

UNA SISTEMATIZACIÓN DE LOS CUIDADOS QUE GARANTIZA LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN II

L. Andreu, P. Gruart**, F. Vilamau**, J. Andújar***

*Departamento. de Enfermería Fundamental y Médico-Quirúrgica. Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona.

**Unitat de Diàlisi TR. Hospital<Prnceps d'Espanya> C.S.U.B. Barcelona

INTRODUCCIÓN

El gran avance científico que en los últimos años ha transformado nuestra sociedad ha generado una situación sanitaria cuyas características más importantes son:

Gran desarrollo tecnológico. Aumento espectacular de esperanza de vida. Aparición de patologías derivadas en gran parte de procesos degenerativos. Mayores expectativas de la población en materia de salud. Incremento de los costes.

Los profesionales sanitarios pretenden responder cada vez más y mejor a las demandas sociales, ofreciendo mayor calidad de servicios; a tal fin, diferentes modelos organizativos buscan satisfacer las necesidades de la población en materia de salud utilizando adecuadamente los recursos. Los enfermeros necesitamos de sistemas de trabajo que nos permitan actuar con rapidez y rigor, ofreciendo a los pacientes, cuidados de calidad que cubran sus necesidades.

La estandarización de los planes de cuidados, siempre que permitan una atención individualizada y la autonomía del profesional, puede ser una estrategia que facilite y aumente la calidad en la administración y registros de los cuidados.

La gestión de casos es un método innovador de provisión de cuidados que responde adecuadamente a las expectativas de usuarios, profesionales y gestores. Este método nació en Estados Unidos y en la actualidad se está aplicando también en diferentes instituciones de Canadá y Europa. En nuestro país las experiencias publicadas son extraordinariamente positivas. La gestión de casos pretende que los cuidados se centren en las necesidades reales de los pacientes, que se potencie el rol clínico de los profesionales y que los costes se racionalicen; para ello se planifica e implanta, evaluando continuamente la eficacia y la eficiencia, los cuidados que se proporcionan al enfermo y familia. La esencia del método es que integre principios de la gestión al proceso clínico con el objetivo de ofrecer cuidados de calidad en el momento oportuno, racionalizando los recursos. Para que esto sea posible se debe.

- a) Definir los problemas que afecten al paciente.
- b) Consensuar los resultados a esperar con el paciente/familia y equipo multidisciplinario.
- c) Definir el tiempo en que se han de obtener estos resultados.
- d) Elaborar un proceso de cuidados individualizado.

Este método necesita de un <gestor de casos> cuyo papel es el de coordinar todas las actividades y servicios que el paciente requiere, en general es un profesional de enfermería con un profundo conocimiento acerca del grupo de pacientes a atender. Para poder obtener los resultados deseados se debe diseñar por parte del equipo multidisciplinario, una trayectoria clínica que es un plan de actuación de todo el equipo para un <caso tipo> y que se adapta a cada paciente, en el que se debe reflejar todos los objetivos clave y acciones necesarias para que se cumplan dichos objetivos en unas fechas preestablecidas.

Las características de los pacientes sometidos a tratamiento sustitutivo de la función renal y más concretamente a la diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD) hacen que puedan beneficiarse de este método de trabajo. Su implantación se puede ver facilitada por el gran conocimiento que sobre el cuidado de sus pacientes han demostrado sobradamente los enfermeros responsables de los programas de CAPD y por el hecho de que tradicionalmente los equipos multidisciplinarios siempre han trabajado de forma absolutamente integrada.

JUSTIFICACIÓN

La integración en los programas de atención a pacientes renales de métodos innovadores de trabajo que garanticen la calidad de cuidados y optimicen los recursos sufre un gran aliciente para los profesionales a la vez que aumenta al grado de satisfacción de los usuarios.

Por otra parte, elaborar un plan de trabajo requiere siempre, como requisito imprescindible, el conocer la experiencia previa, con el fin de situarnos en el punto de partida adecuada. La revisión sistemática de casos nos permite analizar y reflexionar sobre nuestros errores y aciertos, mejorando nuestro trabajo.

