

Estandarización de cuidados del síndrome metabólico en diálisis peritoneal

Francisco Cirera Segura - Myriam Ruiz Montes - Verónica Rosales Sánchez - Jesús Lucas Martín Espejo

Enfermeras/os
Unidad de Gestión Clínica Uro-Nefrológica
H.H.U.U. Virgen del Rocío. Sevilla

Resumen

Introducción. Detectamos una gran prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en los pacientes incidentes y prevalentes en diálisis peritoneal. **Objetivo.** Elaborar un plan de cuidados estandarizado para pacientes en diálisis peritoneal que diera respuesta a los problemas derivados del síndrome metabólico.

Material y Método. La población objeto fueron los pacientes en diálisis peritoneal.

Se realizó una valoración de las necesidades según Marjory Gordon, y se utilizaron las taxonomías NANDA, NIC y NOC para establecer los diagnósticos, intervenciones y criterios de resultados más frecuentes.

Resultados. Los diagnósticos más prevalentes fueron: Conocimientos deficientes, Manejo inefectivo del régimen terapéutico, Desequilibrio nutricional por exceso y Deterioro de la movilidad física.

Se elaboraron las intervenciones a realizar en la consulta de Enfermería, así como los criterios de resultados esperados.

Las intervenciones se basaron en la educación del paciente sobre la modificación del estilo de vida, manejo adecuado de alimentación, realización de ejercicio físico adecuado a su edad, y en los aspectos relativos a la patología de base y tratamiento, como administración y manejo de los fármacos y líquidos de diálisis peritoneal.

Conclusión. Hemos estandarizado mediante un plan de cuidados, la atención a los problemas de salud derivados del síndrome metabólico, en los pacientes en programa de diálisis peritoneal.

PALABRAS CLAVE:

- PLAN DE CUIDADOS
- SÍNDROME METABÓLICO
- DIÁLISIS PERITONEAL

NURSING METHODOLOGY: Standardising care of metabolic syndrome in peritoneal dialysis

Abstract

Introduction: We detected a high prevalence of cardiovascular risk factors in both incidental and prevalent cases in peritoneal dialysis.

Correspondencia:
Francisco Cirera Segura
C/Ángel Ripoll Pastor, nº 4-6º A. 41006 Sevilla
E-mail: paco.cirera@gmail.com

Aim: To draw up a standardised care plan for patients in peritoneal dialysis to deal with the problems arising from metabolic syndrome.

Material and Method: The target population consisted of patients in peritoneal dialysis.

A needs assessment was carried out using Marjory Gordon's approach, in which the NANDA, NIC and NOC classifications were used to establish the most frequent diagnoses, interventions and criteria for outcomes.

Results: The most prevalent diagnoses were: lack of knowledge, ineffective management of the therapy regime, nutritional imbalance due to excess and deterioration in physical mobility.

The interventions to be performed in the nursing consulting room and the criteria for expected outcomes were drawn up.

The interventions were based on educating patients about altering their lifestyle, proper management of their diet, doing physical exercise appropriate to their age and in matters concerning their basic pathology and its treatment, such as administering and managing medication and peritoneal dialysis liquids.

Conclusion: Through a care plan we standardised care of the health problems arising from metabolic syndrome in patients on a peritoneal dialysis programme.

KEY WORDS:

- CARE PLAN
- METABOLIC SYNDROME
- PERITONEAL DIALYSIS

Introducción

El Síndrome Metabólico (S.M.) se puede definir como la agrupación de factores de riesgo cardiovascular (R.C.V.) de origen metabólico, que a su vez aumentan proporcionalmente la posibilidad de padecer enfermedad cardiovascular¹, y están relacionados con un estado de insulinoresistencia². Este síndrome se caracteriza por el conjunto de tres o más de los siguientes criterios diagnósticos: obesidad³, triglicéridos elevados, colesterol H.D.L bajo, aumento de la presión arterial y alteración de la glucemia en ayunas. Esta clasificación pertenece a la NCEP ATP III⁴ y ha sido adaptada por Kam-Tao Li et al⁵, a pacientes en Diálisis Peritoneal (D.P.).

