

LUQUE ALABA, JUNANA MARÍA. Enfermera. Profesora Titular de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga
 ARAGONÉS DOMÍNGUEZ, ANTONIO ENRIQUE. Enfermero Hospital Universitario «Carlos Haya». Profesor Asociado Clínico de la Escuela
 Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga

Plan de cuidados básicos estandarizado en hospitalización urológica: *una visión desde el aprendizaje*

RESUMEN

Los alumnos de segundo curso de Enfermería realizan, durante sus prácticas hospitalarias de Médico-Quirúrgica I, un Proceso Enfermero individualizado, utilizando las necesidades básicas de V. Henderson a un paciente por rotación, recogiendo las etiquetas diagnósticas con taxonomía NANDA y las Intervenciones y Resultados con los criterios NIC y NOC. Hemos revisado y corregido estos procesos intentando visionar la posibilidad de crear un plan de cuidados estándar para los pacientes urológicos que precisan de hospitalización tras su intervención quirúrgica teniendo en cuenta siempre la visión del alumno de prácticas, que puede no coincidir plenamente con la de los profesionales de las unidades urológicas de hospitalización.

Palabras clave: Proceso enfermero, diagnósticos NANDA, Intervenciones y Resultados NIC, NOC.

SUMMARY

The pupils of the second course of Nursing realize during his hospitable practices of Medical - Surgical I, a Process individualized Nurse, using the basic needs of V. Henderson, to a patient for rotation, gathering the diagnostic etiquettes with taxonomía NANDA and the Interventions and Results with the criteria NIC and NOC. We have checked and corrected these processes trying to see the possibility of creating a plan of cares standard for the patients urológicos that are necessary hospitalization after his surgical intervention having in it counts always the vision of the pupil of practices who cannot coincide fully with that of the professionals of the urology units of hospitalization.

Key words: Process nurse, Diagnoses NANDA, Interventions and Results NIC, NOC.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos estudio y seguimiento de los procesos enfermeros que realizan los estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas. Para ello revisamos 20 procesos enfermeros y recogimos los datos en una plantilla creada para tal efecto. Los datos han sido procesados mediante paquete informático Office 2000.

RESULTADOS

En el 98% de los casos aparecen una serie de Etiquetas Diagnósticas que son comunes a todos los procesos así como una serie de Problemas de Colaboración que también se dan en todos los procesos investigados:

- Ansiedad (DE).
- Conocimientos Deficientes (DE).
- Manejo Inefectivo del régimen terapéutico (DE).
- Alteración de la eliminación urinaria (CD).
- Riesgo de Infección por procedimientos invasivos (PC).
- Estreñimiento (PC).
- Dolor Agudo (PC).
- Riesgo de Hemorragia (PC).

En cuanto a los Problemas de Autonomía, la gran mayoría de los pacientes son autónomos en alimentación, movilización e higiene, y presentan suplencia parcial en la eliminación.



DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

ANSIEDAD

• **Código NANDA:** 00146• **Características definitorias**

- Agitación.
- Inquietud.
- Insomnio.
- Irritabilidad.
- Angustia.
- Nerviosismo.
- Sobreexcitación.
- Aumento de la respiración.
- Trastorno del sueño.
- Aumento del pulso.
- Aumento de la transpiración.
- Preocupación.

• **Factores relacionados**

Amenaza de cambio en:

- Rol.
- Estado de salud.
- Situación económica.

• **Resultados Enfermeros Sugeridos**

- *Código 1402.* Control de la Ansiedad.
- *140218.* Otros.
El paciente describirá, en términos propios, su ansiedad y cómo trata de solucionarla.
- *Código 1302.* Superación de problemas:
 - 130203. Verbaliza sensación de control.
 - 130218. Refiere aumento del bienestar psicológico.

• **Intervenciones Enfermeras Sugeridas**

- *Código 7680.* Ayuda en la exploración:
 - Explicar el motivo del procedimiento.
 - Crear un ambiente de intimidad.
 - Colocar en la posición adecuada y tapar al paciente, si es el caso.
 - Utilizar un lenguaje adecuado al explicar el procedimiento.
- *Código 5820.* Disminución de la ansiedad:
 - Utilizar un enfoque sereno, que dé seguridad.
 - Explicar todo el procedimiento, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
 - Escuchar con atención. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- *Código 5340.* Presencia:
 - Mostrar una aptitud de aceptación.
 - Establecer contacto físico con el paciente para expresar la consideración, si resulta oportuno.
 - Permanecer físicamente presente, sin esperar respuestas de interacción.
 - Estar físicamente disponible como elemento de ayuda.

CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

• **Código NANDA:** 00126• **Características definitorias**

- Verbalización del problema.
- Comportamientos inapropiados: hostilidad, agitación.

• **Factores relacionados**

- Mala interpretación de la información.
- Falta de exposición al problema.
- Poca familiaridad con los recursos para obtener la información.

• **Criterio de resultados**

- 1805. Conocimiento conducta sanitaria.
- 180501. Descripción de prácticas nutricionales saludables.
- 1814. Conocimiento del procedimiento terapéutico.
- 181401. Descripción del procedimiento terapéutico.
- 181404. Descripción de cómo funciona el dispositivo.

• **Intervenciones Enfermeras Sugeridas**

- 5606. Enseñanza individual:
 - Valorar nivel educativo del paciente.
 - Instruir al paciente cuando corresponda.
- 5614. Enseñanza dieta prescrita:
 - Instruir al paciente sobre comidas permitidas y prohibidas.
 - Dar información escrita sobre dietas y preparados existentes en la unidad.
- 5618. Enseñanza de procedimientos y tratamientos:
 - Enseñanza del proceso de la enfermedad.
 - Enseñanza de las actividades y ejercicios prescritos.

MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO

• **Código NANDA:**00080• **Características definitorias**

- Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas.
- Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios.
- Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas.

• **Factores relacionados**

- Complejidad del régimen terapéutico.
- Conflicto familiar.
- Déficit de conocimientos.
- Percepción de barreras.

• **Criterio de resultados**

- 1601. Conducta de cumplimiento.
- 160103. Comunicará seguir la pauta prescrita.

- 160106. Modificará la pauta orientada por el profesional sanitario.
- 1813. Conocimiento: régimen terapéutico.
- 181302. Describirá las responsabilidades de los autocuidados para el tratamiento.
- 181309. Describirá los procedimientos prescritos.

• Intervenciones Enfermeras Sugeridas

- 4420. Acuerdo con el paciente:
 - Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados.
 - Ayudar al paciente a establecer los objetivos a corto y largo plazo.
- 5618. Enseñanza Procedimiento/Tratamiento:
 - Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.
 - Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados.
 - Determinar las expectativas del tratamiento por parte del paciente.
 - Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

RIESGO DE INFECCIÓN secundario a procedimientos invasivos:

- Cateterización Venosa.
- Cateterización Vesical.

• Resultados Enfermeros

- 1902 Control del riesgo.
- 190218 Otros: Ausencia de infección, flebitis, obstrucción...
- 1902 Control del riesgo.
- 190218 Otros: ausencia de complicaciones vesicales.

• Intervenciones Enfermeras

- 2440. Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV):
 - Determinar tipo de catéter a colocar.
 - Mantener precauciones universales.
 - Mantener técnica aséptica al manipularlos.
 - Aplicar protocolo del centro en cambios de sistemas, tapones, apósitos...
- 1876. Cuidados del Catéter Urinario:
 - Aplicar protocolo de la unidad en la cateterización vesical.
 - Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.
 - Mantener la permeabilidad del sistema del catéter urinario.
- 6540 Control de Infecciones:
 - Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas en el lavado de manos.
 - Poner en práctica precauciones universales.

ESTREÑIMIENTO secundario a:

- Falta de movilidad.
- Déficit de fibras en la dieta.
- Dolor durante la eliminación.

• Resultados Enfermeros

- 0501 Eliminación intestinal.
- 050110 Ausencia de estreñimiento.

• Intervenciones Enfermeras

- 0440 Entrenamiento Intestinal:
 - Enseñar al paciente/familia los principios de la educación intestinal.
 - Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.
 - Asegurarse de que se realizan ejercicios adecuados.
 - Disponer de intimidad.
 - Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra.
- 0450 Manejo de estreñimiento/impactación:
 - Administrar laxantes o enemas, si procede.
 - Extraer la impactación fecal manualmente, si fuera necesario.

DOLOR AGUDO secundario a:

- Herida quirúrgica.

• Resultados Enfermeros

- 1605. Control del dolor.
- 160501. Reconoce factores causales.
- 160506. Utiliza los signos de alerta para solicitar ayuda.

