

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA CALIDAD: ESTANDARIZACIÓN, PERSONALIZACIÓN Y CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS EN HEMODIÁLISIS

Trinidad López Sánchez, Antonio Abujas Ruiz, Ignacio González Liñán

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCIÓN:

Las estrategias para la mejora de los cuidados enfermeros en atención especializada están centradas en el desarrollo de modelos organizativos y de práctica clínica enfocados en el paciente y el desarrollo e implantación de los diferentes instrumentos que garantizan la continuidad de los cuidados. El aseguramiento de la calidad de dichos cuidados pasa por su sistematización sobre una base filosófica y metodológica que debe contemplar la aplicación del proceso enfermero como método científico de resolución de problemas.

Conocer los modelos conceptuales de enfermería para la práctica asistencial puede organizar nuestras ideas acerca de los elementos de una situación práctica, ayudar a comunicarnos de forma más significativa, es decir, con una terminología común entre los profesionales así como servir de guía en la práctica asistencial, docente e investigadora.

Trabajar con el uso del Método Clínico en Enfermería como modelo holístico de salud en todas sus etapas: valoración, diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación aumenta la coherencia al ser sistematizado y ordenado en el tiempo, asegura la continuidad, evita improvisaciones, omisiones y favorece el trato individualizado pues se centra en la respuesta humana del individuo que pasa a convertirse en parte activa de su proceso de curación.

También será preciso asumir la responsabilidad no sólo en los aspectos más operativos sino en cada una de las fases de dicha sistematización por lo que se hace necesaria la figura del enfermero referente. Este modelo consiste en la asignación de la responsabilidad en el cuidado de un paciente a un enfermero que identifica los problemas de salud, planifica y dirige los cuidados, supervisa y evalúa resultados, asegurando la continuidad de cuidados dentro del contexto de autonomía profesional. Con la puesta en marcha de estas estrategias se consiguen beneficios para el paciente (independencia, seguridad, satisfacción), el profesional (reconocimiento y estima profesional, estímulo de mejora) para la unidad (calidad en los resultados asistenciales, unidad de criterios y satisfacción global del equipo, imagen pública y corporativa.).

Esta reorientación de los cuidados precisará de:

a) Una formación básica y homogénea en metodología enfermera por parte de los enfermeros de Atención Primaria y Especializada dirigidas a

los objetivos estratégicos de la organización evaluados por la dirección del centro a través del complemento del rendimiento profesional para mejorar la calidad. También aportan información sobre el “estilo de relación” que se pretende con los usuarios, así como los instrumentos actualizados (cuestionarios, test, índices, formatos, etc.) que aportarán mayor rigor metodológico en el cuidado y seguimiento de los pacientes y el apoyo al cuidador familiar.

b) Coordinación entre los dos niveles asistenciales para mejorar la calidad del alta hospitalaria y la transición al domicilio (centro de salud, centro periférico de hemodiálisis) planificando el alta durante la estancia y mejorando la coordinación con Atención Primaria a través de la utilización de Informes de Continuidad de Cuidados con el apoyo de la enfermera de enlace hospitalaria y las enfermeras comunitarias.

OBJETIVOS:

Con el objetivo común de la mejora de la calidad de los cuidados en los pacientes de hemodiálisis de nuestra unidad formularemos los siguientes objetivos específicos:

1. Elaboración de un Plan de Cuidados Estandarizado para pacientes en hemodiálisis.
2. Personalización de cuidados enfermeros: método de asignación primaria o de enfermero referente.
3. Continuidad de cuidados intra e interniveles asistenciales.

MATERIAL Y MÉTODO.

Los objetivos van a estar interrelacionados dependiendo de la fase de sistematización en la que atendemos a estos pacientes, identificando, si precisan, iniciación del plan desde la valoración, continuidad de un plan iniciado, planificación del alta próxima, reformulación de diagnósticos, etc.

