

Enfermería Nefrológica

ISSN: 22542884

seden@seden.org

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

España

Pérez Zarza, Agustina; Rubio Gil, Francisco Javier

Plan de cuidados estandarizado para el preoperatorio y postoperatorio inmediato del trasplante renal.

Taxonomía NANDA/NIC/NOC

Enfermería Nefrológica, vol. 11, núm. 2, abril-junio, 2008, pp. 144-149

Sociedad Española de Enfermería Nefrológica

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359833130007>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Plan de cuidados estandarizado para el preoperatorio y postoperatorio inmediato del trasplante renal.

Taxonomía NANDA/NIC/NOC

Agustina Pérez Zarza - Francisco Javier Rubio Gil

Hospital Virgen de la Vega. Salamanca

Sra. Directora:

Actualmente el trasplante renal es un procedimiento terapéutico habitualmente utilizado en los hospitales públicos, siendo la actividad trasplantadora de nuestro país una de las más altas del mundo. Es imprescindible ofrecer a las personas que reciben un órgano unos cuidados de calidad cuyas especificidades se reflejan en un Plan de Cuidados. La estructura del plan que presentamos surge de la intención de usar un lenguaje universal estandarizado que pueda ser reproducible y comparable, para ello hemos utilizado la taxonomía NANDA de diagnósticos enfermeros como base para la selección de resultados e intervenciones¹.

La clasificación de intervenciones de enfermería (CIE/NIC) es un lenguaje universal para comunicar la función única de la enfermería, permite normalizar los tratamientos de enfermería y facilita el desarrollo de los sistemas informáticos de cuidados sanitarios².

Hemos definido los resultados según la clasificación de resultados de enfermería del proyecto Iowa (CRE/NOC)³, una vez definidos podemos demostrar la efectividad de nuestros cuidados, medir su calidad y estimar los gastos generados, pudiendo así mostrar lo que la enfermería aporta a la salud de la población.

Para la recogida de datos hemos utilizado el modelo de patrones funcionales de salud de Gordon para la valoración de necesidades de nuestro grupo de pacientes. Asignamos un diagnóstico de enfermería a cada una de las necesidades más frecuentes de nuestros pacientes.

Cada diagnóstico está relacionado con unos resultados³, los cuales, a través de sus indicadores son evaluables en el tiempo por cualquier observador, utilizando escalas tipo Likert que tienen asignados.

El análisis de los resultados esperados nos permite así valorar la idoneidad y la eficacia de las actividades programadas para resolver cada uno de los diagnósticos enfermeros, así como la posibilidad de modificarlos para mejorar los resultados.

Así mismo, cada diagnóstico de enfermería tiene asignadas unas intervenciones², y estas unas actividades específicas, para tratar de resolverlo. Nosotros hemos seleccionado las más adecuadas según la situación de nuestro grupo de pacientes. La adecuación de las intervenciones y de las actividades, será dada por la evaluación de los resultados.

Correspondencia:

Francisco Javier Rubio Gil
Servicio de Nefrología. Unidad Hemodiálisis
Hospital Virgen de la Vega
Complejo Hospitalario de Salamanca
Paseo San Vicente 58-182
37007 Salamanca.
javierubio71@hotmail.com

Queda abierta, a su vez, la posibilidad de individualizar el plan de cuidados eliminando o añadiendo nuevos diagnósticos, resultados y/o intervenciones específicas para cada problema de salud de cada paciente.

Además de las intervenciones asignadas a cada diagnóstico, hemos introducido dos más que no tienen correspondencia con diagnósticos de enfermería, por parecernos que son una labor plena de la enfermería y que tienen la importancia suficiente como para aparecer en este plan de cuidados: la preparación quirúrgica y las precauciones con hemorragias.

Con el presente plan tratamos de agilizar el uso de la taxonomía NANDA/NIC/NOC, para ello hemos diseñado una hoja de registro estándar (anexo 1) que creemos será útil para la puesta en marcha de este plan de cuidados. En él se han definido 8 diagnósticos de enfermería, 1 complicación potencial, 1 requerimiento terapéutico y 11 resultados que esperamos obtener para resolver los diagnósticos, llevando a cabo 19 intervenciones y 59 actividades.

