

CASO CLÍNICO

Individualización de un plan de cuidados estandarizado

Teresa Vives Abril *, Lilian Cordovilla
Bilbao *, Conchita López Izuel **

Servicio de Nefrología. Hospital del Mar. Barcelona
***E.U.E. del Mar. Barcelona*

Correspondencia:
Teresa Vives
Hospital del Mar
Servei de Nefrologia
Passeig Marítim, 25-29
08003-BARCELONA

Nuestro Centro es un Hospital General Universitario que forma parte de la red de Hospitales públicos de la ciudad. Atiende a una población de unas 350.000 personas y algunos Servicios son de referencia para pacientes de una zona más amplia.

La Dirección de la Institución se planteó la necesidad de definir unos estándares de calidad y poder establecer unos objetivos de mejora continua. Siguiendo esta política la Dirección de Enfermería decidió elaborar Planes de Cuidados Estandarizados.

Para ello no eligió un Modelo Conceptual, sino el Modelo Metodológico de los Patrones Funcionales de Marjorie Gordon. Y decidió que las hipótesis diagnósticas se realizaran mediante la taxonomía diagnóstica de la NANDA.

Los Planes de Cuidados Estandarizados son un instrumento que orienta a las enfermeras sobre los cuidados específicos de cada grupo de pacientes, que permiten unificar criterios, consensuar objetivos y medir los resultados.

El equipo de enfermería del Servicio de Nefrología elaboró Planes de Cuidados Estandarizados con el conocimiento previo de las estancias medias (según GDR), con los objetivos que queremos lograr, teniendo en cuenta los recursos de que disponemos, planificando los cuidados, intervenciones y actuaciones en el tiempo preciso para lograr los objetivos propuestos.

Entre los Planes de Cuidados Estandarizados de que disponemos está el de Biopsia Renal por punción con seguimiento ecográfico con una estancia de 48 horas en el que se reflejan los objetivos que queremos lograr y en el que está planificado los cuidados, intervenciones, actuaciones y Diagnósticos de Enfermería que pueden aparecer durante el periodo de ingreso.

A pesar de la utilización de los Planes de Cuidados Estandarizados la enfermera debe realizar una valoración sistemática y continuada del paciente (como un todo y como un individuo único) para detectar problemas e individualizar el Plan de Cuidados a las necesidades del paciente.

A continuación presentamos la individualización del Plan de Cuidados Estandarizado en un caso que no cumplió los estándares esperados.

Biopsia renal por punción con seguimiento ecográfico

La biopsia renal consiste en la extracción de un fragmento de tejido renal para realizar un estudio histopatológico. Se realiza a través de una punción percutánea con un instrumento de biopsia desechable y con seguimiento ecográfico. Es una exploración invasiva y su riesgo debe ser valorado y contrastado con los posibles beneficios.

Está indicada en enfermedades del parenquima renal de carácter difuso (nefropatías glomerulares, nefropatías crónicas sin causa urológica manifiesta).

Antes de la prueba se deben realizar estudios de la coagulación, conocer el hematocrito y el grupo sanguíneo.

Para su realización el paciente debe permanecer ingresado 24 horas.

Método/Técnica

El paciente debe permanecer en decúbito prono sobre una superficie dura, con un saco de arena debajo del abdomen comprimiendo las vísceras, favoreciendo la fijación de los riñones.

Por seguimiento ecográfico se visualiza el riñón y el lugar de la punción, polo inferior. Se infiltra por la piel un anestésico local. Se solicita al paciente que contenga la respiración, se introduce la aguja correspondiente hasta la cápsula renal y se obtiene un fragmento de tejido para la biopsia.

Se retira la aguja y se realiza compresión durante 5 minutos. A continuación se coloca un aposito estéril.

Preparación del paciente

- 1.- Se informa al paciente sobre el desarrollo de la exploración, explicando en qué consiste: se realiza con anestesia local, no es dolorosa, tendrá que colaborar manteniendo la respiración.
- 2.- Se indica ducha previa.
- 3.- El paciente debe permanecer en ayunas.
- 4.- Comprobar la presencia en la historia de las pruebas de hemostasia y grupo sanguíneo.
- 5.- Controlar y registrar las ctes. vitales.
- 6.- Administrar medicación sedante si está prescrita.
- 7.- Realizar el traslado en cama al servicio de Diagnóstico por la Imagen.

Cuidados post-biopsia

Reposo absoluto en cama, en decúbito supino, durante 24 horas.

Control y registro de las ctes. vitales cada hora durante las primeras 4 horas, después cada 3 horas durante 6 horas.

Control y registro del aspecto del aposito.

Control y registro del aspecto de la orina.

Aumentar la ingesta de agua a 2000 ml. en 24 horas.

Realizar extracción de sangre para control del hematocrito y hemoglobina a las 8 horas y a las 24 horas de la realización de la biopsia.

Al paciente se le informa que no debe realizar actividades, ni esfuerzos bruscos, ni levantar objetos pesados durante un periodo de tiempo de 10 días.

Complicaciones

Como incidencias y complicaciones pueden aparecer:

- Hematuria.
- Obstrucción de la vía urinaria por coágulos.
- Hematomas.
- Dolor.

Claso clínico

Mujer, de 73 años. Ingresa en la unidad de hospitalización para realizar una biopsia renal con seguimiento ecográfico. Conoce el motivo del ingreso y el tiempo que deberá permanecer ingresada.

Historia Clínica:

- Proteinuria de 4.6 gr. en orina de 24 horas.
- Función renal normal (creatinina: 0.7 mg/dl). Antecedentes personales:
- Apendicectomía.
- Colelitiasis.
- Probable bocio multinodular.
- Intervención quirúrgica de quiste en ovario derecho.
- Hipertensión arterial (HTA) desde hace 10 años.
- No hábitos tóxicos ni alergias conocidas.

En el momento del ingreso presenta piel normocolo-reada, edemas en ambas extremidades inferiores con fóvea hasta las rodillas. Deambula sin ayuda, es autónoma para las actividades de la vida diaria y utiliza gafas. Su hábito deposicional es de una deposición al día.

El registro de las ctes. vitales al ingreso es: T.A.: 150/ 90; pulso: 92 X'; temperatura: 36.3° C.

La medicación que sigue en su domicilio es:

FUROSEMIDA 40 mg/24 h.

BOIK lcompr./24h.

SIMVASTINA 10 mg/24 h.

AMLODIPINO 5 mg/12 h.

Al ingreso se cursa analítica para control de hematocrito y hemoglobina:

Hto. 31,4%, Hb. 16.5.

Al día siguiente la paciente permanece en ayunas para la realización de la biopsia renal (BR).

Se le administra la medicación prescrita (Diazepam 5 mg).

Se registra el aspecto de la orina (es clara).

Se comprueba la presencia en su historia clínica del estudio de la coagulación, del hematocrito y el grupo sanguíneo.

Antes de su traslado al servicio de diagnóstico por la imagen se le registran las ctes. vitales:

T.A.: 155/85, temp.: 36.5°C, pulso: 88 x'.

Al regreso a la unidad de hospitalización presenta:

T.A. de 180/90 mm.Hg.

Aposito seco.

Reposo absoluto en decúbito supino.

Se toman las ctes. vitales cada hora, detectándose una T.A.: 170/100 mm.Hg.

La primera micción post BR presenta hematuria sin coágulos.

A las 20 horas se realiza control del hematocrito comprobándose un descenso del mismo:

Hto.: 26-5%, Hb.: 9.1

Los niveles de T.A. permanecieron elevados durante 12 horas y requirió la administración de 3 fármacos para lograr controlar la hipertensión.

La hematuria sin coágulos se autolimitó transcurridas 24 horas.

A las 24 horas la paciente se queja de disuria y escozor a la micción.

Se recoge una muestra de orina para urinocultivo.

Se realiza ecografía renal que descarta colección peri-neal sin signos de focalidad cortical izquierda.

La paciente permanece en reposo absoluto durante cinco días, iniciando reposo relativo al sexto día.

El tercer día post-BR se le administra un concentrado de hematíes. El hematocrito y la hemoglobina presentaban valores de:

Hto.: 25.8%, HB.: 8.4

La paciente no ha realizado ninguna deposición desde hace 3 días.

La recogida de datos se realizó siguiendo los patrones funcionales de M. Gordon. Los diagnósticos se establecieron según la taxonomía de la NANDA.

Diagnósticos de Enfermería

1.- Estreñimiento relacionado con la inmovilidad producida por el reposo absoluto, manifestado por una frecuencia inferior al patrón habitual.

OBJETIVO: La enferma realizará una deposición cada 48 horas.

ACTIVIDADES: Administrar una dieta rica en fibra y aumentar la ingesta de agua, facilitar un entorno íntimo y si es necesario administrar un laxante.

EVALUACIÓN: Realiza una deposición de consistencia normal cada 48 horas con ayuda de un laxante.

2.- Alteración de la eliminación urinaria relacionado con la técnica invasiva, manifestado por hematuria, disuria, escozor a la micción y urinocultivo positivo.

OBJETIVO: Desaparición de la hematuria en 48 horas.

Desaparición de la disuria en 24 horas (y del germen causante de la infección).

ACTIVIDADES: Fomentar una ingesta hídrica de 2000-2500 ml al día, administrar el antibiótico prescrito y mantener la zona perineal limpia y seca.

EVALUACIÓN: La hematuria desaparece a las 24 horas.

La disuria desaparece a las 24 horas. Se confirma la desaparición del germen causante de la infección.

Problemas interdependientes:

1.-HEMATURIA:

Presenta hematuria sin coágulos post biopsia renal que se autolimitó transcurridas 24 horas.

El tercer día recibe un concentrado de hematíes ya que el Hto. y la Hb seguían bajos (Hto.: 25.8%, Hb.: 8.4). El reposo absoluto lo realizó durante 5 días. Iniciando el reposo relativo al sexto día.

2.-H.TA:

Los niveles de T.A. elevados se mantuvieron durante 12 horas.

Se requirió la administración de:

Amlodipino

Doxazosina

Atenolol (posteriormente al atenolol se retira) para lograr controlar la hipertensión.