Para estandarizar las necesidades prioritarias previo a la formulación de los diagnósticos y la elaboración del plan de cuidados, se ha hecho un estudio descriptivo del perfil de los pacientes que atendemos en la unidad de hemodiálisis durante el año 2005 con un promedio de 50 pacientes distribuidos en turno de mañana / tarde de lunes a sábado y domingo para urgencias o hemodiálisis extras:

A. Pacientes en programa de hemodiálisis con comorbilidad asociada (patología cardiovascular, diabetes, etc.), edad avanzada y/o situación de riesgo que requiere recibir la hemodiálisis en nuestra unidad hospitalaria y acuden de forma ambulatoria.

B. Pacientes derivados de la consulta de prediálisis de forma programada y/o que inician tratamiento de hemodiálisis de forma aguda que van a recibir la hemodiálisis en nuestra unidad hasta que su estado de salud permita el traslado a un centro periférico de hemodiálisis.

C. Pacientes de programa que reciben sesiones en la unidad satélite de

nuestro servicio (CLUB DE HEMODIÁLISIS): donde se dializan pacientes con antígeno Australia +, VIH + (algunos también con virus C+ asociado).

D. Pacientes ingresados que precisan hemodiálisis (algunos en la unidad de cuidados intensivos) en los que “añadiremos” nuestras intervenciones en un plan de cuidados abierto por los profesionales de su unidad de hospitalización con los que tendremos un flujo efectivo de la información para garantizar la continuidad de cuidados. Para ello, revisaremos la valoración inicial y el plan de cuidados iniciado añadiendo en las intervenciones: código 2100 Terapia de hemodiálisis con la fecha y firma del enfermero que la realiza. Podremos registrar la modificación / resolución o adición de diagnósticos en base a las respuestas del paciente en la sesión de hemodiálisis anotando lo más relevante en la evolución de enfermería igualmente fechada e identificada junto con las constantes pre y postdiálisis. En nuestros registros de hemodiálisis cumplimentaremos los datos específicos de la sesión así como el plan de cuidados y las complicaciones potenciales que hemos tenido que detectar y controlar durante la misma.

Para los pacientes programados y los que atenderemos hasta ser derivados a un centro periférico hemos realizado la VALORACION INICIAL utilizando el formato Standard del centro basado en el esquema conceptual de los 11 patrones funcionales de Gordon que reúne los procesos vitales desde una visión integral de la salud mediante el que organizamos, sintetizamos y verificamos los datos para poder identificar las necesidades más prevalentes de estos pacientes. En este proceso se ha aplicado los conocimientos enfermeros y experiencia profesional con estos pacientes continuando con la búsqueda bibliográfica de la selección de los diagnósticos enfermeros (NANDA), su interrelación con los resultados esperados (NOC) y las intervenciones aplicadas para su resolución (NIC), incluyendo las actividades adaptadas a este tipo de pacientes.

Posteriormente, se aplica la Técnica de Grupo Nominal para que los enfermeros seleccionen los 6-7 diagnósticos enfermeros que, sin ser excluyentes del resto según plan individualizado, se trasladarán al formato de registro de nuestro centro junto con los criterios de resultados y las intervenciones seleccionadas mediante reuniones de trabajo con discusión, selección y síntesis de los datos. Este plan también registra y da respuesta a los problemas de colaboración o interdisciplinares derivados del mismo proceso de HD y de la situación de salud del paciente.

Son problemas de colaboración ya que los resultados no dependen directamente de enfermería, se enuncian en términos de complicaciones potenciales en los que sí podemos intervenir y donde la detección precoz, monitorización y control de los cambios son determinantes en la evolución del paciente.

Este plan será revisado periódicamente y/o cuando se produzca un cambio importante en el estado de salud del paciente, por el enfermero referente o, en su defecto, por el que lo atiende en el momento de la modificación (enfermero colaborador).

A aquellos pacientes que vayan a ser derivados a un centro periférico de hemodiálisis se planifica y cumplimenta el informe de Continuidad de Cuidados al alta de nuestro centro (según patrones funcionales de Gordon), donde en un contexto integral se transmite a los enfermeros de dicho centro el nivel de conocimientos que lleva, su manejo del régimen terapéutico, tipo y funcionalidad del acceso vascular, lugar de las punciones, complicaciones durante la hemodiálisis así como estado de ánimos, adaptación y/o afrontamiento del paciente y su familia a su nuevo estado de salud. También se enviará una copia de este informe de alta (gestionado por el enfermero de enlace intrahospitalario) al centro de Atención Primaria correspondiente cuando el paciente cumple los criterios de inclusión por necesidad de cuidados domiciliarios y/o asistencia telefónica mediante nuestro servicio regional de Salud Responde.