• Intervenciones Enfermeras

- 1400. Manejo del dolor:
 - Observar claves no verbales de molestias.
 - Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
 - Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimiento).
 - Fomentar períodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
- 2210. Administración de analgésicos:
 - Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
 - Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
 - Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
 - Registrar la respuesta del analgésico y cualquier efecto adverso.

ALTERACIÓN DE LA ELIMINACIÓN URINARIA (CD: 1.3.2, según la NANDA)

• 1.3.2.1. Incontinencia urinaria

- Esfuerzo.
- Refleja.
- Funcional.
- Total.

• 1.3.2.2. Retención urinaria

Generalmente los DdE de esta categoría, al terminar la recogida de datos se transforman en Problemas de Colaboración, como sucede con el referido a la retención urinaria, que es el más común de los recogidos en los registros realizados por los alumnos en los trabajos revisados y que es el que detallamos a continuación con los cuidados generales que requiere.

RETENCIÓN URINARIA, secundario a:

- Intervención quirúrgica

• Resultados enfermeros

- Recuperación del patrón de eliminación adecuado.
- Descripción de los factores que inciden en la alteración.
- Planificación y evaluación de las medidas propuestas.
- Realización de las técnicas de reeducación vesical.

• Intervenciones enfermeras

- 0570: Entrenamiento de la vejiga urinaria.
- 0580: Sondaje vesical.
- 0600: Entrenamiento del hábito urinario.
- 0610: Cuidados de la incontinencia urinaria.
- 0620: Cuidados de la retención urinaria.

RIESGO DE HEMORRAGIAS, Secundario a:

- Intervención quirúrgica.

• Criterios de resultados

- Control de la hemorragia.

• Intervenciones enfermeras

- 4010 Precauciones con hemorragias.
- 4020 Disminución de la hemorragia.

PROBLEMAS DE AUTONOMÍA

1. ALIMENTACIÓN: Paciente autónomo

• Actividades

- Verificar que el menú coincide con la dieta prescrita.
- Servir la comida.
- Valorar la adecuada ingesta o la causa de posibles alteraciones.
- Registrar la ingesta.
- Realizar la solicitud de dietas.
- Facilitar la higiene bucal después de las comidas.

2. HIGIENE: Paciente autónomo

• Actividades

- Proveer del material para la higiene personal.
- Evitar peligros en el cuarto de aseo.
- Asegurarse de que la higiene se realiza correctamente y sin dificultad.

- Registrar la realización de la higiene.
- Cambiar la ropa de la cama y del paciente.
- Recoger los utensilios usados.
- Proporcionar la intimidad precisa para la higiene.

3. MOVILIZACIÓN: Paciente autónomo

• Actividades

- Mantener el orden de la habitación del paciente.

4. ELIMINACIÓN: Suplencia parcial

• Actividades

- Proporcionar el material preciso para la eliminación y posterior higiene.
- Proporcionar la intimidad precisa para la eliminación.
- Acompañar al WC si es preciso.
- Retirar la cuña y/o botella y proceder a la limpieza de la misma.
- Valorar y registrar la eliminación.
- Realizar la higiene posterior a la eliminación, si es preciso.

CONCLUSIONES

Sería conveniente crear un plan de cuidados enfermeros básico para los pacientes urológicos hospitalizados, que fuese estandarizado, así ayudaría a implementar los cuidados y las medidas preventivas para atender y evitar aquellos problemas más comunes que aparecen en la mayoría de estos pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Queremos mostrar nuestro agradecimiento a todos los alumnos de 2º curso de Enfermería de la E. U. de CC. de La Salud de la Universidad de Málaga, cuya colaboración ha hecho posible este trabajo, y a todos los enfermeros/as y miembros del equipo de salud del Hospital Civil (Pb.C) del Complejo Hospitalario Carlos Haya de Málaga, que han participado en la formación de nuestros futuros profesionales. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación*. NANDA 2002-2003 Editorial Harcourt. 2003.
- *Clasificación de Resultados de Enfermería. Proyecto de Resultados de Iowa*. Editorial Harcourt 2002-2003
- *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Proyecto de Intervenciones IOWA*. Editorial Harcourt 2002-2003.
- *Enfermería Fundamental. Manuales de Enfermería*. Editorial Masson. 2003.