



CLÍNICA

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA: REGISTROS PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE RENAL.

*García Palacios, R., Tejuca Marengo, A., Tejuca Marengo, M., Sálces Sáez, E., Carmona Valiente, M.C. y Fuentes Cebada, L.

*Enfermeros. Servicio de Nefrología. H.U. Puerto Real. Cádiz.

Trabajo premiado por la Fundación Íñigo Álvarez de Toledo a la Investigación en Enfermería Nefrológica, 2004.

Palabras clave: Registros, enfermería, investigación, nefrología.

INTRODUCCIÓN

Las enfermeras estamos viviendo desde hace una década y especialmente desde el último quinquenio, un periodo de gran agitación profesional en el ámbito mundial, derivado y propiciado por la necesidad y el deseo de encontrar el camino que nos lleve a progresar y desarrollar los pilares en que asentarnos (conceptos, cuerpo teórico, herramientas, metodologías), que nos definan, estructuren y reafirmen profesionalmente y en consecuencia nos posibilite brindar a la sociedad el mejor servicio en lo que creemos estar preparadas y es nuestra razón de ser: Cuidar.

A comienzos del año 2000, en el Hospital Universitario Puerto Real (HUPR), la Dirección de Enfermería inició un proceso de cambio dirigido a conseguir que la práctica enfermera aportara realmente beneficios claros a la atención de nuestros pacientes y que los cuidados enfermeros fueran de calidad. Para esto fue necesario poner en marcha un programa de formación para las enfermeras, modificar las estructuras de la Unidades, de la Organización, así como modificar también las herramientas que las enfermeras utilizaban en su trabajo diario.

En una segunda fase de este proyecto y para promocionarlo, la Dirección de Enfermería

crea la Unidad de Informatización del Proceso Enfermero, cuya finalidad es la de impulsar la implementación de dicho proceso informatizado en cada una de las unidades de enfermería del Hospital, adaptándola a las necesidades de cada una y con la participación de sus profesionales.

En este contexto, en el Servicio de Nefrología, se comenzó con la implementación del proceso enfermero de forma gradual; como inicio se decidió que las unidades pioneras que pilotarían esta nueva forma de organizar el trabajo enfermero, por sus características intrínsecas, serían la Unidad de Prediálisis y la Unidad de Diálisis Peritoneal. Uno de los principales problemas que nos encontramos, una vez superado el adaptarse a esta nueva forma de trabajo, fue el encontrar unos registros enfermeros operativos en el que se reflejara todo el trabajo que realizamos los enfermeros. A esta problemática, tenemos que añadir que, a diferencia con el resto del Hospital, y en base a que la mayoría de nuestros pacientes no se encuentran ingresados, no podíamos tener acceso al programa informático en el que se facilitaban los registros enfermeros y la documentación generada por enfermería. En el desarrollo de la elaboración de la documentación de cuidado necesaria para con esta nueva forma de trabajo, adaptándola a las necesidades nuestras y con la participación de sus profesionales, es donde se sitúa el presente trabajo.

Los autores persiguen con este trabajo exponer cómo han desarrollado unos instrumentos que permiten mejorar la práctica enfermera para garantizar una adecuada producción de cuidados a la población con Insuficiencia Renal Crónica de la Unidad de Cuidados Nefrológicos del Hospital Universitario Puerto Real, con el objetivo de introducir en la profesión las nuevas ideas, conceptos, herramientas y metodologías y llevarlo e implementarlo a la práctica diaria.

El **objetivo** general de nuestro estudio es:

Diseñar una documentación de cuidados con las siguientes premisas:

- Realizarlo en soporte papel (inicialmente), de fácil uso.
- Acorde al modelo conceptual del Centro.
- Uso de un lenguaje común a la enfermería.
- Que fuese operativo.