Con esta doble finalidad nos planteamos en este trabajo el siguiente objetivo.

OBJETIVO

Definir una trayectoria clínica que permita aplicar el modelo de gestión de casos al paciente que inicia tratamiento con CAPD. Dicha trayectoria comprenderá desde el inicio (momento de la colocación del catéter peritoneal) hasta el <alta> entendiéndose como tal, la finalización del proceso que permita al paciente realizar por sí mismo la técnica completa de diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD) en su domicilio. El proceso completo se realizará en un período de 21 días.

MATERIAL Y MÉTODOS

Como estudio previo se han revisado las historias clínicas de 82 pacientes del programa de CAPD; de ellos se han recogido los siguientes aspectos:

Sexo: 49 hombres y 33 mujeres. Edad: la media de 54 años, con desviación estándar 18,1.

- Causa de la insuficiencia renal.
- Patologías asociadas.
- Nivel sociocultural.
- Tiempo transcurrido entre la decisión de la inclusión en la técnica y el alta.
- Técnica utilizada en la implantación del catéter.
- Tiempo transcurrido desde la implantación del cateter hasta la realización de tina depuración completa y efectiva.
- Programa educativo.
- Ingresos hospitalarios durante este proceso.
- Sesiones de hemodiálisis o diálisis peritoneal con cicladoras durante este proceso.
- Otras incidencias.

Se realizó el tratamiento estadístico de las variables estudiadas con el programa informático S.P.S.S.

Los resultados obtenidos de este estudio nos permiten afirmar que:

1.º B tiempo medio transcurrido entre la colocación del catéter y el alta del paciente fue de 28,4 días (rango 17 a 60 días), exceptuando un paciente que estuvo en plan educacional durante tres meses.

2.º Los principales problemas observados han sido:

- Infecciones.
- Fugas.
- Deterioro del estado del paciente que obliga a realizar sesiones con ciciadora precozmente.
- Difícil coordinación del equipo asistencia.
- Mala posición del catéter debida a una inadecuada evacuación intestinal
- Programa educativo incompleto,

Pese a todo esto y de los datos que se han podido obtener, el 38% de pacientes en los que no ocurrieron incidencias significativas (es decir que todo transcurrió con normalidad), el tiempo entre la decisión de empezar programa y el alta fue de unas 3 semanas.

Por tanto parece oportuno pensar que es factible realizar un protocolo cuyo objetivo final sea conseguir el alta del paciente en 21 días. A tal fin se elaboró una trayectoria clínica en el que se contemplan todas las acciones a realizar en este período para conseguir el objetivo fijado. Asimismo y definiendo al <paciente tipo> que podría incluirse en esta planificación de cuidados correspondería a:

Edad entre 15-75 años.

Vivienda individual (no residencia asistida o similar).

Adecuada situación psicosocial (con estado de conciencia y habilidad manual normal).

Es imprescindible remarcar que pacientes que no cumplan estas características (paciente invidente, etc.) no pueden ser incluidos en este protocolo y para ellos debe hacerse una adaptación del mismo.

El equipo multidisciplinario diseñó y consensuó dicha trayectoria clínica. Éste es un punto fundamental para garantizar la viabilidad del método.

RESULTADOS

En la trayectoria clínica que se refleja en anexo y a la vista de los problemas definidos, se hace especial hincapié:

- Medidas correctivas.
- Coordinación del equipo.
- Definición del día de colocación del catéter.
- Mentalización y educación del paciente.
- Programa educativo (educación sanitaria).
- Medidas de asepsia.

DISCUSIÓN

Aunque en la actualidad el planteamiento de este trabajo es teórico, ya que no es significativo el número de pacientes en los que se ha aplicado, pensamos que este diseño puede facilitar el ofrecer al paciente que inicia el programa de CAPD una asistencia eficaz y eficiente.

