

CASO CLÍNICO

Propuesta de plan de cuidados del paciente con IRC en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis

*M^a José Ruiz Román, Montserrat Román Cereto,
Montserrat Serarols Vilella,
Francisco Díez de los Ríos.*

*Complejo Hospitalario Carlos Haya.
Servicio de Nefrología.
Málaga*

INTRODUCCIÓN

Ante la necesidad de unificar criterios que orienten la práctica enfermera hacia objetivos comunes se requiere el desarrollo y aceptación por parte de todo el colectivo de una definición y denominación común para identificar qué es lo que hacemos, cómo y para quién lo hacemos. Es preciso el uso de una terminología coherente con nuestra disciplina y aplicable en cualquier ámbito en el que se desarrolle nuestra labor profesional (investigación, gestión, docencia y asistencia), a fin de que la comunicación entre los profesionales pueda ser directa clara y efectiva. En este sentido se ha elegido el modelo de Virginia Henderson como referencia para proporcionar un instrumento de trabajo útil en la práctica diaria; siguiendo este modelo se distinguen dos campos de actuación bien definidos en el trabajo de enfermería: un área de colaboración en el que la enfermera sigue las prescripciones realizadas por otros profesionales, y un área independiente donde la enfermería tiene plena autoridad y control en el proceso.

Este plan de cuidados contempla al individuo desde una perspectiva integral que tiende al máximo desarrollo de su potencial y da respuesta tanto a los problemas de colaboración como a aquellos problemas que son competencia exclusiva de la enfermería. Además se acompaña de unos registros que evitan la duplicidad de la información y permiten la recuperación de la misma.

Como sabemos la insuficiencia renal crónica (IRC) es una patología que precisa tanto los cuidados de enfermería, como un autocuidado eficaz por parte del usuario, a fin de conseguir mejorar y/o mantener la calidad de vida de los pacientes y prevenir la aparición de problemas potenciales derivados de su situación.

Por todo ello se requiere un método para sistematizar los cuidados (plan de cuidados), y una terminología común (diagnósticos enfermeros según Taxonomía de la Nanda).

OBJETIVO

Elaborar un plan de cuidados para el paciente con IRC en tratamiento con hemodiálisis.

MÉTODO

A partir del modelo de enfermería de Virginia Henderson elaboramos un plan de cuidados estandarizado, que incluye:

- Los problemas de colaboración y los diagnósticos enfermeros de la taxonomía de la Nanda que se adaptan al modelo de enfermería elegido.
- Formulación de las causas de problemas reales o potenciales y de sus manifestaciones.
- Intervenciones que se han de llevar a cabo para eliminar, disminuir o evitar dichos problemas.
- Criterios de resultado esperados.

Correspondencia:
M^a José Ruiz Román
Complejo Hospitalario Carlos Haya.
Avenida Carlos Haya s/n
Servicio de Nefrología.
3^a Izquierda. Pabellón A
29010. Málaga29@smail2.ocenf.org

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

Los problemas de colaboración se refieren, como sabemos, tanto al tratamiento y control de problemas reales co-

mo a la prevención y control de posibles complicaciones derivadas bien de la ejecución de órdenes médicas o bien de la evolución de la situación patológica.