DIAGNÓSTICO	RESULTADO Intervención	EVALUACIÓN			INTERVENCIÓN Actividad	Ejecución
		ESCALA	fecha/hora	Puntos		
1.- DIAGNÓSTICO 1 r/c	RESULTADO 1 - Indicador 1. - Indicador 2.	1. Nunca manifestado 2. Raramente 3. En ocasiones 4. Con frecuencia 5. Constantemente			INTERVENCIÓN 1 - Actividad 1 - Actividad 2	
2.- DIAGNÓSTICO 2 r/c	RESULTADO 1 - Indicador 1. - Indicador 2. RESULTADO 2 - Indicador 1.	1. Nunca manifestado 2. Raramente 3. En ocasiones 4. Con frecuencia 5. Constantemente			INTERVENCIÓN 1 - Actividad 1 - Actividad 2 - Actividad 3 INTERVENCIÓN 2 - Actividad 1 - Actividad 2 - Actividad 3	

ANEXO 1: hoja de registro estándar

Diagnósticos contemplados en el Plan de Cuidados

1. TEMOR: respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro r/c procedimientos hospitalarios

1.1.- Resultado

1.1.1.- Control del miedo (1404)

Indicadores:

- Busca información para reducir el miedo
- Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo

La escala tipo Likert que se utiliza para evaluar los indicadores es la siguiente:

- 1 nunca manifestado
- 2 raramente manifestado
- 3 en ocasiones manifestado

- 4 con frecuencia manifestado
- 5 constantemente manifestado.

1.2.- Intervenciones

1.2.1.- Asesoramiento (5240)

Actividades:

- Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad.
- Proporcionar información objetiva, según sea necesario y si procede.

1.2.2.- Enseñanza quirúrgica (5610)

Actividades:

- Informar al paciente de la duración esperada de la operación.
- Evaluar la ansiedad del paciente relacionada con la cirugía.
- Describir las rutinas preoperatorias.

1.2.3.- Relajación muscular progresiva (1460)

Actividades:

- Hacer que el paciente tense, durante 5-10 seg., los principales grupos musculares.
- Ordenar al paciente que respire profundamente y expulse lentamente el aire y con ello la tensión.

2. RIESGO DE INFECCIÓN: aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos r/c: procedimientos invasivos e inmunosupresión.

2.1.- Resultado

2.1.1.-Control del riesgo (1902):

Indicadores:

- Reconoce el riesgo.
- Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas.

2.1.2.- Curación de la herida (1102)

Indicadores:

- Aproximación cutánea.

La escala utilizada será:

- 1 ninguna
- 2 escasa
- 3 moderada
- 4 sustancial
- 5 completa

2.2.- Intervenciones:

2.2.1.- Control de infecciones (6540)

Actividades:

- Mantener técnicas de aislamiento si procede.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados con el paciente.
- Afeitar y preparar la zona, como se indica en la preparación para procedimientos invasivos o cirugía.
- Fomentar una respiración profunda y tos si procede

2.2.2.- Cuidado del sitio de incisión (3440)

Actividades:

- Inspeccionar el sitio de incisión en busca de signos de infección.
- Tomar nota de las características de cualquier drenaje.
- Aplicar antiséptico según prescripción.
- Enseñar al paciente a minimizar la tensión en la zona de la herida.

2.2.3.- Cuidados del catéter urinario (1876)

Actividades:

- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.
- Anotar las características del líquido drenado.
- Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.

2.2.4.- Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (2440)

Actividades:

- Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter.
- Cambiar los sistemas, apósitos y tapones según protocolo del centro.
- Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica.

3. DOLOR AGUDO: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial descrita en tales términos (IASP), de inicio súbito o lento, de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente con un final anticipado o previsible y duración menor de seis meses r/c agentes lesivos (físicos).

