobre nuestro trabajo a realizar una vez incluido el paciente en el programa de D. P.A.C. Indicamos aquí sobre los problemas que debemos incidir de forma especial en cada paciente dependiendo de su patología y características personales.

Con esta Historia General como base, hemos diseñado una Hoja de Revisión de Enfermería para cumplimentar cada vez que el paciente acude a nuestra consulta (cada uno o dos meses) y que al añadirse a la primera conforme una Historia de Enfermería lo más completa posible.

Los pacientes disponen en su domicilio de un cuadernillo, expresamente diseñado para ellos en donde anotan diariamente, las constantes vitales, el número de intercambios, concentración de los mismos, el balance, administración de posible medicación (insulina, heparina, antibióticos, etc.) así como la sintomatología que pueda presentar.

HOJA DE REVISION DE ENFERMERIA PARA PACIENTES EN D.P.A.C.

Consta de los siguientes apartados (gráfico n.º 2):

A) Nombre, fecha de la revisión, casa comercial, técnica que usa. Datos que hacemos constar dada la gran variedad de casas comerciales y técnicas de cada una de ellas (pincho, rosca, desconexión, etc.).

B) Constantes vitales:

Que además de su importancia clínica, nos facilita información al compararla con las recogidas por el paciente en su cuadernillo sobre la capacitación técnica del paciente o del posible deterioro del material utilizado en su domicilio (manguito de presión).

C) Acceso Peritoneal:

Recogemos por inspección el estado de la inserción del catéter así como la cura del mismo. Preguntamos sobre el número de curas que realiza el paciente.

En caso de anomalía de la inserción se recoge frotis, si se comienza o no protocolo de tratamiento, anotando el medicamento introducido, así como el tipo de cura aconsejada.

Una vez llega el frotis anotamos resultados del mismo y las posibles modificaciones del tratamiento, previa notificación al interesado.

D) Control de Balances Hídricos:

Examinamos en el cuadernillo del paciente los balances por él realizados con los que obtenemos información sobre el adecuado manejo de los líquidos hipertánicos, así como del material utilizado (báscula, pesa bolsa).

En los pacientes diabéticos revisamos además los controles de glucemias que han realizado y la utilización de las pautas de insulinas indicadas.

E) Dieta:

Los pacientes son preguntados sobre el tipo de dieta realizado desde la última revisión y vemos si coincide o no con la indicada. Insistimos en relación con la ingesta de sal, hidratos de carbono, alimentos ricos en potasio, etc. Al final anotamos los hábitos a cambiar y sobre lo que debemos insistir en las próximas revisiones.

F) Higiene personal:

Por inspección comprobamos la higiene general del paciente, y particularmente la de las manos por

HISTORIA DE ENFERMERIA DE PACIENTES EN DIALISIS

N.º S. S N.º Hª. Clínica
Nombre Fecha de comienzo

Domicilio Población
Fecha de nacimiento D. P
Teléfono Profesión Estado Civil
Situación laboral Nivel de instrucción

Composición familiar

Nivel económico

Habitat Piso Casa Casa rural Habit. Nº. M.²
Agua corriente Luz Evacua. de residuos Animales
Hábitos - Ejercicio físico Tipo Frecuencia
Tabaco N.º de cigarrillos/día Alcohol Cantidad
Otros líquidos (Agua, café, etc.) Cantidad cc.

Tipo de alimentación frecuente antes de la enfermedad renal

Problemas que tiene para seguir la dieta prescrita

Problemas de digestión

Diuresis en cc aprox Deposiciones N.º de veces

Problemas de evacuación

Toma hierbas laxantes

Función sexual

Actitud de la familia y el paciente ante la enfermedad renal

Aceptación Inseguridad Miedo Depresión

Diagnóstico

Conoce la enfermedad.

Dudas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA Y PLAN DE CUIDADOS

GRAFICO N.º 1

REVISION DE ENFERMERIA Y PACIENTES EN D.P.A.C.