1) CUIDADOS DERIVADOS DE LA EJECUCIÓN DE ÓRDENES MÉDICAS																																									
Cuidados del acceso vascular: (según protocolo de cada unidad) Administración del tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Hemodiálisis • Tratamiento farmacológico Control de constantes																																									
2) CONTROLES DEL ESTADO DEL ENFERMO:																																									
<ul style="list-style-type: none"> • Respecto a su situación patológica <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Complicación potencial</th> <th style="text-align: left;">Secundario a</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cardiovasculares</td> <td>Hta. Miocardiopatía, insuficiencia cardíaca, pericarditis, arritmias</td> </tr> <tr> <td>Cutáneas</td> <td>Prurito, depósito de calcio, hematomas</td> </tr> <tr> <td>Hematológicas: Anemia</td> <td>Cansancio, anorexia, fatiga</td> </tr> <tr> <td>Endocrinas</td> <td>Esterilidad, amenorrea, hiperparatiroidismo</td> </tr> <tr> <td>Gastrointestinales</td> <td>Náuseas, vómitos, anorexia, hemorragia</td> </tr> <tr> <td>Neurológicas</td> <td>Irritabilidad, letargia, cefalea, alteraciones del sueño</td> </tr> <tr> <td>Oculares</td> <td>Queratopatía, retinopatía</td> </tr> <tr> <td>Alteraciones hidroelectrolíticas</td> <td>Convulsiones, náuseas, vómitos, cefaleas, arritmias</td> </tr> <tr> <td>Infecciosas</td> <td>Fiebre, infección local del catéter permanente o de la FAV</td> </tr> <tr> <td>Óseas</td> <td>Osteomalacia, artropatía, hiperparatiroidismo</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Respecto a los efectos del tratamiento <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Complicación potencial de</th> <th style="text-align: left;">Secundario a</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hipotensión</td> <td>Hipovolemia, situación vascular del paciente</td> </tr> <tr> <td>Fiebre</td> <td>Reacción a pirógenos, infección</td> </tr> <tr> <td>Coagulación</td> <td>Circuito extracorpóreo, hipodosificación de heparina</td> </tr> <tr> <td>Contracturas musculares</td> <td>Hiponatremia</td> </tr> <tr> <td>Hemorragia</td> <td>Sobredosificación de heparina, rotura del sistema extracorpóreo</td> </tr> <tr> <td>Braquialgia</td> <td>Inmovilización prolongada, traumatismo zona de punción</td> </tr> <tr> <td>Embolia Gaseosa</td> <td>Aire en el circuito</td> </tr> <tr> <td>Ángor</td> <td>Hipotensión, situación vascular del paciente</td> </tr> </tbody> </table>		Complicación potencial	Secundario a	Cardiovasculares	Hta. Miocardiopatía, insuficiencia cardíaca, pericarditis, arritmias	Cutáneas	Prurito, depósito de calcio, hematomas	Hematológicas: Anemia	Cansancio, anorexia, fatiga	Endocrinas	Esterilidad, amenorrea, hiperparatiroidismo	Gastrointestinales	Náuseas, vómitos, anorexia, hemorragia	Neurológicas	Irritabilidad, letargia, cefalea, alteraciones del sueño	Oculares	Queratopatía, retinopatía	Alteraciones hidroelectrolíticas	Convulsiones, náuseas, vómitos, cefaleas, arritmias	Infecciosas	Fiebre, infección local del catéter permanente o de la FAV	Óseas	Osteomalacia, artropatía, hiperparatiroidismo	Complicación potencial de	Secundario a	Hipotensión	Hipovolemia, situación vascular del paciente	Fiebre	Reacción a pirógenos, infección	Coagulación	Circuito extracorpóreo, hipodosificación de heparina	Contracturas musculares	Hiponatremia	Hemorragia	Sobredosificación de heparina, rotura del sistema extracorpóreo	Braquialgia	Inmovilización prolongada, traumatismo zona de punción	Embolia Gaseosa	Aire en el circuito	Ángor	Hipotensión, situación vascular del paciente
Complicación potencial	Secundario a																																								
Cardiovasculares	Hta. Miocardiopatía, insuficiencia cardíaca, pericarditis, arritmias																																								
Cutáneas	Prurito, depósito de calcio, hematomas																																								
Hematológicas: Anemia	Cansancio, anorexia, fatiga																																								
Endocrinas	Esterilidad, amenorrea, hiperparatiroidismo																																								
Gastrointestinales	Náuseas, vómitos, anorexia, hemorragia																																								
Neurológicas	Irritabilidad, letargia, cefalea, alteraciones del sueño																																								
Oculares	Queratopatía, retinopatía																																								
Alteraciones hidroelectrolíticas	Convulsiones, náuseas, vómitos, cefaleas, arritmias																																								
Infecciosas	Fiebre, infección local del catéter permanente o de la FAV																																								
Óseas	Osteomalacia, artropatía, hiperparatiroidismo																																								
Complicación potencial de	Secundario a																																								
Hipotensión	Hipovolemia, situación vascular del paciente																																								
Fiebre	Reacción a pirógenos, infección																																								
Coagulación	Circuito extracorpóreo, hipodosificación de heparina																																								
Contracturas musculares	Hiponatremia																																								
Hemorragia	Sobredosificación de heparina, rotura del sistema extracorpóreo																																								
Braquialgia	Inmovilización prolongada, traumatismo zona de punción																																								
Embolia Gaseosa	Aire en el circuito																																								
Ángor	Hipotensión, situación vascular del paciente																																								