Como objetivos específicos nos planteamos:

1. Diseñar un modelo de valoración acorde a nuestro modelo conceptual (D. Orem), útil para la Unidad de Cuidados Nefrológicos del Hospital Universitario Puerto Real.
2. Identificar los diagnósticos enfermeros susceptibles a la población con Insuficiencia Renal Crónica en programa de prediálisis y diálisis peritoneal de nuestro hospital, y en base a esta identificación:
3. Diseñar unos registros de planificación y evaluación de cuidados de los pacientes con IRC en la Unidad de Prediálisis o CAPD, siguiendo la Taxonomía II NANDA, la Clasificación de Resultados enfermeros (NOC) y la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC).
4. Diseño de una hoja de continuidad de cuidados.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio presentado se llevó a cabo en la Unidad de Cuidados Nefrológicos del Hospital Universitario Puerto Real (HUPR), en el periodo comprendido entre octubre del año 2001 hasta diciembre de 2003. Su diseño fue cualitativo, descriptivo, retrospectivo y longitudinal en el que se distinguieron las siguientes fases secuenciales:

1. Revisión bibliográfica exhaustiva y actualizada.

Fueron utilizadas las últimas ediciones de las taxonomías NANDA², NOC⁹, NIC⁴ y las últimas publicaciones existentes sobre el tema objeto de estudio.

2. Creación de un grupo de trabajo.

El grupo de trabajo, estaba compuesto de 6 enfermeras/os, que incluía a las enfermeras de diálisis peritoneal, prediálisis, la coordinadora de hemodiálisis, una enfermera de hemodiálisis y Unidad de Agudos, la supervisora de la Unidad de Cuidados nefrológicos, y un enfermero coordinador de cuidados del Hospital.

3. Elaboración de Cronograma de trabajo. Se distinguieron distintas etapas:

1ª Debate de los problemas que nos encontraríamos. (Octubre-Noviembre 2001).

El principal problema que nos encontramos al comenzar es el propio modelo en sí por las siguientes características:

- No usa un lenguaje común con el que poder nombrar nuestros diagnósticos, resultados e intervenciones.
- Al enfocar nuestro formato de valoración en los requisitos de autocuidado, no disponemos de una organización de los datos acorde a la Taxonomía II NANDA, y que nos permita una fácil relación con los diagnósticos.

En base a esto, consideramos que:

- El uso de un lenguaje común para la enfermería puede dar resultados beneficiosos para el paciente, ya que se potencia una mayor comunicación y, por tanto, se favorece la continuidad en los cuidados en los distintos turnos de rotación de profesionales dentro de las unidades y distintos niveles de atención. Opinión contrastada con otros autores.^{3 4}
- Hay que utilizar los modelos con flexibilidad, es decir, debemos adaptar el modelo a la realidad que nos exige tanto el paciente como el contexto en el que Enfermería se sitúa en nuestro medio. Al igual que M. Phaneuf,⁵ nosotros opinamos que el modelo a utilizar debe servir a la enfermera y no esclavizarla.
- Debemos adaptar nuestro diseño de valoración a la estructura de dominios y clases de dicha taxonomía, que como sabemos utiliza los Patrones Funcionales de Gordon modificados para así facilitar la clasificación diagnóstica. Gordon además dice que "...las áreas de los patrones de salud proporcionan un formato de valoración estándar para una base de datos básica con independencia de la edad, el nivel de cuidados o el trastorno médico del cliente"... "consiguen una aproximación holística"... y... "guían la recogida de información".⁶ Además, "...los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon no se refieren a ningún concepto filosófico..."⁵

¿Cómo entonces podemos usar el modelo de autocuidados para nuestra valoración?. La respuesta la encontramos dándole uso al modelo con flexibilidad⁵, es decir, asumiendo los

siguientes apartados:

1. Concepto integral del paciente como ser holístico con una demanda y agencia de autocuidado.¹
2. Concepto de la Enfermería como un servicio de ayuda.¹
3. Rol de enfermera profesional.¹
4. Tipos de diseños o sistemas de enfermería.¹

2ª Acuerdo preliminar en cuanto al modelo a utilizar en el documento de valoración. Diseño del mismo, pilotaje e inserción de modificaciones en el documento inicial. Validación del documento (diciembre 2001-mayo 2002).