Nombre:
Fecha:
Técnica: C. Comercial:
Constantes: Peso: 0 Pulso 0
T/A D D
D
Cateter:
- Apósito: Limpio: Sucio: Sin apósito:
- N.º de veces que se cura a la semana Bien Mal
- Inserción: Bien: Infectada: Roja: Moja:
Ulcera: Moja:
Tratamiento: Si NO Resultado
Tratamiento: Curas frecuentes: Medicación
N.º de veces Tipo

Observaciones:
Control de balances:
Apunta constante: si no a veces Peso: si no
Pesa bolsas: si no a veces
Anota balances: si no a veces
Control de glucemias: si no bien mal
necesita reciclar: si no
Puntos a corregir:

Dieta: con sal sin sal media sal
Conocimiento: Bueno Regular Malo
Seguimiento: Bueno Regular Malo
Hábitos a cambiar:
Higiene: Buena Regular Mala
Manos: Limpias Poco limpias Sucias
Uñas: Limpias Poco limpias Sucias
Ejercicio físico: Si No Tipo:
Frecuencia:
(Gráfico n.º 2 A)

SISTOMATOLOGIA

-Cefalea	si	no	-Prurito		si	no
-Fuerza muscular	si	no	-Visión	buena	regular	mala
-Dolor/tipo	si	no	-Estreñimiento		si	no
-Disnea	si	no	-Diarrea		si	no
-Mareos	si	no	-Parestesias		si	no
-Edemas	si	no	-Piernas inquietas		si	no
-Cansancio	si	no	-Duerme		si	no
-Sed	si	no	-Usa sedantes		si	no
-Sudoración	si	no	-Otros		si	no

SEMESTRAL

Técnica: Revisión de cambio de bolsa si no
Como efectua el cambio: Bien Regular Mal
Necesita reciclar: si no
Puntos a corregir:

Reinserción social: Trabaja si no
Tipo de trabajo:
Tiempo de dedicación al trabajo:
Total Parcial No tiene trabajo Invalido Tipo

Medicación:
Conoce para qué sirve la medicación que toma y su correcta administración. si no
Evaluación:
Aspecto a mejorar:

Exploraciones pendientes:

Observaciones:

(Gráfico n.º 2 B)

su implicación en la realización de la técnica. En caso de higiene deficiente se le insiste sobre la importancia de la misma.

G) Ejercicio físico:

Debido a la reabsorción de glucosa que implica la técnica y como consecuencia la tendencia a la obesidad y la hipertrigliceridemia, consideramos de gran importancia el insistir en este punto.

Recomendamos una o dos horas de paseo como mínimo, en caso de que el paciente no tenga ninguna ocupación que favorezca el ejercicio físico.

H) Sintomatología:

Recogemos aquí la sintomatología más frecuente, tanto en relación con la situación clínica o analítica de paciente (anemia, hipercalcemia, cefalea, etc.), o que pueda influir en el desarrollo de la técnica (visión, estreñimiento, etc.).

Cuenta con un apartado en blanco donde se puede recoger cualquier otra sintomatología no especificada.

Los apartados siguientes son rellenados en las revisiones semestrales o antes en caso de existir algún problema concreto.

I) Uso de la técnica:

Cada seis meses el paciente realiza un cambio de bolsa en la unidad y ante nuestra supervisión para detectar posibles fallos en la realización de la técnica. Anotando en la hoja los puntos a corregir en su posible recambio.

Actualmente lo hacemos coincidir con el cambio de línea que efectuamos cada seis meses, debido a una modificación que hemos introducido en el mismo y cuyos resultados comunicaremos en un posterior trabajo.

J) Reinserción social:

Preguntamos sobre su actividad laboral o de otro tipo que pudiera estar realizando, para que en caso contrario fomentar alguna que favorezca su reinserción social.

Anotamos en caso de invalidez de qué tipo y grado es ésta.

K) Medicación:

Revisamos semestralmente, el tipo de medicación y su forma de administración, aclarando en caso necesario la finalidad de cada una de ellas.

L) Evaluación:

En este apartado se recogen los aspectos a mejorar (técnica, dieta, reinserción social, etc.).

Así como las exploraciones o citas pendientes (velocidad de conducción motora, transfusiones programadas, tipajes, etc.).

M) Observaciones:

Apartado donde podemos especificar algún dato no recogido en los diferentes apartados anteriores o hacer algún comentario que nos interese en alguno de los pacientes en particular.

CONCLUSIONES

Se ha conseguido protocolizar y uniformar las revisiones de los pacientes de D. P.A.C., independientemente del personal de Enfermería que la realice.

Así como una recogida de datos de todas las incidencias acaecidas a los pacientes durante su estancia en el programa de D.P.A.C. y de fácil utilización para el personal que lo atiende.

BIBLIOGRAFIA

Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. Historia Personal. Cuidados de Enfermería a crónicos y familia. Antonia Vives, Mercedes Pocino: Planificación de un modelo de historia de Enfermería, aplicado al enfermo renal crónico, S.E.D.E.N., Barcelona, 19-22 de octubre de 1986.