NOTA: Las intervenciones necesarias para prevenir la aparición de estos problemas de colaboración se encuentran en los correspondientes protocolos de nuestra unidad.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1) NECESIDAD DE ALIMENTACION/HIDRATAACION:		
Diagnostico de enfermeria	Criterios de resultado	Intervenciones
<p><i>Manejo ineficaz del régimen alimenticio</i> R/C restricciones hídricas y dietéticas, percepción subjetiva de la gravedad y/o falta de conocimientos m/p excesivo aumento de peso entre HD, HTA, edemas, expresiones, y/o niveles analíticos inadecuados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hará una valoración realista del problema de salud, tratamiento dietético, dificultades y repercusiones del no seguimiento. • Expresará su deseo de seguir el tratamiento. • Expresará un patrón adecuado de integración en la vida diaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar conjuntamente las conductas inadecuadas, y las repercusiones de éstas. • Discutir las implicaciones sociales, económicas y/o familiares del tratamiento. • Discutir las modificaciones necesarias en el estilo de vida, procurando que sean las mínimas. • Proponer soluciones alternativas (chupar un hielo...) • Demostrar signos y síntomas de alarma, peso, edemas, debilidad, etc, y cómo actuar si aparecen. • Evitar juicios de valor, dar tiempo para adaptarse a la situación. • Permitir la expresión de sentimientos y reconocer su legitimidad.
<p><i>Alteración de la nutrición por defecto</i> R/C anorexia, nauseas, pérdida del gusto, vómitos y/o dieta poco apetitosa m/p expresiones verbales de anorexia y sabor metálico en la boca</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborará en el diseño y seguimiento del plan terapéutico. • Adecuará la ingesta a sus necesidades. • Identificará las causas del déficit nutricional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar dieta conjunta • Recomendar ingestas frecuentes y escasas • Mejorar el sabor de los alimentos con condimentos permitidos • Realizar higiene oral antes y después de las comidas • Dar información escrita sobre cómo mejorar el sabor de los alimentos, los permitidos y cómo reducir la cantidad de potasio
2) NECESIDAD DE ELIMINACION:		
Diagnostico de enfermeria	Criterios de resultado	Intervenciones
<p><i>Estreñimiento</i> R/C restricción de líquidos, inmovilidad m/p heces de consistencia dura y descenso en la frecuencia de las deposiciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recuperará el patrón intestinal normal. • Desarrollará las habilidades necesarias para minimizar el problema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer conjuntamente un plan de ejercicio moderado. • Aconsejar programar la defecación a una hora, supositorios de glicerina, masaje abdominal. • Lubricantes, baños de asiento y compresas frías si tiene hemorroides.

3) NECESIDAD DE MOVILIDAD:		
Diagnostico de enfermeria	Criterios de resultado	Intervenciones
<p><i>Intolerancia a la actividad</i> R/C debilidad generalizada m/p palidez, aumento de la FC, expresiones de cansancio, desgana, o falta de sueño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificará las causas de intolerancia a la actividad. • Expresará su deseo de mantener o mejorar su independencia en las AVD. • Expresará disminución de la sensación de agotamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las causas y repercusiones del problema. • Identificar recursos, evitar bipedestación prolongada, pedir ayuda, etc. • Evitar sobreprotección • Explicar y realizar ejercicios musculares. • Aconsejar periodos de descanso durante el día. • Aconsejar actividades lúdicas. • Comenzar por actividades más suaves.
4) NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO:		
Diagnostico de enfermeria	Criterios de resultado	Intervenciones
<p><i>Alteración del patrón del sueño</i> R/C dolor, estrés m/p ojeras, bostezo, expresiones verbales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificará los factores que alteran el sueño. • Se comprometerá a introducir los cambios pactados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer y respetar un horario. • Evitar permanecer mucho tiempo en la cama. • Evitar ingestas copiosas y actividad vigorosa una hora antes de acostar. • Limitar las siestas, no más de una hora. • Permitir la expresión de los sentimientos que generan ansiedad. • Evaluar la efectividad del tratamiento médico para dormir.
5) NECESIDAD DE SEGURIDAD:		
Diagnostico de enfermeria	Criterios de resultado	Intervenciones
<p><i>Temor</i> R/C sensación de pérdida de control y limitaciones en el estilo de vida m/p expresiones verbales del paciente, conductas de evitación o huida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La persona verbalizará el origen del temor • Identificará los recursos con los que cuenta para afrontarlo • Manifestará el deseo de participar activamente en el plan de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar la percepción que la persona tiene de la situación. • Evitar juicios de valor. • Facilitar contactos con personas en la misma situación y que se hayan adaptado. • Explicar los principios de la diálisis, significado de las alarmas, funcionamiento de la unidad, la necesidad del tratamiento, etc. Dar toda la información que precise • Discutir la realidad, e identificar los aspectos que pueden ser cambiados.