El enfermero responsable del programa de diálisis peritoneal debe ser el encargado de realizar el seguimiento de la trayectoria clínica, corrigiendo las posibles desviaciones del plan que se hayan producido durante el proceso,

La coordinación del equipo asistencial es el elemento imprescindible que garantiza la viabilidad del plan. El enfermero encargado, en todo momento, mantiene informado a los miembros del equipo de las posibles desviaciones que aparezcan en el plan y obtiene de los restantes miembros del equipo la colaboración necesaria para efectuar las correcciones oportunas (cambios en el tratamiento, peticiones a otras consultas, etc.).

CONCLUSIONES

- Es necesario fomentar la interrelación del equipo multidisciplinar. La creación de métodos innovadores como puede ser la <trayectoria clínica> es un aliciente que facilita dicha interrelación.

- La trayectoria clínica diseñada por nuestro equipo multidisciplinario, permite realizar el proceso de inclusión en programa-alta del paciente, en un período de 21 días.

- La trayectoria clínica sólo puede aplicarse a pacientes cuyas características estén preestablecidas.

- Tan sólo una evaluación continuada del proceso asistencial permite alcanzar los objetivos fijados.

- El enfermero responsable del seguimiento de la trayectoria clínica es elemento indispensable para garantizar el éxito de la misma.

ANEXO

Consulta previa a la entrada en programa para:

Información sobre el programa de D. P.
Visita domiciliaria. Motivos de exclusión:

Vivienda deficiente.
Nivel sociocultural bajo.
Dependencia

	PRE (-8 O 15 DÍAS)	DÍA -1	DÍA 0	DÍA 1	DIAS 2 Y 3
	fecha:	fecha:	fecha:	fecha:	fecha:
órdenes de medicación (OM)	<ul style="list-style-type: none"> Visita médica 	<ul style="list-style-type: none"> Med. precolocación Med. habitual 		<ul style="list-style-type: none"> Medicación pautada Antibioterapia, según prescripción. 	
Activ. de Enfermería (AE)		<ul style="list-style-type: none"> Rasurado abdomen (sip) Enema efectivo (22 h) Ayuras desde (0,00 h) 	<ul style="list-style-type: none"> Control signos vitales c/8 horas Colocación vía: <ul style="list-style-type: none"> administración medicación pautada (sedación, etc.) Balance hídrico. Valoración respuesta emocional/adaptación familia 	<ul style="list-style-type: none"> Control de signos vitales c/8 h. Control del dolor Control de la evacuación intestinal y vesical. Balance hídrico. Valoración respuesta emocional/adaptación familia 	
A.E. de celosis	<ul style="list-style-type: none"> Presentación Explicación de la planificación de los cuidados que requerirá (pase del video, etc...) 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación Explicación procedimiento colocación catéter. Verificación: resultados preoperatorios 	<ul style="list-style-type: none"> Verificación evacuación intestinal Verificación: evacuación vesical Comprobación funcionamiento catéter peritoneal. 6 horas post intervención: comprobación: apósito herida quirúrgica (HQ) seco. 	<ul style="list-style-type: none"> Lavado peritoneal (máximo 500 ml/lavado) Comprobación apósito HQ seco 	<ul style="list-style-type: none"> Lavado peritoneal = día 1 Cura apósito y orificio catéter
Consultas	<ul style="list-style-type: none"> Análisis habituales ECG Rx Frotis nasal. Revisión problemas abdominales (hernias...) 				<ul style="list-style-type: none"> Hemograma completo.
Activ. paciente			<ul style="list-style-type: none"> 8 horas ducha con jabón antiséptico Post intervención: <ul style="list-style-type: none"> Reposo absoluto Última hora inicio ingesta Retirar sueros si tolera ingesta 	<ul style="list-style-type: none"> Deambulación. Educación sanitaria (ES): <ul style="list-style-type: none"> Importancia de la evacuación intestinal 	<ul style="list-style-type: none"> Deambulación ES: <ul style="list-style-type: none"> Importancia de la evacuación intestinal y la asepsia
					<ul style="list-style-type: none"> Deambulación ES: <ul style="list-style-type: none"> Importancia de la evacuación intestinal y la asepsia
					ALTA HOSPITALARIA

LAVADOS Y CURAS (duración: máxima 2-3 horas)

	DÍA 5 o 6	DÍA 8 o 9	DÍA 11 o 12	DÍA 14 o 15
	fecha:	fecha:	fecha:	fecha:
	<ul style="list-style-type: none"> - Constantes - TA - Pulso - Temperatura - Peso y talla 	<ul style="list-style-type: none"> - Control signos vitales: - TA - Pulso - Temperatura 	<ul style="list-style-type: none"> - Control signos vitales: - TA - Pulso - Temperatura 	<ul style="list-style-type: none"> - Control signos vitales: - TA, Pulso, Temperatura - Peso - Pedir material al laboratorio para el día 20.
Actividades de Enfermería de Diálisis	<ul style="list-style-type: none"> - Lavado peritoneal: - Volumen máx. 500 ml/lavado - Dejar IP 50 ml con heparina 	<ul style="list-style-type: none"> - Lavado peritoneal: - Igual día anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lavado peritoneal: - Igual día anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lavado peritoneal: • Vol max. 1000 ml/lavado • Dejar IP 50 ml con heparina.
	<ul style="list-style-type: none"> - Cura aséptica herida quirúrgica y orificio: - Mascarilla - Toques yodo. - No presenta síntomas de infección (inflamación, dolor y rubor). 	<ul style="list-style-type: none"> - Cura aséptica: - Mascarilla - Herida quirúrgica: - Sacar puntos - Orificio: • Presencia de tejido epitelial • Presencia de tejido de granulación. • No presencia de síntomas de infección. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cura orificio: • Mascarilla • Lavado con jabón antiséptico. • Inmovilización catéter. • Presencia signos de cicatrización. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cura orificio: • Mascarilla • Lavado con jabón antiséptico • Inmovilización catéter. • Presencia signos de cicatrización.
Educación sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Evacuación intestinal - Lavado de manos - Mascarilla - Inmovilización catéter. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lavado antiséptico de manos. - Que es inclusión y drenaje. - Cómo hacer la inf. y dren. - Inmovilización catéter. Cura orificio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de ES día anterior. - Material necesario para el recambio de bolsa. - Antisepsia antes conexión. 	
Visita médica			<ul style="list-style-type: none"> - Valoración resultados analítica. 	
Actividades paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Ponerse la mascarilla - Lavado de manos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mascarilla y lavado de manos. - Conexión catéter líneas «in vitro». 	<ul style="list-style-type: none"> - Mascarilla y lavado de manos. - Cambio de bolsa con ayuda. - Cura del orificio con ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mascarilla y lavado de manos. - Cambio de bolsa con ayuda. - Cura del orificio con ayuda.
Consultas	<ul style="list-style-type: none"> - Analítica de urgencias. - Frotis nasal 			

ENTRENAMIENTO A LA CAPD (duración 5 horas con intervalos)