El grupo de trabajo identificó los elementos básicos que debería tener un diseño de valoración enfermera siguiendo el Modelo de Autocuidado. En un principio, el formato resultante agrupaba los ítems de valoración según los requisitos de autocuidado¹.

Coincidiendo con la publicación de la Taxonomía II NANDA, en la que los diagnósticos aparecen agrupados siguiendo una estructura de dominios y clases, que facilita el razonamiento diagnóstico al estar basada en los Patrones Funcionales de Gordon, nos permitía su uso al ser éstos flexibles con cualquier modelo conceptual. Por lo tanto, el análisis de los resultados del grupo de trabajo en esta etapa fue la identificación de los ítems necesarios de un formato de valoración general enfermera siguiendo la estructura de dominios y clases de la Taxonomía II NANDA con el enfoque filosófico del Modelo de Autocuidado.

A continuación, se diseñó y pilotó la valoración preliminar.

Convencidos de que el éxito de todo cambio está directamente relacionado con el nivel de participación de los propios actores implicados en él, se consideró fundamental el consenso⁸ entre las enfermeras pertenecientes a las unidades donde iba a pilotarse el documento de valoración (unidad de cuidados nefrológicos de prediálisis diálisis peritoneal, Unidad de Agudos y Unidad de Hemodiálisis). Las propuestas de los informantes claves pertenecientes a las unidades donde se pilotó, se insertaron y se modificó el documento inicial para que fuera más eficaz y ajustada a las necesidades de sus usuarios.

Se hizo además un segundo pilotaje en formato papel con el objetivo de generar consenso y conseguir la optimización y por tanto la operatividad de dicho formato de valoración. Este segundo pilotaje fue realizado en las unidades objeto de estudio durante dos meses a fin de conseguir una información lo más acorde con las necesidades requeridas.

De nuevo fue modificado el diseño de valoración, basándose en la información obtenida en este apartado, consiguiendo un registro de valoración validado por la mayoría de las enfermeras de la Unidad.

3ª Diseño de Hoja de identificación de diagnósticos, registro provisional de planificación de cuidados y registro de continuidad de cuidados. (Junio 2002).

Con el objetivo de facilitar la identificación de los diagnósticos una vez que se había valorado al paciente, se elaboró una hoja en la que se agrupaban los diagnósticos según la estructura de la Taxonomía II NANDA (misma estructura que seguía la valoración diseñada).

4ª Identificación de los diagnósticos enfermeros de los pacientes con Insuficiencia Renal

Crónica en programa de Prediálisis y diálisis peritoneal. (Junio 2002-Diciembre 2002).

Se identificaron, en los pacientes con IRC en diálisis peritoneal y prediálisis, y sus familiares, cuáles son los problemas más frecuentes que tras una valoración observamos que tienen (diagnósticos), qué es lo que queremos conseguir (resultados), cómo lo vamos a medir (indicadores), y por último qué herramientas vamos a utilizar para conseguirlo (intervenciones enfermeras y actividades). Las interrelaciones se han obtenido a partir de la práctica clínica de enfermeras que están utilizando esta metodología en los dos últimos años. Una interrelación puede definirse como aquello que dirige una asociación de conceptos.