3.1.- Resultados

3.1.1.- Control del dolor (1605)

Indicadores:

- Reconoce factores causales.
- Utiliza medidas de alivio no analgésicas.
- Utiliza los signos de alerta para pedir ayuda.

- 2 requiere ayuda personal y de dispositivos
- 3 requiere ayuda personal
- 4 independiente con ayuda de dispositivos
- 5 completamente independiente.

3.2.- Intervenciones:

3.2.1.- Manejo del dolor (1400)

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva que incluya localización, características, aparición, frecuencia, calidad, intensidad, severidad, y factores desencadenantes.
- Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas, tiempo que durará, etc.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas o no) que faciliten el alivio del dolor.
- Proporcionar un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

4.2.- Intervenciones

4.2.1.- Ayuda al autocuidado (1800)

Actividades:

- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir los autocuidados.
- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de autocuidados.
- Alentar la independencia pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.

5. RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS

RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS: riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro de los líquidos intravasculares, intersticiales o intracelulares r/c fluidoterapia y oliguria/poliuria.

5.1.- Resultados

5.1.1.- Equilibrio hídrico (0601)

Indicadores:

- Entradas y salidas diarias equilibradas.
- Peso corporal estable.
- Presión arterial ERE.

La escala utilizada es:

- 1 extremadamente comprometido
- 2 sustancialmente comprometido
- 3 moderadamente comprometido
- 4 levemente comprometido
- 5 no comprometido.

5.2.- Intervenciones

5.2.1.- Manejo de líquidos (4120)

Actividades:

- Monitorizar signos vitales.
- Pesar a diario y controlar evolución.
- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.
- Observar si hay indicios de sobrecarga/retencción de líquidos.

5.2.2.- Terapia intravenosa (4200)

Actividades:

- Verificar la orden de terapia intravenosa.
- Examinar el tipo, cantidad, fecha de caducidad y carácter de la solución y que no haya daños en el envase.

4. DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE:

deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño o higiene r/c dolor.

4.1.- Resultados

4.1.1.- Cuidados personales y actividades de la vida diaria (0300)

Indicadores:

- Higiene
- Deambulación: camina.

La escala utilizada será:

- 1 dependiente, no participa

6. RIESGO DE NÁUSEAS: riesgo de sensación subjetiva y desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar r/c distensión gástrica por intervenciones farmacológicas (anestésicos).

6.1.- Resultados

6.1.1.- Control del síntoma (1608)

Indicadores:

- Reconoce el comienzo del síntoma.
- Utiliza medidas de alivio.

6.2.- Intervenciones

6.2.1.- Manejo de las náuseas (1450)

- Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, etc.).
- Asegurarse que se han administrado antieméticos eficaces que evitan las náuseas siempre que haya sido posible.
- Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración.

7. RIESGO DE ALTERACIÓN DEL PATRÓN DEL SUEÑO: riesgo de sufrir trastorno de la cantidad y calidad del sueño limitado en el tiempo r/c medicamentos, ruido, interrupciones para procedimientos terapéuticos.

7.1.- Resultado

7.1.1.- Nivel de comodidad (2100)

Indicadores:

- Bienestar físico referido.
- Satisfacción expresada con el entorno físico.

La escala utilizada es:

- 1 ninguno
- 2 limitado
- 3 moderado
- 4 importante
- 5 extenso.

7.1.2.- Sueño (0004)

Indicadores:

- Patrón del sueño.
- Sueño ininterrumpido.

La escala utilizada es:

- 1 extremadamente comprometido
- 2 sustancialmente comprometido

- 3 moderadamente comprometido
- 4 levemente comprometido
- 5 no comprometido.

7.2.- Intervenciones

7.2.1.- Fomentar el sueño (1850)

Actividades:

- Observar/registrar el esquema y ritmos de sueño.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón) para favorecer el sueño.
- Ayudar al paciente a limitar el sueño del día, disponiendo una actividad que favorezca la vigilia.
- Ajustar el programa de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.

8. DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA: limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades r/c malestar o dolor.

8.1.- Resultado

8.1.1.- Posición corporal inicial (0203)

Indicadores:

- De un costado a otro costado.
- De tumbado a sentado

La escala utilizada es:

- 1 dependiente, no participa
- 2 requiere ayuda personal y de dispositivos
- 3 requiere ayuda persona
- 4 independiente con ayuda de dispositivos
- 5 completamente independiente.

8.1.2.- Realización del traslado (0210)

Indicadores:

- Traslado cama silla.
- Traslado silla cama.

La escala utilizada es:

- 1 dependiente, no participa
- 2 requiere ayuda personal y de dispositivos
- 3 requiere ayuda personal
- 4 independiente con ayuda de dispositivos
- 5 completamente independiente.

8.2.- Intervenciones

8.2.1.- Cambio de posición (0840)

- Animar al paciente a participar en los cambios de posición.
- Colocar en una posición que evite tensiones sobre la herida.
- Poner apoyos en las zonas edematosas.

8.2.2.- Terapia de ejercicios: deambulación (0221)

- Colocar una cama de baja altura.
- Ayudar al paciente a sentarse al borde de la cama.
- Instruir al paciente acerca de las técnicas de traslado y deambulación seguras.

9. REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS

9.1.- Intervenciones

9.1.1.- Preparación quirúrgica (2930)

- Asegurarse de que el paciente no recibe nada por boca.
- Verificar que ha firmado el correspondiente consentimiento quirúrgico.
- Retirar las alhajas/anillos, si procede.
- Extraer la dentadura postiza, gafas, lentes u otras prótesis, si procede.
- Quitar el esmalte de uñas, maquillaje u orquillas del pelo, si procede.
- Administrar y registrar los medicamentos preoperatorios, si procede.
- Preparar la habitación para el retorno del paciente después de la cirugía.

10. COMPLICACIÓN POTENCIAL: HEMORRGIAS

10.1.- Intervenciones

10.1.1.- Precauciones ante la hemorragia (4010)

- Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar todas las secreciones para ver si hay sangre franca u oculta).
- Controlar los signos vitales ortostáticos, incluyendo presión sanguínea.

Conclusiones

El desarrollo tecnológico e informático producido en los últimos años ha influido en los sistemas de salud de los países desarrollados, como miembro de esos

sistemas sanitarios la enfermería está obligada a actualizarse en cuanto a conocimientos y metodología de trabajo, para poder cumplir con rigor su principal función, la de proveedora de cuidados.

Cuidados, por otra parte que se deben llevar a cabo de modo científico, con acceso a la última evidencia y documentándolos con un lenguaje estandarizado⁴, este último hecho, fundamental para poder delimitar nuestro campo de actuación, permitir la comunicación intra e interprofesional y reducir el número de errores en la práctica, además de ahorrar tiempo y costes, facilitando la investigación y la docencia. El uso de un lenguaje normalizado y universal favorece el desarrollo profesional y el reconocimiento de la enfermería⁵. Una importante labor en la salud de la comunidad que muchas veces queda ninguneada por la falta de un registro eficaz que plasme de forma fiel nuestra actividad diaria.

Agradecimientos

A Isidro Parada por haber sido capaz de unir ciencia y vocación de una manera fácil y clara.

Bibliografía

- 1. NANDA Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. Ed. ELSEVIER.**
- 2. MacCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 3^a edición. Ed. Mosby. 2000.**
- 3. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Iowa Outcomes Project. Nursing Outcomes Classification (NOC). 2^a Ed. Philadelphia: Ed.Mosby; 2000**
- 4. Martín Fleitas AE, Marrero Fernández MP. Los diagnósticos de enfermería en el trasplante renal, una base esencial para un buen plan de cuidados. En: Libro de comunicaciones del XXXI del Congreso Nacional de la SEDEN; Córdoba 1-4 octubre 2006. Barcelona: HOSPAL; p. 66-73.**
- 5. Plan de cuidados estandarizado: Trasplante renal. H.U. Reina Sofía. Cordoba. Servicio Andaluz de Salud.**