La elevada prevalencia de este síndrome en la Enfermedad Renal Crónica, lo convierte en uno de los principales responsables del aumento de la morbi-mortalidad cardiovascular⁶.

Por otro lado, el tratamiento con D.P. por sus características particulares, hace a los pacientes más susceptibles de aumentar su peso y presentar obesidad, ya que provoca una sobrecarga de glucosa y desencadena una serie de efectos metabólicos como hiperlipemia, diabetes, etc⁴. Además, la absorción de glucosa provocada por los líquidos usados en D.P, favorece altas concentraciones de triglicéridos en el organismo⁷. Esto parece confirmarse en un estudio realizado en nuestra población pendiente de publicación⁸, donde la prevalencia al inicio de D.P. fue del 22,6%, aumentando al año de seguimiento al 32,1%, aunque sin alcanzar los valores del 53,3% referidos en otros estudios⁵.

Ante esta situación nos planteamos la necesidad de planificar los cuidados que requieren este tipo de pacientes, elaborando un plan de cuidados estandarizado (P.C.E.) que se pudiera añadir a las intervenciones propias del tratamiento sustitutivo de la Enfermedad Renal Crónica mediante la D.P. Estas intervenciones estarían encaminadas a la prevención, control de síntomas y complicaciones metabólicas y cardiovasculares asociadas al S.M, como factor de comorbilidad de mayor prevalencia incluso que las propias complicaciones derivadas del tratamiento sustitutivo como la infección peritoneal.

Con el objetivo final de mejorar la calidad en la gestión de los cuidados al paciente en proceso de D.P, nos planteamos el siguiente objetivo específico:

Elaborar un plan de cuidados estandarizado para pacientes en proceso de diálisis peritoneal que pueda dar respuesta a los problemas de salud derivados del padecimiento añadido del Síndrome Metabólico.

Metodología

La población objeto del plan de cuidados son los pacientes incidentes o prevalentes incluidos en el programa de D.P. de nuestro centro, derivados de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada o de hemodiálisis. Tienen una edad media de 62,02 + 15,33 años, con similar prevalencia en función del género (28 hombres y 25 mujeres) aunque con mayor utilización de diálisis peritoneal continua ambulatoria (D.P.C.A.) que de diálisis peritoneal automática. (D.P.A)⁸.

Se diseñó un P.C.E partiendo de una valoración de las necesidades estructurada bajo el modelo de patrones

funcionales de salud de Marjory Gordon, y se utilizaron las taxonomías NANDA⁹, NIC¹⁰ y NOC¹¹ para establecer los diagnósticos más prevalentes, los criterios de resultados y las intervenciones NIC.

Para el desarrollo y personalización de las intervenciones y actividades, se utilizó también el libro "A propósito de un caso en hipertensión arterial: Diabetes y Síndrome metabólico. Decisiones clínicas en Atención Primaria"¹².

En la Tabla 1 se refleja de forma estructurada como puede verse afectado cada patrón de salud por el Síndrome Metabólico en los pacientes de diálisis peritoneal.