Para la personalización de los cuidados hemos comenzado por realizar un mapa de competencias como objetivo del plan de calidad de cada servicio en el que se definen tanto las competencias nucleares identificadas por la nuestra Conserjería de Sanidad como las específicas identificadas por los profesionales del servicio a través de reuniones de grupos de trabajo. Tras una primera elección de competencias se ha realizado una técnica de grupo nominal por grupos de tres enfermeros de cuyo análisis final han surgido las competencias específicas del servicio en términos de habilidades, conocimientos y actitudes distribuidas en categorías de imprescindibles o deseables para el desempeño profesional en el servicio de nefrología.

Posteriormente se ha hecho un análisis de la situación actual de nuestra unidad de hemodiálisis: en ella presta su servicio 27 enfermeros con una edad media de 45 años distribuidos en 4 equipos de 6 enfermeros con un turno rotatorio que se desdobra por razones organizativas en los ciclos de noche y los domingos cuando sólo se atienden urgencias y/o hemodiálisis extras. Los tres enfermeros restantes tienen un turno de mañanas/tardes ajustados, para contar con el personal mínimo requerido en la unidad junto con el enfermero coordinador, también con funciones asistenciales.

El tipo de turno de la mayoría de los enfermeros, que desarrollan su trabajo siguiendo un cronograma rotatorio en el que se distribuyen mensualmente entre las distintas secciones de la unidad, constituye una dificultad para establecer la asignación primaria o de enfermero referente. Casi toda la jornada laboral se concentra en unos 13 días seguidos de trabajo y el resto del mes son los ciclos de noche y los descansos, por lo que el enfermero pasaría muchas sesiones de hemodiálisis sin contactar con el paciente.

Para reorganizar los servicios enfermeros conocidas por todas las ventajas de la asignación primaria, el plan de actuación debe marcar objetivos realistas, medibles y alcanzables. Hemos seleccionado primero los pacientes crónicos de programa de nuestra unidad (actualmente 11) y se ha distribuido su asignación de forma equitativa con un sistema de rotación para las bajas o adicción de nuevos pacientes entre los enfermeros de turno más estable en la unidad: los tres enfermeros en turnos de mañanas/tardes son referentes

de tres pacientes cada uno como cupo medio estimado estableciendo una rotación equitativa en los casos de bajas o adicción de nuevos pacientes de programa. El coordinador y el supervisor con turno fijo de mañana son referentes de, al menos, un paciente cada uno de los programados por la mañana dentro de sus funciones asistenciales.

Cuando el enfermero “referente” no coincida según el cronograma actual con el puesto donde se encuentra el paciente asignado se intercambiará con otro enfermero del turno reajustando así los puestos basándose en la asignación primaria. Si se encuentra de descanso, vacaciones, etc... el enfermero que atiende a ese paciente es el “colaborador” que podrá modificar y planificar intervenciones cuando la situación de salud del paciente lo indique, y así ser evaluado posteriormente por el enfermero referente.

Los enfermeros de turno rotatorio serán los “referentes” de los pacientes pendientes de traslado a un centro periférico y el “responsable” del grupo que inicia el ciclo de trabajo será informado por escrito y en una breve reunión con el coordinador de los nuevos pacientes que han iniciado hemodiálisis, si están valorados y tienen el plan de cuidados abierto o están pendientes de asignar por ser muy recientes. Estos pacientes se asignarán a los enfermeros que en ese momento tengan menor número de pacientes asignados estableciendo así una rotación equitativa cuando se planifiquen altas y/o nuevos pacientes comiencen hemodiálisis. En el cronograma, el responsable de equipo efectuará los cambios necesarios en los enfermeros en base a esta asignación para que tengan asignado al mismo paciente el mayor número de sesiones posibles hasta finalizar el ciclo, dejando incluso cumplimentado el informe de continuidad de cuidados si se prevé un alta próximo.

Para los pacientes ingresados que tienen su enfermero referente en su lugar de hospitalización también intentaremos aproximarnos a la asignación primaria procurando que sea el mismo enfermero el que lo atienda el mayor número de sesiones garantizando la continuidad de cuidados con mayor seguridad para el paciente que suele vivir procesos dolorosos, incapacitantes y difíciles de afrontar durante la hospitalización (amputación, septicemia, accidente vascular, etc.).

En el club de hemodiálisis la asignación primaria ha resultado más sencilla pues de un total de 12 pacientes actuales en programa, los 8 que están en turno de mañana han sido asignados a los 3 enfermeros con turno fijo de mañana y los 4 restantes en programa de tarde a los 2 enfermeros que trabajan en turno fijo de tarde de forma equitativa y con un sistema de rotación para las bajas y/o adicción de nuevos pacientes. Uno de los enfermeros fijo de mañana es el coordinador y además de sus funciones asistenciales a los pacientes asignados es el encargado de elaborar el cronograma con la distribución de enfermeros que más se ajuste a la asignación primaria, incluyendo las normas de aislamiento y prevención de nuestro centro según virología del paciente (antígeno Australia + con o sin virus C+ asociado y los VIH+). Igualmente se establece una continuidad de cuidados con las evaluaciones y modificaciones oportunas en el plan estandarizado y/o registro

de evolución cuando el paciente precisa hospitalización por el enfermero referente o en su defecto por el colaborador. Como estos pacientes no serán derivados por su condición de portadores de virus de fácil propagación a un centro periférico, el Informe de Continuidad de Cuidados se cumplimentará sólo en caso de detectar necesidades de cuidados domiciliarios o asistencia telefónica durante los períodos interdiálisis por parte de Atención Primaria.

RESULTADOS

Los resultados de este estudio han sido la edición y puesta en marcha de los instrumentos que permiten cuidar a los pacientes de forma sistemática y con una metodología enfermera común como forma de mejorar y garantizar la continuidad de sus cuidados:

A. Guía con el plan de cuidados estandarizado según taxonomía NANDA, NIC, NOC interrelacionadas con todas las definiciones y actividades adaptadas a estos pacientes como documento de consulta al que se tendrá acceso a través de la red informática interna de nuestro Hospital (intranet).

B. Edición y puesta en marcha de la hoja de registro del plan de cuidados estandarizado según formato standard en el que figuran los 7 diagnósticos de enfermería junto con los criterios de resultados, intervenciones y actividades interdisciplinarias seleccionadas por el 80% de los enfermeros mediante técnica de grupo nominal.

C. Diseño de un plan funcional con la reorganización de los enfermeros para la implantación del modelo de asignación primaria o de enfermero referente en los pacientes seleccionados. Ya están designados los enfermeros referentes de los pacientes de programa y se está organizando la de los pacientes pendientes de traslado en base a los turnos y la elección del enfermero que previsiblemente lo atenderá en más ocasiones. Para los pacientes ingresados igualmente se está intentando que sea el mismo enfermero el que registre los cambios más relevantes en el plan de cuidados según permita la organización de los turnos asumiendo todos la responsabilidad de “continuar” y registrar los cambios cuando somos “enfermeros colaboradores”.

D. Registro de los documentos que garantizan la continuidad de cuidados intra e interniveles (evoluciones, informe de alta de enfermería...) donde además de registrar los cambios relevantes en los problemas interdisciplinarios dejamos constancia con un lenguaje estandarizado de: respuestas del paciente a las intervenciones realizadas con relación a los diagnósticos de enfermería, planificación de nuevos criterios de resultados, progresión en el nivel de los indicadores de medida, adicción de nuevos diagnósticos, etc. como funciones propias que caracterizan la competencia profesional de la disciplina enfermera.