5ª Diseño de registros de planificación de cuidados para cada diagnóstico, interrelacionándolos con los criterios de resultados, indicadores, intervenciones y actividades enfermeras. (Enero 2003-Diciembre 2003)

RESULTADOS

- Creación de un modelo de valoración general enfermera consensuada entre los profesionales enfermeros de la Unidad de Cuidados Nefrológicos del Hospital Universitario Puerto Real, siguiendo la estructura de dominios y clases de la Taxonomía II de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (Anexo 1)
- Identificación de 20 diagnósticos en los pacientes con IRC en diálisis peritoneal y prediálisis, y sus familiares, y sus interrelaciones correspondientes con los resultados esperados (NOC) e intervenciones (NIC).
- Elaboración de una hoja de identificación de diagnóstico (Anexo 2).
- Creación de registros de planificación de cuidados de los 20 diagnósticos identificados en los pacientes con IRC en programa de diálisis peritoneal y prediálisis. (Anexo 3). Estos documentos elaborados nos permiten registrar objetivos alcanzables. Las intervenciones están identificadas y a cada una de ellas se les asocia distintas actividades que el profesional elegirá en función de las características del paciente.

Tal como se aprecia, los registros nos permiten individualizar los cuidados, ya que el profesional puede elegir qué resultado quiere obtener y cómo va a intervenir, lo que nos permite crear un sistema de monitorización mediante los indicadores de resultados.

- Diseño de documentación de continuidad de cuidados (Anexo 4). Con este registro nos aseguramos la continuidad de cuidados interniveles, quedando reflejados los diagnósticos resueltos y los que continúan con sus intervenciones y resultados correspondientes. Consta de un apartado donde se anotan los datos más significativos.

DISCUSIÓN

Coincidiendo con la opinión de Phaneuf⁵ “en las bases de datos clínicas la enfermería y los cuidados de enfermería han permanecido esencialmente invisibles”, uno de los

principales problemas encontrados al inicio de la realización del presente estudio fue el del anonimato del profesional que registraba, así como la diversidad e imprecisión de la terminología empleada.^{10 11}

Se corre el riesgo de que la aportación de enfermería pase inadvertida, resulte infravalorada y “desaparezca sin dejar huellas” si no usamos un lenguaje común a nivel mundial.^{17 18}

“Cuando los profesionales de Enfermería utilizan un lenguaje común para discutir sus planes de tratamiento, la comunicación resulta mejorada y el paciente se beneficia de una mayor continuidad de los cuidados entre los diferentes turnos y entre los diferentes ambientes.”⁴

Van der Bruggen especifica que el diagnóstico enfermero “es factor de desarrollo profesional porque nos ofrece un idioma y unas fórmulas estándar que nos permiten entendernos entre nosotros, con otros profesionales de la salud, con los medios informáticos y financieros, los gobiernos, las empresas de salud, etc. Nos permite forjar nuestro propio vocabulario científico, y así ayuda a mantener la existencia y el desarrollo de una ciencia específica: la Ciencia de Enfermería”.¹⁶

Qué duda cabe que el empleo de un lenguaje común entre las enfermeras facilita una mejor comunicación no sólo entre ellas, sino incluso con otros profesionales de la salud y garantiza la utilidad de los registros. Un buen registro de enfermería debe recoger la información suficiente como para permitir que otro profesional de similar cualificación asuma sin dificultad la responsabilidad del cuidado del paciente.¹¹

Una adecuación de los registros enfermeros proporciona una base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados.¹²

Por otro lado, haciendo uso de unos adecuados registros enfermeros conseguimos:

- Una herramienta que facilite el trabajo enfermero.
- La individualización de los cuidados.³
- La creación de una base de datos esencial para el desarrollo del conocimiento enfermero.³
- Favorecer la “NO invisibilidad de la Enfermería”.⁵
- Permitir ser un colectivo fuerte, presente y visible en la sociedad y en los centros de decisión, propiciando que nuestro producto específico y exclusivo, sea cuantificado en los planes, balances y presupuestos sanitarios.¹⁵

Existen distintas experiencias y estrategias a la hora de cambiar la práctica enfermera. Junto a otros autores también opinamos que trabajar con el método científico con herramientas cualitativas es un instrumento útil ya que permite definir cuáles son los problemas a los que se enfrenta la enfermera. El consenso obtenido mediante técnicas grupales de investigación cualitativa es una vía adecuada para investigar en enfermería y, en concreto, para identificar los contenidos mínimos para implementar cualquier cambio en la práctica enfermera.^{8 14}

En nuestro estudio ha sido premisa fundamental el obtener la participación y el consenso de todos los profesionales implicados desde el principio al fin, ya que pensamos que el éxito de un proyecto en nuestro medio es directamente proporcional a la participación de los

profesionales que se beneficiarán de él. Analizando los resultados obtenidos podemos afirmar que estamos mejor posicionados para continuar con la implementación del proceso enfermero.