	DÍA 17	DÍA 18	DÍA 19	DÍA 20	DÍA 21
Actividades de Enfermería	<p>fecha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hacer 3 recambios: <ul style="list-style-type: none"> • Vol. máx. 1000 ml. - Drenar peritoneo al finalizar la jornada. - Cura orificio: <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de signos infección • Presencia de tejido de curación - Control constantes vitales 	<p>fecha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hacer 3 recambios: <ul style="list-style-type: none"> • Vol. máx. 1.500 ml. - Drenar peritoneo al finalizar la jornada. - Cura orificio: <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de signos infección • Presencia de tejido de curación. - Control constantes vitales 	<p>fecha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hacer 3 recambios: <ul style="list-style-type: none"> • Vol. máx. 1.500 ml. - Drenar peritoneo al finalizar la jornada. - Cura orificio: <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de signos infección • Presencia de tejido de curación. - Control constantes vitales 	<p>fecha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hacer 3 recambios: <ul style="list-style-type: none"> • Vol. máx. 2.000 ml. - Drenar peritoneo al finalizar la jornada. - Cura orificio: <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de signos infección. • Presencia de tejido de curación. 	<p>fecha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hacer 3 recambios: <ul style="list-style-type: none"> • Vol. máx. 2.000 ml. - Drenar peritoneo al finalizar la jornada. - Cura orificio: <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de signos infección. • Presencia de tejido de curación.
Actividades del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento de recambio, con ayuda. - Cura orificio, con ayuda - Si es diabético: <ul style="list-style-type: none"> • Control glicemia - Introducción medicación IP 	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento de recambio, con ayuda. - Cura orificio, sin ayuda - Si diabético: <ul style="list-style-type: none"> - Igual día anterior - Prueba de conocimientos adquiridos (1), (2), (3) - Control del peso y constantes, con ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento de recambio, con ayuda. - Cura orificio, sin ayuda - Si diabético: <ul style="list-style-type: none"> - Igual día anterior - Prueba de conocimientos (4) y (5) - Control del peso y constantes, con ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento de recambio, con ayuda. - Cura orificio, sin ayuda. - Si diabético: <ul style="list-style-type: none"> - Igual día anterior - Prueba de conocimientos (6) - Control del peso y constantes, con ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de todos los intercambios correctamente - Realización de la cura del orificio correctamente. - Si diabético: control correcto de la glucemia. - Prueba de todos los conocimientos adquiridos correctamente.
Enseñanza teórica	<ul style="list-style-type: none"> - Membrana peritoneal (1) - Principios de la DP (2) - Ubicación idónea de la sala para intercambios (3) 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica aseptica antisepsia (4) - Manipulación del catéter y cura. - Complicaciones catéter (5). 	<ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones (6) - Actuación frente a complicaciones. Introducción de medicación IP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Control del balance hidro-electrolítico (7). - Anotaciones en la gráfica (8). 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación informes inspección y registro. 		<p>Valoración resultados froitis.</p>	<p>Valoración resultados análisis</p>	<p>Pausa de tratamiento.</p>
Consultas		<p>Análisis</p>			

BIBLIOGRAFÍA

1. López Izuel, C., Mortiel Pastor, M., Rojo Pernia, J. Gestión de casos. Desarrollo de un modelo organizativo. Revista ROL de Enfermería. Junio, 1995; 53-58.
- 2 Lamb, G.: Conceptual and methodological issues in nurse case management research. *Avd Nuns Sci* 1992; 15(2):16-24.
3. Zander, K. Case Management. *The Case Manager* 1991, 2 39-43
- 4 Cobanera, M. V, Celadilla, O., Picó Vicent, -- y cols. La Enfermería en la Diálisis Peritoneal. En Cruz C > Montenegro, J., Olivares, J. Diálisis Peritoneal Ed. Trillas México 1994, 6:135-182.
- 5 Serrano Sastre, R., y Cols.: Desde una sistemática de enfermería a la estandarización de cuidados. Revista ROL de Enfermería, in " 198. Febrero, 1995, 29-36.
6. Gruart, P.: Diálisis Peritoneal. En Andreu. D., Force, E. 500 cuestiones que plantea el cuidado del paciente renal, En prensa.
- 7~Editorial La gestión de Casos. un metodo innovador. *Nursing*. Mayo, 1995, vol. 13, in ' > 5 7~
- 8 Grant, E- Newton, M., Moore, S. Mantener a los pacientes en el rumbo correcto. *Nursing*. Abril 1996, vul, 14, n." 4 27-29,
- 9 Gruart, P., Andreu, L., Vilarnau, F, Andújar, J.: Los metodos audiovisuales como soporte en el programa de Diálisis Peritoneal. XX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Netrologica Granada, 1995: 161-169.