Patrón 1: Percepción – Manejo de la salud
Pacientes pluripatológicos con alteraciones multisistémicas producida por el Síndrome Metabólico y la Enfermedad Renal Crónica Terminal. Cuentan con tratamientos farmacológicos extensos y cambios bruscos en su estilo de vida lo que hace que pueda existir poca adhesión al tratamiento. Son portadores de catéter peritoneal.
Patrón 2: Nutricional – Metabólico
La dieta de estos pacientes debe ser: baja en sodio (por las altas cifras de TA), baja en calorías (debida a la obesidad), baja en lípidos (por la dislipemia que presenta), con bajo índice glucémico (ya que su tasa de glucemia en ayunas es alta) y alta en fibra vigilando el potasio, además de las restricciones de la dieta renal. Pueden presentar alteraciones en la piel por prurito. Hemos de tener en cuenta el suplemento de glucosa que aporta la reabsorción de los líquidos de D.P. así como la anorexia debida a los mismos, la distensión abdominal producida por el líquido de diálisis y al acumulo de urea.
Patrón 3: Eliminación
Patrón alterado por la enfermedad renal de base. Presentando una disminución de la diuresis en diferentes grados e incluso anuria. El estreñimiento es habitual debido a las restricciones dietéticas, a la medicación y a los cambios de volemia (deshidratación).
Patrón 4: Actividad – Ejercicio
Debido a la obesidad y al sedentarismo de estos pacientes, el ejercicio es insuficiente. La edad es un factor habitual presente en nuestros pacientes que influye en la falta de ejercicio.
Patrón 5: Sueño – Descanso
Patrón valorado. Sin alteraciones específicas relacionadas con el Síndrome Metabólico.
Patrón 6: Cognitivo – Perceptual
Pueden tener complicaciones de las patologías base: alteraciones de la visión (hipertensión y diabetes mellitus), pie diabético, acufenos (hipertensión), etc.
Patrón 7: Auto percepción – Autoconcepto
A consecuencias de su enfermedad crónica, pueden experimentar sentimientos diferentes hacia su cuerpo, produciendo inseguridad e inestabilidad emocional en muchos casos. En muchos casos no se acepta la enfermedad y el tratamiento.
Patrón 8: Rol – Relaciones
Puede disminuir la actividad social por la dependencia al tratamiento y alterar el estado familiar por aparecer cambios de roles por la imposibilidad de ejercerlo causado por el tratamiento y/o enfermedad.
Patrón 9: Sexualidad – Reproducción
Patrón valorado. Sin alteraciones específicas relacionadas con el Síndrome Metabólico.
Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés
Los nuevos cambios de hábitos pueden provocar estrés y ansiedad.
Patrón 11: Valores – Creencias
Patrón valorado. Sin alteraciones específicas relacionadas. Sin alteraciones relacionadas con el Síndrome Metabólico.

Tabla 1. Valoración del Síndrome Metabólico según patrones de Marjory Gordon

A partir de esta valoración se establecieron diagnósticos de Enfermería y problemas de colaboración relacionados con el Síndrome Metabólico: Conocimientos deficientes, Manejo inefectivo del régimen terapéutico, Desequilibrio nutricional por exceso y Deterioro de la movilidad física. y se elaboraron las intervenciones a realizar en la consulta de Enfermería, así como los criterios de resultados esperados:

Plan de Cuidados Estandarizados (PCE):

Diagnóstico de Enfermería: Conocimientos deficientes (Tabla 2)

Las actividades seleccionadas para desarrollar en la consulta se basan principalmente en la educación sanitaria y deben abarcar desde las causas y consecuencias de la enfermedad, en nuestro caso en el S.M, a cómo afecta individualmente a cada paciente.

Dentro del proceso de la D.P, es conveniente informar al paciente en qué consiste el Síndrome Metabólico, cuáles son sus signos y síntomas, así como la importancia que tienen y la alta comorbilidad y mortalidad que produce. Se le aconsejará sobre los aspectos a modificar en su estilo de vida y cuáles son las medidas preventivas que deben adoptar, como: importancia de realizar un ejercicio físico moderado, restringir la ingesta de líquidos en caso necesario, el sodio y las grasas. También se ha de controlar el aumento de peso, la presión arterial, los niveles de glucemia, colesterol y triglicéridos.

Es importante la eliminación del hábito tabáquico y el exceso de alcohol. Les proporcionaremos el número de teléfono de la unidad donde llamar si surgen complicaciones o tienen dudas.

Diagnóstico de Enfermería: Manejo inefectivo del régimen terapéutico (Tabla 3).

Debido a la complejidad del tratamiento, a la falta de confianza en el personal sanitario, o a una falta de aceptación de la situación, identificamos este diagnóstico. Aumentar el afrontamiento y aceptar que padece Síndrome Metabólico además de requerir D.P, es imprescindible para poder iniciar el proceso educativo.

Una vez que esta aceptación se ha producido y con la idea de facilitar el aprendizaje, debemos desarrollar una atención personaliza en la consulta para lograr la confianza del paciente y poder establecer una relación terapéutica adecuada. Para ello, es importante mantener un ambiente adecuado en la consulta que asegure la intimidad y confortabilidad del paciente, evitando interrupciones. Una vez establecida esta relación negociaremos con el paciente una motivación para los cambios necesarios en su estilo de vida y los reforzaremos frecuentemente comentando las ventajas que supone.

Se fomentará la sustitución de hábitos indeseables por hábitos adecuados como el ejercicio, dieta libre de grasas y sodio, la eliminación del tabaco y de hábitos tóxicos (alcohol, drogas, etc.)...Para que estos cambios sean más fáciles podemos implicar a la familia en el proceso. Es aconsejable realizar un seguimiento que sirva de refuerzo

00126 Conocimientos deficientes: enfermedad, dieta, tratamiento r/c: <input type="checkbox"/> Mala interpretación de la información <input type="checkbox"/> Falta de exposición <input type="checkbox"/> Limitación cognitiva <input type="checkbox"/> Poca familiaridad con los recursos para obtener la información <input type="checkbox"/> Falta de interés en el aprendizaje Código A/R		Escala Likert 1: 1: Ninguno 2: Escaso 3: Moderado 4: Sustancial 5: Extenso	
Intervenciones de Enfermería (NIC)		Criterios de resultados (NOC)	
5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento		<input type="checkbox"/> 1813 Conocimiento: régimen terapéutico Ejecución del procedimiento terapéutico	
5602 Enseñanza: proceso de enfermedad		<input type="checkbox"/> 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad Descripción signos/ síntomas complicaciones	
5606 Enseñanza individual		Descripción de precauciones para prevenir las complicaciones	

Tabla 2. Conocimientos Deficientes. Intervenciones y resultados

00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c: <input type="checkbox"/> Conflicto de decisiones <input type="checkbox"/> Complejidad del régimen terapéutico <input type="checkbox"/> Falta de confianza en el personal <input type="checkbox"/> Déficit de conocimientos <p style="text-align: center;">Código A/R</p>		Escala Likert 1: 1: Nunca demostrado 2: Raramente demostrado 3: A veces demostrado 4: Frecuentemente demostrado 5: Siempre demostrado	
Intervenciones de Enfermería (NIC)		Criterios de resultados (NOC)	
5230 Aumentar el afrontamiento		<input type="checkbox"/> 1601 Conducta de cumplimiento (1)	
		Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida	
5520 Facilitar el aprendizaje		Comunica seguir la pauta prescrita	
6482 Manejo ambiental: confort		Adherencia al régimen terapéutico	
5616 Enseñanza: medicamentos prescritos		<input type="checkbox"/> 1606 Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria (1)	
7400 Guías del sistema sanitario		Autocontrol en la toma de decisiones	

Tabla 3. Manejo inefectivo del régimen terapéutico. Intervenciones y resultados

a largo plazo, por ejemplo los contactos telefónicos pueden ser un buen método.

Es necesario enseñaremos a realizar la toma de tensión arterial y del nivel de glucemia capilar antes de la toma de los fármacos para evitar posibles hipoglucemias e hipotensiones. De igual forma les informaremos sobre la dosis, horario, vía de administración y posibles efectos secundarios de cada medicamento: antihipertensivos, dislipémicos, antidiabéticos y líquidos de diálisis. También incluiremos la importancia del peso para controlar la obesidad y manejar los líquidos de diálisis peritoneal y la volemia.

Les proporcionaremos toda la información por escrito, o en las carátulas de cada medicamento, si estipulamos que la información oral será insuficiente para una buena adherencia al tratamiento. Les podemos facilitar si es preciso, un horario claro en el que esté reflejado las horas a las que deben tomar los fármacos.