6) NECESIDAD DE CONOCIMIENTO/ ELECCIÓN		
Diagnóstico de enfermería	Criterios de resultado	Intervenciones
<p><i>Manejo ineficaz del régimen terapéutico</i> R/C complejidad del tratamiento, conocimientos insuficientes, soporte social insuficiente, larga duración del tratamiento m/p verbalización del problema; incumplimiento o abandono del tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La persona demostrará un patrón adecuado de integración en la vida diaria del tratamiento. • Hará una valoración realista de la situación: trastorno, autocuidado, dificultades del tratamiento. • Adquirirá/aumentará las habilidades /técnicas necesarias para su autocuidado. • Expresará su deseo de seguir el tratamiento. • La familia expresará su deseo de apoyar al usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar conjuntamente las conductas inadecuadas, y las consecuencias de su mantenimiento. • Discutir las implicaciones familiares, económicas, sociales y laborales del tratamiento. • Discutir las modificaciones necesarias en el estilo de vida y la razones para ello. • Diseñar un plan procurando incluir el régimen terapéutico en las actividades de la vida cotidiana, procurando las mínimas modificaciones. • Explicar signos y síntomas de alarma y la actuación ante ellos. • Admitir las dificultades que conlleva todo cambio de vida. • Permitir la libre expresión de los sentimientos provocados por la situación. Evitar juicios de valor, mantenerse imparcial.
7) NECESIDAD DE COMUNICACIÓN/ RELACIONES		
Diagnóstico de enfermería	Criterios de resultado	Intervenciones
<p><i>Alteración de los procesos familiares</i> R/C alteración de la rutina familiar por ttº largos (HD) m/p incapacidad del sistema familiar para adaptarse constructivamente a la situación y/o para cubrir las necesidades físicas, espirituales y emocionales de sus miembros</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La familia recuperará/mantendrá su patrón de funcionamiento normal. • Identificará los factores que originan la dificultad y los recursos de que dispone. • Expresará su deseo de disminuir/eliminar los factores causales de la disfunción familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar qué necesidades de la familia no pueden ser cubiertas por sus miembros y los recursos de que dispone, amigos, vecinos. • Si algún miembro de la familia presenta afrontamientos disfuncionales, solicitar la colaboración de un profesional. • Mantener una actitud de escucha activa y de imparcialidad, transmitir la comprensión de los hechos y del impacto sin emitir juicios de valor. • Permitir y fomentar la expresión de sentimientos: cólera, culpa. • Fomentar la comunicación de los miembros de la familia entre sí. • Reconocer, elogiar las iniciativas

Diagnostico de enfermeria	Criterios de resultado	Intervenciones
<p><i>Estres en el desempeño del rol de cuidador</i> R/C necesidad de cuidados en domicilio, complejidad del tratamiento m/p depresión, nerviosismo, expresiones verbales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expresará un aumento de su capacidad para cuidar. • Identificará los factores que causan el estrés, distinguiendo los que se pueden modificar de los que no. • Manifestará el deseo de seguir cuidando, o llegado el caso la imposibilidad de hacerlo 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los recursos disponibles. • Evitar juicios de valor, empatizar. • Planificar periodos de descanso. • Explicar los cuidados que requiere el paciente y el problema de salud que padece
<p><i>Aislamiento social</i> R/C incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias m/p dificultad para adaptarse al entorno, mutismo, retraimiento, hostilidad, expresión de sentimientos de soledad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La persona expresará verbalmente que la sensación de soledad ha desaparecido o se ha reducido. • Identificará las razones de su sensación de aislamiento. • Demostrará habilidad en la puesta en práctica de las habilidades propuestas. • Se comprometerá a poner en práctica el plan acordado 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a identificar factores que contribuyen al aislamiento social. • Si es posible promover la participación en actos colectivos, juegos de mesa, ver televisión, etc. • Si el aislamiento se debe a implicaciones sociales, valorar la posibilidad de contactar con grupos de soporte (religiosos, voluntarios) • Fomentar las actividades de enriquecimiento personal: leer, aprender idiomas, etc. • Empatizar, mantener escucha activa. • Permanecer física y emocionalmente accesible, estableciendo una relación individual.

CONCLUSIONES

- La elaboración de un plan de cuidados es un método eficaz en la práctica diaria, permitiendo la orientación de los cuidados hacia objetivos comunes y la mejora en la calidad asistencial.
- Los cambios sociales que se vienen produciendo generan una demanda de servicios en materia de salud que solo la profesión enfermera puede ofrecer al individuo, familia y comunidad.
- Los planes de cuidados son un instrumento útil para la valoración y el seguimiento de los problemas de nuestra área de competencia exclusiva, dan contenido científico a nuestro trabajo y contribuyen al desarrollo de la profesión.

BIBLIOGRAFÍA:

Luis M.T. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Tercera edición. Harcourt Brace. Madrid. 1998.

Carpenito L.J. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Interamericana. Madrid. 1994.

Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso de atención de enfermería. Guía práctica. 3ª Edición. Mosby-Doyma. Madrid. 1996.

Fernandez Ferrin C. Novel Martí G. El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos. Masson-Salvat. Barcelona. 1993