

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES CON DIALISIS PERITONEAL

M.^a Luz Terrón, M.^a José Fernández Senso

Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres

INTRODUCCION

La Diálisis Peritoneal es un procedimiento que permite por depuración extrarrenal eliminar indirectamente de la sangre el exceso de agua, sales y toxinas por difusión y ósmosis utilizando como membrana dializante el peritoneo.

La enfermedad, cualquiera que sea su tipo, se considera generalmente como un elemento negativo, que llega a desestabilizar de manera más o menos importante la normalidad de la vida tanto individual como social de la persona.

Para modificar el entorno de renuncia que el ambiente social-familiar tiende a desarrollar alrededor de los enfermos nefrológicos, enfermos de evolución lenta con grandes secuelas generalmente, nos planteamos desde el punto de vista de enfermería proporcionarles una mejor calidad de vida a través de los cuidados.

A través del trabajo y la práctica diaria hemos podido detectar los cuidados que demanda y precisa el enfermo durante la fase aguda y a lo largo de la diálisis previniendo las complicaciones.

Por ello se elaboró un Plan de Cuidados estandarizados.

Este plan debe ser utilizado de forma individual:

- Se debe utilizar como punto de partida y no como conclusión; como guía de principios no como plan establecido.
- No se deben emplear a ciegas, lo que iría en detrimento del paciente, ya que en ellos no se pueden abordar todos los problemas específicos del mismo.

Componentes de un Plan de Cuidados:

1. Diagnósticos o Problemas reales o potenciales.
2. Resultados esperados.
3. Acciones de Enfermería.

OBJETIVOS GENERALES

- Mantenimiento de las funciones vitales.
- Administrar cuidados que aseguren la correcta realización de la diálisis y evitar complicaciones.

MATERIALES Y METODOS

Proceso de Atención de Enfermería basado en el modelo de Dorothea Orem.

1. Cuidados estandarizados: Encaminados a resolver los problemas ya existentes y evitar los problemas potenciales relacionados con la diálisis peritoneal.
2. Continuidad en los cuidados. Asegura que todos los miembros del equipo sepan lo que se pretende conseguir, quién ha de conseguirlo, cuándo y cómo.
3. Proporciona información: Comunica a todos los miembros del equipo los problemas, objetivos y actividades específicas que se han identificado en el paciente.
4. Evaluación: Sirve de guía para ser estudiado posteriormente y para evaluar los cuidados prestados.

RESUMEN

El plan de Cuidados se centra en pacientes sometidos a diálisis peritoneal.

Actuando desde la fase aguda pasando por la respuesta humana ante la enfermedad hasta el término de la diálisis.

La base de este plan de Cuidados es el Proceso de atención de enfermería, como método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, atendiendo las necesidades de cada paciente, determinando las acciones para reducir o eliminar los problemas identificados en la valoración.

CONCLUSION

Este plan de Cuidados identifica los problemas habituales que suelen acompañar a un diagnóstico dado, estableciendo los objetivos-criterios de resultados y determinando las acciones de enfermería.

Con el plan de Cuidados estandarizados conseguimos:

- Proporcionar información básica y específica del paciente para emprender el proceso de planificación.
- Ahorrar tiempo en la elaboración de Plan de Cuidados individualizados.
- Potenciar la calidad de la atención prestada.
- Potenciar la calidad de los registros.

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES CON DIALISIS PERITONEAL		
DIAGNOSTICO PROBLEMA	RESULTADO ESPERADO	ACCIONES DE ENFERMERIA
1.- Déficit en el autocuidado Comprobar si tiene en relación con falta de conocimientos.	condiciones de higiene y asepsia.	-El Paciente está en perfectas-Valoración del paciente. información sobre la D.P. -Intormar al paciente sobre las técnicas de D.P. -Aseo del paciente. -Rasurado y asepsización de la zona de inscición. -Control de constarites, peso y diuresis
2.-Potencial de lesión en relación a conexión D.P.	-Evitar intección (Peritonitis)	-Vaciado de vejiga previa inserción de catéter, no tendrá urgencias frecuentes para miccionar o defecar -Conexión aséptica enfermo-ciciador -Observar aspecto de líquido Peritoncal (No hay evidencia de rmaterial fecal o hemoriagia persistente.
3.-Incapacidad total para el requiera autocuidado en relación con eliminación y la movilidad disminuida	nutrición e hidratación mientras persiste la inmovilidad.	-El paciente está en perfectas-Prestar ayuda cuando lo condiciones de higiene , -Ayuda total para la higiene , alimentación.
4.-Riesgo de lesión en relación con la movilidad disminuida	-No se produzcan	-Cambios, Posturales -Observación de líneas y catéter
5.-Alteración en el equilibrio líquido y electrolito	-Evitar desequilibrio electrolítico -T,A, dentro de sus límites normales.	-Pérdida de líquidos correcta-Vigilar drenajes y anotar balances -Observar alteración en relación con pérdida de Ca y K, (Avisar Nefrólogo) -Toma de corLstantes cada 3 pases.
6.-Alteración de la función respiratoria por sobrecarga de líquidos (disnea)	-Conseguir una t'unción -Comprobar disminución de disnea	-Administrar O2 según pautas respiratoria normal.-Eleva la cabecera de la cama -Facilitar el máximo drenaje posible -Intundir menor cantidad de líquidos

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES CON DIALISIS PERITONEAL

DIAGNOSTICO PROBLEMA	RESULTADO ESPERADO	ACCIONES DE ENFERMERIA
7.-Alteración en el bienestar. Dolor agudo en relación a la entrada de líquido en el abdomen	-Minimizar las molestias abdominales.	<ul style="list-style-type: none"> -Calentar el dializador a la temperatura corporal antes de empezar la perfusión. -Cambiar la posición del paciente con frecuencia. -Disminuir la frecuencia de la perfusión -Evitar entrada de aire en el equipo. -Tendrá unos sonidos intestinales normales -Mantendrá un patrón de eliminación intestinal normal
8.-Déficit Nutricional en relación con la anorexia, distensión abdominal, estomatitis o náuseas	-Fomentar un aporte Nutricional adecuado.	<ul style="list-style-type: none"> -Notificar al médico si el dolor persiste -Planificar un menú que incorpore las preferencias del paciente relacionado con su dieta. -Evitar la manipulación del equipo y drenaje a la hora de la comida -Ofrecer la comida cuando la cavidad abdominal esta vacía. -Ofrecer poca cantidad de comida con frecuencia.
9.-Alteración metabólica a consecuencia de la diabetes 10.- Proceso infeccioso. Peritonitis	<ul style="list-style-type: none"> -Evitar descompensación metabólica -No aparece durante la hospitalización signos y síntomas de infección 	<ul style="list-style-type: none"> -Estimular una higiene oral frecuente -Control glucemias. -Poner insulina pautaada. -Utilizar técnicas asépticas estrictas en toda manipulación durante la dialisis -Observar orificio pericatereter (Enrojecimiento, exudado o fuga de líquidos) -Observar aspecto del líquido drenado. -Tomar temperatura cada 8 horas -Observar al paciente para detectar signos de peritonitis
11.-Temor en relación con la entrada en programa de Diálisis Peritoneal.	-Aliviar el estado de ansiedad producida por su nueva situación	<ul style="list-style-type: none"> -Avisar al Nefrólogo si existe algún problema y comenzar protocolo de peritonitis -Animarle informandole de que esto puede ser una situación transitoria. -Averiguar cuales son sus experiencias previas en su entorno respecto a enfermedad -Intentar aclararse en todo lo posible lo referente a esta situación.