Diagnóstico de Enfermería: Desequilibrio nutricional por exceso. (Tabla 4)

Cuatro de los cinco criterios que definen el S.M. están relacionados directamente con este diagnóstico.

La dieta de los pacientes renales en D.P. ya es compleja y restrictiva, por lo que si además debemos considerar la necesidad de restringir el aporte de alimentos calóricos y de alto valor glucémico, puede llegar a ser difícil de cumplir. Enseñar al paciente a combinar los alimentos, y a variar los platos para que la dieta no sea monótona es una de las funciones que Enfermería puede realizar en la consulta. En esta labor debemos apoyarnos en otros profesionales como los dietistas, y debemos facilitar ejemplos de menús variados para evitar el cansancio y la falta de cumplimiento.

Establecer objetivos comunes para la pérdida de peso y reforzar los logros en cada visita, puede ayudarnos a reducir la incidencia del S.M. en nuestros pacientes.

La falta de apetito es otra característica de la E.R.C. y está relacionada con el estado urémico, y en D.P. con el aporte de glucosa y la distensión abdominal producidas por los líquidos de diálisis. Por estos motivos es importante el control del estado nutricional de nuestros pacientes, que además de los parámetros analíticos controlamos mediante la bioimpedancia.

El control de la ingesta de líquidos debe ir en función de la diuresis residual de cada paciente, por lo que es

00001 Desequilibrio nutricional por exceso r/c:		Escala Likert 1:		Escala Likert 2:	
<input type="checkbox"/> Aporte excesivo en relación con las necesidades calóricas Código A/R		1: Nunca demostrado 2: Raramente demostrado 3: A veces demostrado 4: Frecuentemente demostrado 5: Siempre demostrado		1: Nunca demostrado 2: Raramente demostrado 3: A veces demostrado 4: Frecuentemente demostrado 5: Siempre demostrado	
Intervenciones de Enfermería (NIC)		Criterios de resultados (NOC)			
5614 Enseñanza: dieta prescrita		<input type="checkbox"/> 1802 Conocimientos: Dieta (1)			
5246 Asesoramiento nutricional		Descripción de la dieta recomendada			
4410 Establecimiento de objetivos comunes		Descripción del fundamento de la dieta recomendada			
		Establecimiento de objetivos para la dieta			
1100 Manejo de la Nutrición		<input type="checkbox"/> 1008 Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1)			
4120 Manejo de líquidos		Ingestión alimentaria oral			
1260 Manejo del peso		Ingestión hídrica			
1280 Ayuda para disminuir peso		<input type="checkbox"/> 1612 Control del Peso (2)			
		Mantiene una ingestión calórica diaria óptima			
		Alcanza el peso óptimo			

Tabla 4. Desequilibrio nutricional por exceso. Intervenciones y resultados

importante enseñarles a medir la diuresis y a contabilizar la ingesta, enseñándoles estrategias para su control como el uso de botellas individuales, uso de cubitos de hielo...También deben reconocer los síntomas como los edemas, el aumento de la tensión arterial, el aumento de peso...y a manejar los líquidos de diálisis peritoneal para conseguir alcanzar su peso seco estipulado.

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la movilidad física. (Tabla 5).

Las edad avanzada de nuestra población en programa de diálisis peritoneal, junto con la falta de vida laboral, unido al horario de los intercambios que condiciona en muchos casos su vida social, hace que nos encontremos un porcentaje elevado de pacientes con vida sedentaria. Sin embargo es necesario que introduzcamos desde la consulta de Enfermería unas rutinas de ejercicio físico moderado, que nos ayuden a controlar los factores característicos del S.M. Esta actividad se puede negociar con el paciente y la familia, pudiendo ir desde paseos diarios a actividades como ir a la compra o hacer recados, en función de las características de cada paciente. De esta forma además de promover el ejercicio los integramos

de nuevo en la vida familiar y social, dándoles unas responsabilidades.

Problemas de colaboración:

Dentro de los problemas de colaboración que se han dividido en dos grupos, el objetivo principal de Enfermería es prevenir, detectar y controlar precozmente la aparición de los signos/síntomas del síndrome metabólico: hipertensión, hiperglucemia, obesidad y dislipemia. Se han establecido estas actuaciones como problemas interdisciplinarios ya que además del papel que juega Enfermería y que se ha explicado anteriormente, el enfoque de las mismas debe ser conjunto con otros profesionales, nefrólogo, dietistas...

Discusión

En la consulta de Enfermería de D.P, se realizan de forma rutinaria¹³ una serie de actividades que nos permiten identificar la presencia del S.M. en nuestros pacientes, como son: la toma de la presión arterial, medida del perímetro abdominal, peso del paciente, extracción y

00085 Deterioro de la movilidad física r/c: <input type="checkbox"/> Índice de masa corporal por encima del percentil 75 para la edad <input type="checkbox"/> Falta de conocimientos respecto al valor de la actividad física <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Sedentarismo <p style="text-align: center;">Código A/R</p>		Escala Likert 1: 1:Ninguno 2:Escaso 3:Moderado 4:Sustancial 5:Extenso	
Intervenciones de Enfermería (NIC)		Criterios de resultados (NOC)	
5612 Enseñanza: Actividad/Ejercicio prescrito		<input type="checkbox"/> 2004 Forma Física (1) Ejercicio habitual	
0180 Manejo de energía		<input type="checkbox"/> 1181 Conocimiento: actividad prescrita (1)	
0200 Fomento del ejercicio		Explicación del propósito de la actividad	
		Descripción de la actividad prescrita	
		Descripción de las precauciones de la actividad	

Tabla 5. Deterioro de la movilidad física. Intervenciones y resultados.

PROBLEMAS INTERDISCIPLINARES O DE COLABORACIÓN	
C.P.: Hemodinámicas	C.P.: Metabólicas
Intervenciones de Enfermería (NIC): <input type="checkbox"/> 6680 Monitorización de los signos vitales <input type="checkbox"/> 2380 Manejo de la medicación <input type="checkbox"/> 2080 Manejo de líquidos/electrolitos <input type="checkbox"/> 4170 Manejo de la hipovolemia <input type="checkbox"/> 6650 Vigilancia	Intervenciones de Enfermería (NIC): <input type="checkbox"/> 2150 Terapia de diálisis peritoneal <input type="checkbox"/> 2130 Manejo de la hipoglucemia <input type="checkbox"/> 2120 Manejo de la hiperglucemia <input type="checkbox"/> 1100 Manejo de la nutrición <input type="checkbox"/> 7820 Manejo de las muestras. <input type="checkbox"/> 7690 Interpretación de los datos de laboratorio. <input type="checkbox"/> 6610 Identificación de riesgos. <input type="checkbox"/> 6650 Vigilancia

Tabla 6. Problemas Interdisciplinarios en el Síndrome Metabólico

valoración de la analítica. Sin embargo, para planificar, registrar y proporcionar una continuidad de cuidados, es necesario realizar una valoración estructurada, y elaborar un plan de cuidados estandarizados¹⁴.

Un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad¹⁵. Nos ayudan en nuestro quehacer diario, y consiguen optimizar y conceder al paciente calidad en el servicio prestado, cumpliendo siempre con la correcta individualización en cada caso¹⁶. La implantación del P.C.E. a enfermos cróni-

cos aporta un valor añadido al proceso de estos pacientes, ya que mejoran sus conocimientos, viven el procedimiento con menor ansiedad, mayor seguridad y aumentan la efectividad del circuito de cuidados consiguiendo, que afronten de manera eficaz su situación¹⁷.

En el caso del Síndrome Metabólico en diálisis peritoneal, la labor que desarrolla Enfermería para su prevención y tratamiento es fundamental, y se basa sobre todo en la formación y educación del paciente en aspectos generales como la modificación del estilo de vida hacia formas más saludable, manejo adecuados de alimentación, realización de un ejercicio físico adecuado a su edad, y por otro

lado, en los aspectos relativos a la patología de base y tratamiento, como la administración y manejo de los fármacos y líquidos de D.P.

La elaboración de este plan de cuidados, ha permitido que el enfermero referente identifique a aquellos pacientes que presentan este síndrome para poder iniciar un seguimiento de los mismos. De igual forma, al estar registrado los objetivos y la evolución de los mismos en el tiempo, nos ha permitido ofrecer una continuidad de cuidados adecuada establecida a través de las evoluciones de Enfermería y los informes de continuidad de cuidados.

Como conclusión, podemos decir que hemos estandarizado mediante un plan de cuidados, la atención a los problemas de salud derivados del padecimiento del SM, en los pacientes en programa de DP. La estandarización de los cuidados con este tipo de herramientas garantiza la continuidad y aproxima la gestión de los cuidados a los principios de calidad total: orientación a las expectativas y satisfacción del paciente, implicación de los profesionales, trabajo en equipo, unidad de criterios, y resultados asistenciales eficaces, eficientes y efectivos basados en la evidencia científica.

Recibido: 19 Diciembre 2011
Revisado: 15 Enero 2012
Modificado: 2 febrero 2011
Aceptado: 5 Febrero 2011

Bibliografía

- Martínez A. Síndrome Metabólico y nefropatía. *Nefrología*. 2008; Supl. 3:33-37.
- Aguirre Rodríguez, JC. Pacientes con obesidad y Síndrome Metabólico. En: Aguirre Rodríguez, JC, Alonso Moreno, FJ, Carramiñana Barrera F et al. A propósito de un caso de hipertensión: Diabétes y Síndrome Metabólico. Madrid. 2006; (6):107-126.
- Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEDO). Consenso SEEDO 200 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 587-97.
- Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). Expert Panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult treatment panel III). *JAMA* 2001; 285: 2486-97.
- Philip Kam-Tao Li, Bonnie Ching-Ha Kwan, Cheuk Chun Szeto et al. Metabolic Syndrome in peritoneal dialysis patients. *NDT Plus*(2008) 4: 206-214.
- Ruiz-Zorilla López, C et al. Poster: Prevalencia del Síndrome Metabólico en la Insuficiencia Renal Aguda. 16º Reunión Nacional de la Sociedad Española de Hipertensión Arterial. Barcelona. 2011.
- Diez J, et al. Diabetes, Hiperlipemia y Obesidad en una unidad de diálisis peritoneal: estudio descriptivo transversal. *Nefrología*. 1995; XV (2): 156-162.
- Cirera Segura F, Martín Espejo JL. Síndrome Metabólico en Diálisis Peritoneal. Pendiente de publicación en la *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. Presentado en el 36º Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.
- Diagnósticos de Enfermería: Definiciones y clasificación 2007-2008. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Madrid Elsevier, 2007.
- McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 3º ed. Madrid: Harcourt, 2001.
- Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 2º ed. Madrid: Harcourt, 2001.
- Aguirre Rodríguez, JC et al. A propósito de un caso en HTA: Diabetes y Síndrome Metabólico. *Decisiones Clínicas en Atención Primaria*. Madrid 2006.
- Martín Espejo JL, Cirera Segura F, Reina Neyra M. Formación proporcionada a los pacientes de diálisis peritoneal domiciliaria en España. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2008; 11 (1): 13-19.
- Luis Rodrigo, M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 3ª Ed. Barcelona: Masson; 2005.

15. Alfaro-LeFevre, R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª Ed. Barcelona: Masson; 2005.
16. Arquellada Martínez, María del Mar; Bombín Benito, Rocío; Cruzado Álvarez, Concepción. Plan de cuidados estandarizado en pacientes sometidos a bypass y/o procedimiento valvular cardiaco con cirugía mayor. *Enferm Docente -Esp-*. 2011; 93:23-26.
17. García Fernández, Rosa M^a; Vázquez Reyes, M^a Dolores. Plan de cuidados al paciente oncológico y/o hematológico en la consulta de pruebas especiales del laboratorio de análisis clínicos. *Rev Paraninfo Digital*, 2010; 10.