CONCLUSIONES

Las hojas de registros son una herramienta que facilita la recogida de datos y por tanto ayuda en el trabajo diario de la enfermera.

Nos permite desarrollar planes de cuidados individualizados y está disponible para todos los enfermeros de la Unidad.

A través de la evaluación de los registros se mejora la calidad en los cuidados que aporta la enfermera.

La creación de este nuevo modelo de registro ha hecho que el trabajo sea mas fácil de realizar y mucho más rápido. Pensamos también que es mucho más fácil de entender y de ser aceptado por otras enfermeras ya que se planifica mejor el cuidado que aportamos a los pacientes. Mejora el intercambio de información sobre el paciente entre el personal de enfermería y promueve la continuidad de cuidados del paciente dentro y fuera de la Unidad de Nefrología . Aumenta la satisfacción en el trabajo diario de la enfermera.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración a todos las enfermeras que han contribuido a la realización del presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orem. D.E. Nursing Concepts of Practice. Ed. Mosby 5º ed. St. Louis. 1995
2. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001 - 2002. Ed. Harcourt. Madrid. 2001.
3. Johnson,M. Bulechek,G. McCloskey Dochterman,J. Maas,M. Moohead,S. Nursing Diagnoses, outcomes, and interventions. NANDA, NOC and NIC linkages. Mosby. St.Louis. 2001.
4. McCloskey, J.C. Bulechek,G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. NIC. 3ª Ed. Mosby. St.Louis. 2001.
5. Phaneuf M. La Planificación de los Cuidados Enfermeros. Un Sistema Integrado y Personalizado. Ed. Mc.Graw-Hill Interamericana. México. 1999.
6. Gordon, M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. Mosby. Madrid. 1996.
7. Mazón, P. et al. Informe SEIS. La Seguridad y Confidencialidad de la Información Clínica. Pamplona. 2001.
8. Duarte,G., Montesinos,N. El Consenso como Estrategia de Implementación del Diagnóstico Enfermero, Valoraciones Estandarizadas y Selección de Etiquetas

- Diagnósticas. Revista Enfermería Clínica. Vol.9.Nº4: 12-21.
9. Johnson, M. Maas, M. Moohead, S. Nursing Outcomes Classification. (NOC). Iowa Outcomes Project. Mosby. St.Louis. 2000.
 10. Romera PF. Evaluar la Calidad de los Registros Enfermeros. Estudio Piloto de dos CAPs. Revista Rol Enfermería. 1993; 183: 38-47.
 11. Amezcua, M. La Calidad en la Documentación Clínica de Enfermería. Del Papeleo a los Registros para el Cuidado. Revista Index de Enfermería / Invierno 1995. Año IV. Nº 11 : 15-20.
 12. Alfaro, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Springer. 1999.
 13. Serrano, R. Saracíbar, MI. Díaz MT. Majuelo, T. Narvaiza, MJ. ¿Dónde Comienza la Calidad Científica de los Documentos de Enfermería?. El Reto de la Documentación. Revista ROL Enfermería, 1994; 191-2: 33-40.
 14. Corrales, D. Repercusiones de la Evolución de la Reforma de la Atención Primaria en el Papel de los Profesionales de Enfermería. Atención Primaria. 1996.; 18.
 15. López Ruiz, J. Propuestas para el Desarrollo Profesional (I). Enfermería Clínica. Vol.10, Nº3: 32-36.
 16. Ven der Bruggen, H. Diagnostics Infirmiers et efficacité Infirmière. En: Actes des Journées d'Etude. París: AFERI, 1994; 3-8.
 17. Affara, FA. Utilidad del diagnóstico de enfermería En: Diagnostics Infirmiers et efficacité Infirmière. París: AFERI, 1994; 9-18.
 18. López Ruiz, J. Propuestas para el Desarrollo Profesional (II). Enfermería Clínica. Vol.10, Nº4: 31-36.