E. Resultados satisfactorios de los enfermeros de hemodiálisis en la consecución de los objetivos asociados al complemento del rendimiento profesional evaluados semestralmente por la dirección de enfermería concretados durante el año 2005 en: personalización del servicio, continuidad en los cuidados y estandarización / uso de la metodología enfermera.

CONCLUSIONES

1. El diseño y la instauración de este sistema de trabajo es imprescindible para poder cumplir los objetivos estratégicos de la organización y poder incorporarnos a los nuevos retos que nuestro sistema sanitario público propone: prestar una asistencia sanitaria en la que la calidad científico-técnica, la continuidad asistencial y la atención centrada en el usuario, contribuyan de manera efectiva a mejorar el cuidado de la salud de la población atendida.

2. El plan de cuidados instaurado abarca dimensiones como percepción-cognición, promoción de la salud, afrontamiento-tolerancia al estrés, rol-relaciones, etc. en los que los objetivos e intervenciones dirigidas a la enseñanza, fomento de la salud, autorresponsabilidad, afrontamiento y control de los riesgos toman especial relevancia para garantizar la calidad de los cuidados.

3. El análisis y reorganización de los sistemas de trabajo nos permitirá gestionar mejor nuestro tiempo priorizando las tareas más importantes que son las que más se ajustan a los objetivos, dedicando el tiempo preciso a cada actividad aprendiendo a controlar las interrupciones y a delegar cuando sea preciso para conseguir unos logros eficaces y eficientes. Se fomenta el trabajo en equipo, la formación e información interprofesional con mayor satisfacción por el trabajo bien realizado. Nuestra contribución dentro del equipo multidisciplinar es fundamental para alejarnos de los antiguos modelos biomédicos asegurando tanto el cuidado integral del paciente como su confianza y satisfacción por nuestros servicios prestados.

BIBLIOGRAFIA.

-Claves para el desarrollo de los cuidados. Atención Especializada. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación de Cuidados en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública. 2003. Servicio Andaluz de Salud.

-Libro del estilo del Servicio Andaluz de Salud. 2003 Servicio Andaluz de Salud. Conserjería de Salud.. Junta de Andalucía.

-Sergio R. López Alonso, Manuela Lacida Baro, Susana Rodríguez Gómez. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. 2004.Servicio Andaluz de Salud.

-Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004. NANDA INTERNATIONAL. Ediciones ELSEVIER.

-Marion Johnson, Merodean Maas, Sue Moorhead. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) Tercera Edición. Proyecto de resultados IOWA.2005.

-Joanne C. McCloskey, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Cuarta Edición. Proyecto de intervenciones IOWA. 2005.

-Resolución sobre el complemento de productividad para el complemento de rendimiento profesional. Acuerdo 21-11-2002 de negociación sobre política de personal sanitario para el período 2003-2005. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud.

-Esquema de Plan Funcional para la reorganización de los servicios enfermeros basados en la personalización y continuidad de cuidados. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Novena Edición. HH.UU. Virgen del Rocío. 2004.

“Se puede tal vez decir como excusa de las malas formas que no son más que formas. Pero es un error. (...) Allí donde las formas en cualquier gobierno son malas, se tiene una indicación cierta de que los principios lo son también” (Thomas Paine, *Los derechos del hombre*, 1791)

ANEXO 1:

PCE: PACIENTE RENAL EN HEMODIÁLISIS

Enfermero/a referente:

Etiqueta identificativa

Nombre/apellidos:

Nº Hª Clínica:

		Fecha	Escala Likert 1:	Escala Likert 2:	Escala Likert 3:
00146: ANSIEDAD/TEMOR r/c: <input type="checkbox"/> Amenaza de cambio en su estado de salud. <input type="checkbox"/> Estrés (traslado a centro periférico, pérdida del acceso vascular, etc.) <input type="checkbox"/> Falta de familiaridad con los procedimientos y el personal. Código A/R			1:Nunca manifestado 2:Raramente manif. 3:En ocasiones manif. 4:Manif. con frecuencia 5:Constantemente manifest.		
Intervenciones de Enfermería (NIC)		Criterios de resultados (NOC)			
5820 : Disminución de la ansiedad.			Fecha		
5380: Potenciación de la seguridad.			<input type="checkbox"/> 1402: Autocontrol de la ansiedad (1) Ausencia de una conducta de ansiedad Refiere dormir de forma adecuada en casa		
7370: Planificación del alta. (traslado a centro periférico)			<input type="checkbox"/> 1404: Autocontrol del miedo(1) Planea estrategias para superar situaciones temibles Busca información para reducir el miedo		
5618: Enseñanza: Procedimiento/Tratamiento					
00137: AFLICCIÓN CRÓNICA r/c: <input type="checkbox"/> Pérdida continua de capacidades. <input type="checkbox"/> Acontecimientos desencadenantes Código A/R			Escala Likert 1: 1:Ninguna. 2:Escasa. 3:Moderada. 4:Sustancial. 5:Extrema.	Escala Likert 2:	Escala Likert 3:
Intervenciones de Enfermería (NIC)		Criterios de resultados (NOC)			
5230: Aumentar el afrontamiento.			<input type="checkbox"/> 1300: Aceptación del estado de salud(1) Reconocimiento de la realidad de la situación. Superación de la situación de salud.		
5310: Dar esperanza.			<input type="checkbox"/> 1201: Esperanza (1) Expresiones de optimismo. Expresión de una orientación futura positiva.		
5270: Apoyo emocional.					
00126: CONOCIMIENTOS DEFICIENTES, ENFERMEDAD DIETA Y TRATAMIENTO r/c: <input type="checkbox"/> Mala interpretación de la información. <input type="checkbox"/> Limitación cognitiva, falta de memoria. <input type="checkbox"/> Escasez/difícil acceso a la información. Código A/R			Escala Likert 1: 1:Ninguna. 2:Escasa. 3:Moderada. 4:Sustancial. 5:Extrema.	Escala Likert 2:	Escala Likert 3:
Intervenciones de Enfermería (NIC)		Criterios de resultados (NOC)			
5614: Enseñanza dieta prescrita.			<input type="checkbox"/> 1813: Conocimiento: régimen terapéutico (1) Descripción de la dieta prescrita Descripción de la medicación prescrita		
5616: Enseñanza medicamentos prescritos.			<input type="checkbox"/> 1803: Conocimiento: proceso de enfermedad (1) Descripción de síntomas y complicaciones. Descripción de precauciones para prevenir complicaciones.		
5602: Enseñanza proceso de enfermedad.					
00078: MANEJO INEFECTIVO DEL REGÍMEN TERAPÉUTICO r/c: <input type="checkbox"/> Negación, conflicto de decisiones, falta de confianza. <input type="checkbox"/> Complejidad del régimen terapéutico. Código A/R		Fecha	Escala Likert 1: 1:Nunca manifestado 2:Raramente manifestado. 3:En ocasiones manifestado 4:Con frecuencia manifestado 5:Constantemente manifestado.	Escala Likert 2:	
Intervenciones de Enfermería (NIC)		Criterios de resultados (NOC)			
4360: Modificación de la conducta.			<input type="checkbox"/> 1601: Conducta de cumplimiento (1) Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida. Comunica seguir la pauta prescrita.		
4410: Establecimiento de objetivos comunes			<input type="checkbox"/> 1600: Conducta de obediencia (1) Pregunta cuestiones cuando es necesario. Describe estrategias para eliminar conductas.		
5602: Enseñanza: proceso de enfermedad.					
0004: RIESGO DE INFECCIÓN r/c <input type="checkbox"/> Procedimientos invasivos (inserción/hemodiálisis por catéter central transitorio/permanente, fistula/prótesis). <input type="checkbox"/> Aumento de exposición a agentes patógenos, baja inmunidad, cronicidad. Código A/R		Fecha	Escala Likert 1: 1: Nunca manifestado 2: Raramente manifestado 3: En ocasiones manifestado 4: Con frecuencia manifestado 5: Constantemente manifestado	Escala Likert 2: 1: Desviación extrema para el rango esperado 2: Desviación importante para el rango esperado 3: Desviación moderada para el rango esperado 4: Desviación leve para el rango esperado 5: Sin desviación para el rango esperado	

Intervenciones de Enfermería (NIC)				Criterios de resultados (NOC)			
6540 : Control de infecciones.				Fecha			
2440: Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso para hemodiálisis: (Schön-cath, shaldon, fistula, Prótesis)				<input type="checkbox"/> 1902: Control del riesgo (1) Reconoce el riesgo. Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal.			
3590: Vigilancia de la piel				<input type="checkbox"/> 1105: Integridad del acceso de diálisis(2) Ausencia de superación local (catéter, fistula, prótesis) Ausencia de edema periférico (catéter, fistula, prótesis)			
00085: DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA r/c: <input type="checkbox"/> Intolerancia a la actividad o disminución de la fuerza o resistencia. Deterioro neuromuscular, cognitivo, sensorial, sedentarismo. Código A/R				Escala Likert 1: 1:Dependiente, no participa. 2:Requiere ayuda personal y de dispositivos 3:Requiere ayuda personal. 4:Independiente con ayuda de dispositivos. 5:Completamente independiente.		Escala Likert 2:	
Intervenciones de Enfermería (NIC)				Criterios de resultados (NOC)			
1800: Ayuda al autocuidado.				<input type="checkbox"/> 0300: Cuidados personales: Actividades de la vida diaria (AVD) (1) Come. Se viste. Realización del traslado.			
6490: Prevención de caídas.							
0200: Fomento del ejercicio.							
00062: RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR r/c: <input type="checkbox"/> Cuidados numerosos, complejos, constantes y de larga duración. <input type="checkbox"/> Deterioro de la salud del cuidador, falta de descanso y tiempo de ocio. <input type="checkbox"/> Falta de aceptación del Rol. Código A/R				Escala Likert 1: 1:Extremadamente comprometido 2:Sustancialmente comprometido 3:Moderadamente comprometido 4:Severamente comprometido 5:No comprometido		Escala Likert 2: 1:Ninguna 2:Escasa 3:Moderada 4:Sustancial 5:Extrema	
Intervenciones de Enfermería (NIC)				Criterios de resultados (NOC)			
7040: Apoyo al cuidador principal.				<input type="checkbox"/> 2508: Bienestar del cuidador familiar (1) Satisfacción con la salud física Satisfacción con el apoyo profesional			
7110: Fomentar la implicación familiar.				<input type="checkbox"/> 2202: Preparación del cuidador familiar domiciliario (2) Voluntad para asumir el rol de cuidador. Conocimiento de los cuidados necesarios			
				Fecha			
				Escala Likert 1:		Escala Likert 2:	
						Escala Likert 3:	
Intervenciones de Enfermería (NIC)				Criterios de resultados (NOC)			
PROBLEMAS INTERDISCIPLINARES				Objetivo: Prevenir, detectar y tratar precozmente la aparición de signos y síntomas:			
COMPLICACIONES HEMODINÁMICAS Y CARDIACAS				COMPLICACIONES METABOLICAS/INFECCION			
Intervenciones de Enfermería (NIC):				Intervenciones de Enfermería (NIC):			
<input type="checkbox"/> 6680: Monitorización. <input type="checkbox"/> 2380: Manejo de la hipovolemia. (control BVS) <input type="checkbox"/> 4120: Manejo de la medicación. <input type="checkbox"/> 4250: Manejo del shock. <input type="checkbox"/> 4040: Cuidados cardíacos. <input type="checkbox"/> 4010: Precauciones con las hemorragias.				<input type="checkbox"/> 2100: Terapia de hemodiálisis. (Medición/ control KTV...) <input type="checkbox"/> 1570: Manejo del vómito. <input type="checkbox"/> 6550: Protección contra las infecciones. (antibioterapia...) <input type="checkbox"/> 2000: Manejo de la hiperglucemia. <input type="checkbox"/> 2130: Manejo de la hipoglucemia. <input type="checkbox"/> 3660: Cuidados de las heridas.			
C.P.: Dolor				C.P. :			
<input type="checkbox"/> 1400: Manejo del dolor. <input type="checkbox"/> 2210: Administración de analgésicos.							