ANEXOS



Nombre:	Edad:
1º Apellido	
2º Apellido	
Dirección	
Población	
Teléfonos	
Enfermero/a referente	



VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

1. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Motivo de ingreso: _____

- ¿Presenta dificultad para buscar ayuda sanitaria, entender su situación de salud, realizar las recomendaciones profesionales y abordar sus consecuencias? sí no
- Hospitalización previa sí no
- Intervención quirúrgica previa sí no
- Enfermedades concomitantes (desplegable):

diabetes cáncer hta epoc acv cardiopatía inmunosupresión

- Estado de salud:

1. ciclo vital

Procesos de recuperación de una enfermedad

Enfermedad de origen indeterminado

Regulación mediante el tratamiento activo de una enfermedad o trastorno o lesión de origen determinado

Restauración, estabilización o regulación del funcionamiento integrado

Regulación de los procesos que han interrumpido el funcionamiento humano integrado hasta el grado de que la calidad de vida está gravemente afectada o la vida ya no puede continuar

- Accesibilidad /disponibilidad centro de salud: suficiente deficiente
- Conocimiento abordaje cuidado: suficiente insuficiente



PACIENTE :

Enfermera Referente :

DIAGNÓSTICOS

X	D	1. Promoción de la Salud	Dom inio NAN DA
	78	manejo inefectivo del régimen terapéutico	1
	80	manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar	1
	81	manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad	1
	82	manejo efectivo del régimen terapéutico	1
	84	conductas generadoras de salud (especificar)	1
	98	deterioro en el mantenimiento del hogar	1
	99	mantenimiento inefectivo de la salud	1

X	D	2. Nutrición	Dom inio NAN DA
	1	desequilibrio nutricional: por exceso	2
	2	desequilibrio nutricional: por defecto	2
	3	riesgo de desequilibrio nutricional: por exceso	2
	25	riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	2
	26	exceso de volumen de líquidos	2
	27	déficit de volumen de líquidos	2
	28	riesgo de déficit de volumen de líquidos	2
	103	deterioro de la deglución	2
	107	patrón de alimentación ineficaz del lactante	2



Unidad Cuidados Nefrológicos Hospital Universitario Puerto Real		Paciente :			
ENFERMERA :					
INICIA CONSULTA PRE- DIALISIS:			INICIA DIALISIS PERITONEAL:		
DX.: AFLICCION CRONICA					
RESULTADOS NOC		INDICADORES		Fecha / Indicador	
Aceptación de estado de salud.		Reconocimiento de la realidad de la situación de salud. Renuncia al concepto previo de salud.			
Esperanza.		Expresión de una orientación futura positiva. Expresión de optimismo.			
INTERVENCIONES NIC		ACTIVIDADES		Fecha / Indicador	
Dar Esperanza.		Informar al paciente de si la situación actual constituye un estado temporal. Ayudar al paciente /familiar a identificar las áreas de esperanza de vida. Evitar disfrazar la verdad. Enseñar a reconocer la realidad estudiando la situación y haciendo planes para casos de emergencia.			
Apoyo emocional.		Valorar la comprensión del proceso de enfermedad. Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación. Proporcionar información objetiva respecto al dx., tto. y pronostico. Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.			



INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS
SERVICIO DE NEFROLOGÍA

NOMBRE: Nº H°: Domicilio Teléfonos	Nº. S.S.	Fecha Nacimiento:	Edad:
Unidad: Fecha de ingreso:	Fecha de alta:		
VALORACIÓN.			
DIAGNÓSTICOS (Continúa o resuelto)			

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia