

27
Rej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

CAROLINA OVIEDO MORENO



ASESORIA ACADEMICA

Escuela Nacional de
Enfermería y **LICENCIADA DE LOS ANGELES GARCIA ALBARRAN**
Coordinación de
Servicio Social

MEXICO D.F. 1999

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

271127



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	3
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
I.- MARCO TEORICO	
1.- ASPECTOS CONCEPTUALES	6
1.1.- VALORACION	6
1.2.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	7
1.3.- PLANEACIÓN	7
1.4.- EJECUCIÓN	7
1.5.- EVALUACIÓN	8
2.- ASPECTOS GENERALES DE LA PATOLOGÍA	
CONCEPTO	9
ETIOLOGIA	9
EPIDEMIOLOGIA	10
FISIOPATOLOGIA	10
CUADRO CLÍNICO	12
DIAGNÓSTICO	13
TRATAMIENTO	13
COMPLICACIONES	15
PRONÓSTICO	15
II.- METODOLOGÍA	
1.- VALORACIÓN	16
1.1.- OBSERVACIÓN	16
1.2.- ENTREVISTA DE ENFERMERÍA	18
1.3.- HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA	19
1.4.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	21

1.- VALORACIÓN	22
1.1.- OBSERVACIÓN	22
1.2.- ENTREVISTA DE ENFERMERÍA	24
1.3.- EXAMEN DE ENFERMERÍA	32
1.4.- HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA	34
2.- RESUMEN CLÍNICO	44
3.- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	47
IV.- PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	
1.- CLASIFICACIÓN DE NECESIDADES	48
2.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	51
3.- OBJETIVOS	52
4.- EJECUCIÓN	56
4.1.- PLAN DE CUIDADOS	57
V.- EVALUACIÓN	71
VI.- PLAN DE ALTA	82
VII.- GLOSARIO	85
VIII.- BIBLIOGRAFIA	89

INTRODUCCIÓN

La ciencia de la enfermería se fundamenta en una base teórica amplia, el Proceso de Atención de Enfermería es el método por el que se aplica esta base teórica al ejercicio de la enfermería.

La enfermera contribuye en forma permanente a recuperar y mantener la salud y mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes a través de la atención integral y humanística, por lo que es necesario que la enfermera este preparada para responder a las necesidades de atención de los pacientes, a fin de ayudarlo a llegar a una pronta recuperación y reintegrarlos en las mejores condiciones posibles a su núcleo familiar y laboral , gracias al cuidado de enfermería.

El Proceso de Atención de Enfermería es considerado como un modelo que puede servir de guía en el trabajo práctico, asiste a la enfermera para organizar sus pensamientos , dirigir a hacer más efectiva la práctica de enfermería.

El Proceso de Atención de Enfermería que se elaboró es para dar a conocer las acciones de enfermería que son necesarias para fundamentar la atención del paciente con el diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica, en este se identificaron y clasificaron las necesidades de la paciente, se programaron las acciones de enfermería en base a la jerarquización de necesidades y se realizó la evaluación del proceso en base a los objetivos planteados.

Con este proceso se pretende también disminuir el riesgo de complicaciones y contribuir a la rehabilitación de la paciente.

En la práctica profesional la enfermera se verá desafiada a reconocer y valorar las enfermedades renales para proporcionar un cuidado eficaz; manejarlos en forma adecuada requiere de una planeación detallada del cuidado de enfermería.

Además de proporcionarle cuidados específicos, la enfermera debe coordinar los esfuerzos de otros miembros del equipo de salud, para minimizar la propagación de los efectos debilitantes de los trastornos renales.

En el presente Proceso de Atención de Enfermería se abarcan como temas principales el marco teórico, la metodología, la aplicación del P.A.E. planeación, ejecución, evaluación y plan de alta.

La primera parte es referente al marco teórico, en donde se incluyen las etapas del proceso y aspectos generales de la patología como son el concepto, etiología, epidemiología, cuadro clínico, etc.

En la metodología con que se trabajo la información, se incluye la valoración, la observación, la entrevista, historia clínica de enfermería, diagnóstico de enfermería y el resumen clínico.

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, incluye la valoración, examen de enfermería, historia clínica de enfermería, diagnósticos de enfermería.

En la planeación y ejecución se encuentran la clasificación de prioridades, los diagnósticos de enfermería, los objetivos y planes de cuidados.

La evaluación se realiza en base a los objetivos trazados en los planes de cuidados, en esta parte se incluye el plan de alta.

Se incluye el glosario de términos y bibliografía que sustento el trabajo.

JUSTIFICACIÓN

El Proceso Atención de Enfermería es considerado como un modelo de enfermería que puede servir de guía en el trabajo práctico, asiste a la enfermera para organizar sus pensamientos, dirigidos a hacer más efectiva y eficiente la práctica de enfermería y proporciona las bases para las investigaciones, contribuye además a la prevención y restauración de la salud del individuo, familia y comunidad.

La Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad que puede afectar a todas las personas de cualquier edad y en cualquier momento, representa una elevada tasa de morbilidad y mortalidad, en ocasiones se presenta como una complicación de enfermedades médicas o traumatismos graves, estas enfermedades comprenden diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica, entre otras, por lo que la prevención de las situaciones de alto riesgo constituye una forma de profilaxis.

Siendo la Insuficiencia Renal Crónica una enfermedad que ataca a uno de los sistemas orgánicos que contribuyen enormemente en la homeostasia, se considero importante realizar un P.A.E. en una paciente portadora de esta enfermedad.

El presente proceso de atención de enfermería en una paciente con "Insuficiencia Renal Crónica", se elaboró con el fin de desarrollar las etapas del Proceso, como son la valoración, planeación, ejecución y evaluación.

Al realizar el proceso se tuvo como propósito el llevar a cabo los pasos en forma ordenada, identificando y jerarquizando las necesidades de atención de enfermería .

El desarrollo del presente proceso sirvió para proporcionar una atención de enfermería planificada en base a la clasificación de necesidades de Maslow, en donde se fijaron objetivos de acuerdo a las actividades de enfermería tomando en cuenta la satisfacción de las necesidades detectadas durante la valoración, todo esto con la finalidad de proporcionar una atención de enfermería de calidad.

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un proceso de atención de enfermería enfocado a la identificación y jerarquización de las necesidades y a su consiguiente satisfacción en base a los lineamientos científicos del proceso de atención de enfermería para proporcionar los cuidados de enfermería específicas haciendo mayor énfasis en la prevención de complicaciones y así brindar una atención de enfermería integral con calidad a este tipo de pacientes para restablecer y conservar sus capacidades funcionales, logrando así la reintegración a su medio familiar lo más pronto posible y en las mejores condiciones que lo permita su padecimiento.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Elaborar un Proceso de Atención de Enfermería de un paciente con insuficiencia renal crónica, siguiendo los lineamientos establecidos.
- 2.- En base al Proceso de Atención de Enfermería identificar y jerarquizar las necesidades reales y potenciales de una paciente con insuficiencia renal crónica.
- 3.- Establecer planes de atención de enfermería que lleven a satisfacer las necesidades identificadas y actuar en forma específica en la atención de la paciente.
- 4.- Elaborar un Proceso de Enfermería donde se puedan evaluar las actividades de enfermería en base a lo planeado.
- 5.- Brindar atención de enfermería de calidad con cuidados específicos, reduciendo el estado de angustia de la paciente a través de acciones de enfermería oportunas.

I.- MARCO TEÓRICO.

1.- ASPECTOS CONCEPTUALES.

EL PROCESO DE ENFERMERÍA.

El proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería, es considerado como un modelo que puede servir de guía en el trabajo práctico, asiste a la enfermera para organizar sus pensamientos, dirigidos a hacer más eficiente y efectiva la práctica de enfermería.

Este proceso se utiliza para identificar problemas del paciente, planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería y evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados.(1)

Se lleva a cabo en etapas o fases que son las siguientes:

- 1.-VALORACIÓN
- 2.- PLANEACIÓN.
- 3.- EJECUCIÓN.
- 4.- EVALUACIÓN.

1.1.- VALORACIÓN.

Es la primera fase del proceso de atención de enfermería, sirve para identificar y definir los problemas del paciente.

Comienza con la recopilación de aquellos datos acerca del estado de salud del paciente que implican acciones de enfermería y termina con el diagnóstico de enfermería.(2).

(1) MARRINER,L.J. "El Proceso de Atención de Enfermería" p. 1

(2) Ibidem. p. 1

1.2.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Se define como la evaluación de las respuestas personales del paciente a sus experiencias humanas.(3).El diagnóstico de enfermería es un informe de los problemas de el paciente, incluyendo su condición física, limitaciones y forma de adaptarse. Es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente, que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera. (4).

1.3.- PLANEACIÓN

La fase de planeación del proceso de enfermería comienza con el diagnóstico de enfermería, el cual se efectúa recavando y evaluando datos que tienen repercusiones sobre las actividades de enfermería. Se deben definir los objetivos mediatos, intermedios y a largo plazo, que son las metas por las que debe esforzarse. A partir de los objetivos generales, la enfermera puede determinar objetivos más específicos, los cuales deben asentarse en términos de conducta observable.

Las acciones de enfermería encaminadas a lograr los objetivos , que pueden clasificarse en intervenciones o manejo de enfermería deben quedar señalados explícitamente en el plan de cuidados de enfermería.

Esta etapa tiene como propósito la elaboración de los planes de cuidados, que son un instrumento importante que contiene las decisiones y estrategias individualizadas que se diseñan con la finalidad de producir cambios en el estado de salud de las personas a quienes van dirigidos.(5)

1.4.- EJECUCIÓN.

La ejecución es la aplicación real de la atención de enfermería, ya sea la terapia de enfermería o los tratamientos, significa actuar, poner en práctica el plan, teniendo en cuenta que las acciones han de ser sobre todo éticas.(6).

(3) CARPENITO, L.J. "Manual de diagnóstico de Enfermería" p. 20.

(4) GRIFFITH, y NOVEL "El Proceso de Atención de Enfermería" p. 141

(5) FERNANDEZ Y NOVEL "El Proceso de Atención de Enfermería" p. 32.

(6) MARRINER op. Cit. P. 2

El paciente y la familia deben participar en la planeación del cuidado, ya que son fuentes claves de información y su compromiso en la planeación aumentara la probabilidad de su cooperación en la ejecución.

La enfermera tiene la responsabilidad de proporcionar al paciente toda la información y habilidades que necesita para ejecutar el plan de cuidados.(7)

1.5.- EVALUACIÓN.

Es la etapa final del proceso de enfermería, es comparar una situación con los resultados esperados, es un juicio relativo a la forma en que los problemas se están resolviendo; ha de ser planificada y sistemática..

La evaluación del proceso de enfermería es una revisión de los resultados reales de los pacientes en comparación con los objetivos planteados y la modificación correspondiente.(8).

Las consecuencias de la intervención de enfermería pueden ser positivas o negativas, anticipadas o inesperadas; por lo que deben ser evaluadas periódicamente para reevaluar el progreso del paciente, hasta el logro de los objetivos establecidos por el paciente y la enfermera.

(7) *Ibidem* p. 142.

(8) FERNÁNDEZ y NOVEL *op. cit.* p. 42.

2.- ASPECTOS GENERALES DE LA PATOLOGIA

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

CONCEPTO.

La insuficiencia renal ocurre cuando la excreción de agua, electrolitos y productos de desecho metabólico es insuficiente a causa de lesiones renales que imposibilitan la conservación del medio interno normal por parte de los riñones.

La insuficiencia renal aguda es de inicio repentino y con frecuencia reversible, la insuficiencia renal crónica suele aparecer en forma gradual o como consecuencia de una variante de la aguda.

La insuficiencia renal crónica o nefropatía en etapa terminal es el deterioro progresivo e irreversible de la función renal con incapacidad corporal para la conservación del equilibrio hidroelectrolítico y el metabolismo, lo cual culmina en uremia.(9)

ETIOLOGÍA.

Las causas más frecuentes son infecciones renales recurrentes, como la glomerulonefritis, nefritis tubulointersticial, las exacerbaciones de la nefritis, las obstrucciones de las vías urinarias y la destrucción por nefropatía diabética, nefroesclerosis por hipertensión, nefropatía lúpica y algunas enfermedades hereditarias como riñones poliquísticos, fármacos, agentes tóxicos o infecciones.

Las causas de insuficiencia renal se clasifican en prerrenales, renales y posrrenales. (10)

(9) TANAGHO y Mc ANN. CH. "Urología General" p. 509.

(10) BRUNNER, SUDDARTH. " Manual de Enfermería Médicoquirúrgica". p. 1198.

PRERRENALES.

Todos los padecimientos que causan insuficiencia prerrenal deterioran la perfusión renal que conducen a la reducción del índice de filtración glomerular y el incremento de la resorción tubular de sodio y agua.

RENALES.

Conocida también como insuficiencia del parénquima renal, es consecuencia de lesión a los riñones, sus causas incluyen necrosis tubular aguda, lesión al parénquima renal por insuficiencia prerrenal no tratada adecuadamente.

POSRRNAL.

Este tipo de insuficiencia renal es consecuencia de obstrucción del flujo urinario, sus causas incluyen obstrucción vesical por medicamentos anticolinérgicos, disfunción del sistema nervioso autónomo, infección o tumor, obstrucción ureteral por edema o infección.(11)

EPIDEMIOLOGÍA.

Esta enfermedad la sufre casi toda la gente, pues el trastorno ataca a hombres y mujeres por igual y puede presentarse a cualquier edad. (12)

FISIOPATOLOGIA.

La insuficiencia renal crónica se debe a una lesión extensa e irreversible de las nefronas, la inflamación puede deberse a bacterias, virus, formación de complejos inmunitarios o reacciones autoinmunitarias.(13).

Al declinar la función renal, se acumulan en la sangre los productos terminales del metabolismo proteínico que se excretan por orina, así surgen desequilibrios en la composición química corporal y de aparatos y sistemas, como el cardiovascular, digestivo, nervioso y musculoesquelético, al igual que en la piel y en el aparato reproductor.

(11) "Biblioteca Clínica para enfermeras" Enfermedades renales. p. 69.

(12) op.cit. p. 87.

(13) Idem.

Los mecanismos básicos subyacentes a los cambios fisiopatológicos de la insuficiencia renal aguda y crónica son similares. El paciente tiende a retener sodio y agua, lo que aumenta el riesgo de formación de edema, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión y en ocasiones ascitis.

La hipertensión también se debe a actividad del sistema renina angiotensina y al incremento concomitante de la secreción de aldosterona.

Existen dos fases de la insuficiencia renal aguda, la oligúrica y la poliúrica. La recuperación completa de estas dos fases, en los casos en que ocurre puede requerir de varios meses; algunos pacientes no recuperan la función renal normal y desarrollan insuficiencia renal crónica. (14).

Otros enfermos tienden a perder sodio y con ello están expuestos a padecer hipovolemia e hipotensión. Los episodios de vómito y diarrea producen déficit hidrosalino, que empeora la uremia. La acidosis metabólica es resultado de la menor capacidad de los riñones para excretar iones hidrogeno, producir amoniaco y conservar el bicarbonato.

Las concentraciones de calcio y fosfato en suero son recíprocas, o sea que cuando una aumenta, la otra disminuye en forma recíproca; siendo esto último la causa de que se secrete hormona paratiroidea.

La enfermedad urémica ósea u osteodistrofia renal es consecuencia de cambios en el equilibrio de calcio, fosfato y hormona paratiroidea.

El individuo presenta anemia por la producción inadecuada de eritropoyetina, acortamiento de vida de los eritrocitos y tendencias hemorrágicas, ante todo en el aparato digestivo. La anemia aparece con fatiga, angina y acortamiento de la respiración.

Los cambios en la piel incluyen prurito (en parte por el desequilibrio de calcio y fosfato) que aumenta la incomodidad del paciente.

La tasa de disminución de la función renal y progreso de la insuficiencia renal crónica se relaciona con la alteración principal, la excreción urinaria de proteínas y la presencia de hipertensión. La insuficiencia renal en los pacientes que excretan cantidades importantes de proteínas o sufren presión sanguínea elevada tiende a progresar con mayor rapidez que en pacientes sin este trastorno. (15)

(14) BRUNNER, SUDDARTH. op. cit. p. 976

(15) Ibidem p. 1256.

CUADRO CLÍNICO.

El inicio de la Insuficiencia Renal Crónica en la mayoría de los casos es clínicamente silenciosa, los signos y síntomas se presenta en forma lenta y progresiva; pero en la mayoría de los enfermos lo hace por medio de uno o más síntomas como letargia, fatiga o cefalea, debilidad general.

Síntomas digestivos como anorexia, vómito o diarreas, hay hiposialorrea, sed, sabor metálico de la boca, pérdida del olfato y del gusto. En caso de que no se inicie el tratamiento activo con oportunidad, los síntomas pueden agravarse y surgen otras anomalías metabólicas de la uremia.⁽¹⁶⁾

El individuo poco a poco se vuelve más somnoliento, surge la respiración de Kussmaul, a veces hay espasmos o contracciones musculares semejantes a las de la epilepsia, en la piel se deposita una sustancia blanca polvosa, que es la escarcha urémica

Los principales síntomas se pueden agrupar de la siguiente manera:

- Hipertensión
- Edema generalizado.
- Anorexia, náuseas y vómito.
- Letargia, cefalea, cansancio físico y mental.
- Pérdida de peso.
- Irritabilidad y depresión.
- Dificultad para respirar en reposo o con pequeños esfuerzos.
- Prurito, que puede ser moderado o severo.
- Signos neuromusculares como contracturas musculares.
- Acorchamiento en los pies y las piernas.
- Hiposialorrea, sed, sabor metálico de la boca.
- Pérdida del olfato y del gusto.

(16) Ibidem. P 97.

DIAGNOSTICO

La primera fase del diagnóstico se hace por medio de la historia clínica exploración física, examen general de orina, cistografía para demostrar anomalías o la obstrucción del sistema urinario.

Debido a que la I.R.C. afecta a todos los sistemas corporales, las pruebas de diagnóstico y tratamiento son complejas y extensas. El estudio detallado incluye análisis sanguíneos y urinarios de rutina, pruebas de funcionamiento renal, radiografías de los riñones y de las vías urinarias inferiores, dependiendo de los signos y síntomas del paciente, estudios de la estructura renal o de las vías urinarias. La depuración de creatinina, nitrógeno de urea sanguínea y creatinina sérica son las pruebas que más se utilizan para evaluar la insuficiencia renal crónica. (17).

TRATAMIENTO.

El objetivo es retener la función del riñón y mantener la homeostasia en la mejor forma posible, deben identificarse y tratarse los factores que complican el problema y los que son reversibles.

Al deteriorarse la función renal se necesita intervención dietética, con regulación cuidadosa del ingreso de proteínas, líquidos y sodio, con restricción moderada de potasio, al mismo tiempo hay que garantizar el ingreso adecuado de calorías con complementos vitamínicos. La restricción de proteínas es moderada porque los productos de degradación de las proteínas alimentarias y tisulares se acumulan con rapidez en la sangre cuando el riñón no los desecha rápidamente.

La restricción de proteínas no sólo contribuye a disminuir la carga de ácidos que tiene que excretar el riñón, sino que también permite un control de los síntomas dependientes de la retención de azoados.

Se reduce el ingreso de fosfato para retener el hiperparatiroidismo secundario, es necesaria la suplementación vitamínica, ya que la dieta baja en proteínas no proporciona el complemento necesario de vitaminas.(18).

(17) "Biblioteca clínica para Enfermeras". p. 92

(18) BRUNNER,SUDDARTH. o. p. p.977.

Hipertensión: Este trastorno es el problema cardiovascular más común en la insuficiencia renal crónica, para controlarla puede administrarse propanolol, un vasodilatador como la metildopa o un inhibidor del sistema renina-angiotensina como el captopril y control de la volemia.

El tratamiento de la anemia se beneficia con la disponibilidad reciente de eritropoyetina humana recombinada. Para elevar el nivel de hematocrito se requieren de dos a seis semanas .

En los pacientes en quienes aumentan los síntomas de insuficiencia renal crónica debe ser sometido a diálisis peritoneal, cuyo objetivo de este tratamiento es sustituir todas las funciones perdidas por los riñones, tanto como sea posible, empleando medidas artificiales. La diálisis se inicia cuando no puede conservar un estilo de vida decoroso con medidas conservadoras. (19)

Cuando los demás métodos fallan, es posible requerir de nefrectomía para eliminar la fuente de producción de renina.

Se debe observar al enfermo en busca de signos tempranos de irritación cerebral, que pueden ir desde contracciones musculares mínimas o cefalalgia, hasta el delirio.

Medición periódica de los niveles de electrolitos en suero, los pacientes con hiperpotasemia cada vez mayor, necesitan de inmediato diálisis peritoneal o hemodiálisis .

Diálisis Peritoneal: El objetivo de este tratamiento es sustituir todas las funciones perdidas de los riñones tanto como sea posible ,empleando medios artificiales.En la diálisis la sangre se pone en contacto, a través de una membrana semipermeable, con una solución fisiológica de electrolitos a la que suele agregarse glucosa(dializado).

La principal indicación para hacer diálisis es la concentración alta y creciente de potasio en suero, se introduce un líquido estéril de diálisis en la cavidad peritoneal a intervalos dados, la superficie del peritoneo actúa como membrana semipermeable, este método se emplea para eliminar las sustancias tóxicas y productos de desecho excretados normalmente por los riñones.

(19) BRUNNER,SUDDARTH. Op.cit. p. 1257.

Durante este tratamiento se debe pesar al paciente cada 24 horas, medir temperatura, pulso, respiración y presión arterial antes de dializar al paciente, control de peso y de ingresos y egresos.

Hemodiálisis: Es un proceso empleado en paciente gravemente enfermos y que requieren diálisis a corto plazo, o sujetos con nefropatías en etapa terminal que precisan tratamiento a largo plazo, este tratamiento permite una rehabilitación y esperanza de vida razonable. Es un proceso que consiste en eliminar de la sangre productos de desecho acumulados, y se emplea en etapa terminal de I.R.C. (20).

Transplante Renal: Un punto importante y final del tratamiento es el transplante renal, que esta indicado en la insuficiencia irreversible del órgano. El riñón puede ser donado por un familiar del receptor o extraerse de un cadáver (21).

COMPLICACIONES.

Pericarditis: Es una complicación que ocurre en un 50% de los pacientes, y si no se trata puede causar derrame hemorrágico y taponamiento pericárdico.

Efectos de la uremia: Puede causar deterioro de la movilidad física por su efecto sobre los nervios periféricos y alteraciones en los procesos mentales.

Infección: Es una complicación post-operatoria en el transplante renal debido a la inmunosupresión necesaria para evitar el rechazo del transplante(22).

PRONOSTICO.

Con una diálisis bien efectuada en el hospital, en la unidad ambulatoria o en el domicilio del paciente cabe esperar la reanudación de una actividad productiva completa en 50 a 75 por ciento de los enfermos tratados durante más de un año. En los pacientes sometidos a diálisis, la muerte suele deberse a infección o a enfermedad vascular. Del 10 al 15 por ciento de los pacientes no salen adelante incluso con diálisis satisfactoria, esto se debe quizás a una combinación de uremia residual, edad y padecimientos vasculares. (23).

(20) TANAGHO. op.cit. p. 449.

(21) Ibidem. p. 452

(22) "Biblioteca Clínica para Enfermeras" p. 103.

(23) HARRISON. "Medicina Interna" p. 1710.

II.- METODOLOGÍA.

1.- VALORACION.

La primera fase del proceso de resolución de problemas es la valoración , esta comienza con la recopilación de aquellos datos del paciente que implican acciones de enfermería y termina con el diagnóstico de enfermería. (24)

La valoración es el punto de partida del proceso de atención de enfermería, es la base de todas las etapas siguientes. Los métodos de valoración incluyen :

- Observación.
- La entrevista de enfermería.
- La historia clínica de enfermería.
- El diagnóstico de enfermería.
- El formato de P.E.S.
- El resumen clínico.

1.1. OBSERVACION.

Una descripción minuciosa de lo observado es básica para el cuidado del paciente y requiere del uso de todos los sentidos, la enfermera utiliza la vista para percatarse de cambios de coloración, de tumefacción, de color y material drenado, de las características de la respiración y de la comunicación no verbal.

La audición es otro medio principal de observación, es de vital importancia para la enfermera escuchar lo que el paciente dice. Los sonidos de sofocación, jadeo, sollozos, pueden indicar que el paciente esta angustiado.

(25) MARRINER. op. cit. p. 29

El oído es también de gran ayuda en la evaluación de la respiración, el corazón y los ruidos intestinales

Puede infundirse al paciente una sensación de estímulos al tocarlo, al mismo tiempo la enfermera puede advertirse si su piel está caliente, fría, húmeda o seca.

A través del tacto puede determinarse el tamaño, la forma y la textura de una protuberancia localizada o de un órgano aumentado de volumen.

El sentido del olfato puede descubrir el olor a fruta de la acidosis diabética, el olor desagradable del material drenado, o el olor a humedad debajo de un vendaje.

La observación es esencial para plantear los cuidados de enfermería, pero no es adecuada por sí misma. Este es un proceso continuo acompañado de inferencias minuciosas y acciones apropiadas. Aunque la observación no es única obligación, la enfermera debe tomarla como responsabilidad primaria, debido a sus conocimientos, habilidades y proximidad con el paciente.

La observación del paciente es más completa si se hace en forma ordenada, el estudio se puede hacer de pies a cabeza, pero tiende a incluir sólo aspectos físicos.(26).

Un enfoque más detallado es el uso de la palabra DALES- PAC, un acrónimo que representa un proceso para llevar a cabo una evaluación sistemática.

DALES-PAC. significa lo siguiente:

D: Dolor

A: Alimentación

L: Líquidos

E: Excretas, ejercicio, estado general

S: Socialización, "sentidos especiales"

P: Higiene personal, postura, piel

A: Areación

C: Circulación, control y coordinación neuromuscular.

(25) GARCIA Albarran y Mata Cortés. "El proceso de Atención de Enfermería", Antología UNAM, enero 1996., p. 27-28.

1.2.- ENTREVISTA DE ENFERMERIA.

La entrevista es una técnica observacional, es un método que permite acercarse a las personas a través de una conversación intencionada y dirigida hacia un fin. La entrevista de enfermería se desarrolla en un esfuerzo por proporcionar un cuidado personalizado, su propósito es animar al paciente a que exprese sus ideas y sentimientos y los hechos que permitan identificar sus necesidades inmediatas y a largo plazo (26).

Se enfoca al paciente y lo estimula a que reconozca sus necesidades y metas, con esto la enfermera le da al paciente la oportunidad de encontrar la solución a sus propias necesidades.

La información obtenida se integra en un plan de cuidados de enfermería. Es necesario conceder el tiempo necesario a fin de identificar sus necesidades de salud.

La enfermera debe informar el progreso en cuanto a los objetivos y anotar los resultados de la entrevista pertinentes en los registros de salud tan pronto como sea posible.

Las preguntas deben ser preparadas en forma que fluyan con facilidad y no deben ser tan formales que parezca una actitud impersonal.

Al hacer las preguntas, la entrevistadora debe procurar precisar el significado de las respuestas, más que interpretarlas. Una entrevista debe iniciarse con preguntas relativamente generales, seguidas de preguntas cada vez más específicas.

El escuchar en forma adecuada es la clave de una entrevista exitosa, de una comunicación terapéutica y de que se le considere una conversación estimulante(27).

(26) MARRINER. op. cit. P. 28.

(27) Ibidem p. 28-31.

1.3.- HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

La historia clínica de enfermería es un registro escrito de la información acerca del paciente, facilita los datos sobre los que se valoran los problemas actuales y potenciales del paciente para planear y ejecutar el plan de cuidados de enfermería.

El elaborarla a través de la entrevista le proporciona a la enfermera la oportunidad de establecer una relación enfermera-paciente positiva, de obtener información sobre el paciente y de observar el estado y comportamiento del paciente.

El formato de la historia clínica de enfermería suele ser diseñada por un comité de la institución, esta debe adaptarse a cada una de las unidades de la institución, la información que se necesite para brindar un cuidado individualizado, es diferente en una sala de maternidad a una unidad de cuidados intensivos.

En esta historia se toman en cuenta los antecedentes generales y antecedentes patológicos.

Además del nombre del paciente, edad, diagnóstico y tratamiento médico, la historia clínica debe incluir datos que se agrupan en un formato que contiene lo siguiente:

- **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

- Higiéne corporal.
- Baño.
- Presencia de drenajes.
- Hábitos de alimentación.
- Ejercicio.
- Hábitos de eliminación.

- **ESTADO FISICO**

- Nivel de conciencia.
- Estado de los sentidos.-
- Cuidado de la dentadura.
- Características y estado de la piel.
- Alineación corporal.

- ANTECEDENTES SOCIALES, CULTURALES Y ECONOMICOS.

- Ocupación actual.
- Nivel de educación.
- Hábitos recreativos.
- Religión.
- Posición en la familia y en la comunidad.
- Comprensión del estado actual de su salud.
- Cuidados médicos previos y reacciones a ellos.
- Esperanzas del paciente y de la familia en el cuidado médico.
- Recursos económicos con los que cuenta.

- ESTADO PSICOLOGICO

- Aceptación de su enfermedad.
- Estado de ánimo.

FUENTES DE INFORMACION

La paciente y su familia son fuente primordial de información, al entrevistarse la enfermera puede conocer lo que el paciente sabe de su enfermedad, sus pensamientos, sentimientos, actividades diarias y sus relaciones con la familia y amigos.

Examen del hogar y la comunidad del paciente, puede conocer bastante haciendo visitas domiciliarias si esto es posible.

La enfermera puede hacer muchas observaciones mientras se traslada a la casa del paciente.

1.4.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

El diagnóstico de enfermería es una conclusión basada en principios científicos e indica las necesidades del paciente en relación al cuidado de enfermería. Con éste termina la fase de valoración y da principio la fase de planeación dentro del proceso de enfermería.

REDACCION DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

El objetivo de redactar diagnósticos de enfermería consiste en escribir con frases exactas y concisas la interpretación de los datos de valoración de enfermería.

Los diagnósticos de enfermería son parte integrante del proceso de enfermería, ya que proporcionan un lenguaje común para identificar los problemas de los pacientes y ayudan a seccionar las acciones de enfermería.

Un diagnóstico de enfermería puede redactarse en relación con un problema de enfermería real o alto riesgo. La forma preferida para expresar un diagnóstico de enfermería real, consiste en escribir una frase de tres partes que comienza con el término o términos utilizados por la NANDA para ese problema, diagnóstico seguido del factor etiológico y complementado con los signos y síntomas.

Son tres los componentes esenciales del diagnóstico de enfermería que han recibido el nombre de formato **P.E.S.**, en este formato los componentes son **P.** Problema Sanitario., **E.** Factores etiológicos. y **S** características o grupos de síntomas y signos que lo definen.(28)

(28) GAUNTIETT P. Y MYERS J. "Enfermería Medicoquirúrgica". p. 62

III.- APLICACION DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

1.- VALORACIÓN

1.1.- OBSERVACION.

FACTORES DE VALORACIÓN.

- Estado mental:

Estado de conciencia: Alerta, conciente.

Estado emocional: Preocupada, ansiosa.

Estado de animo: A veces se deprime por su enfermedad.

- Orientación:

Orientada en tiempo, lugar y espacio.

- Capacidad intelectual

Nivel de educación 3/o. de primaria.

Imagen corporal: Se adapta a la realidad de las demandas de salud.

Capacidad para recordar sucesos recientes y pasados

Los sucesos pasados no los recuerda muy bien, los recientes si.

Capacidad para relacionarse con los demás, con la familia, con los pacientes, con los miembros de salud.

Nivel de atención: normal, pone atención.

Nivel de vocabulario: Usa siempre palabras simples, cotidianas.

- Percepción sensorial

Audición: Sensibilidad al sonido

Tono de voz con que distingue los sonidos: Moderados a poca distancia.

- Capacidad para comprender ideas:

Le cuesta trabajo comprender sus problemas de salud.

Gusto. no distingue los sabores de la comida, siente un olor a manzana.

- Capacidad motora:

Se sienta fuera de la cama, deambula con asistencia.

Postura de pie: Lo realiza con asistencia

Marcha:

Claudicante

Equilibrio:Disminuido

Tono muscular:Disminuido

- Presencia de alteración parcial de los sentidos.

Visión:Agudeza visual disminuida, por presencia de catarata bilateral.

Habla:Presenta dificultad para expresarse.

Tacto:Presenta ligero temblor en las manos.

Olfato:Disminuido (29)

(29) MARIRNER ANN, op. cit. p. 45-46.

1.2.- ENTREVISTA DE ENFERMERÍA

DATOS PERSONALES

NOMBRE: Celia Guzman Avila
EDAD: 60 años
SEXO: Femenino
EDO.CIVIL: Casada

CARACTERISTICAS INDIVIDUALES

RELIGION: Católica
OCUPACION: Ama de casa
IDIOMA: Español
NIVEL DE EDUCACION: 3/o. de primaria.

ESQUEMA DE VALORACIÓN DE DATOS BASICOS EN ADULTOS

1.- Patrón de percepción.

a) ¿Cómo describiría su salud en general?

Excelente Buena Normal Pobre.

¿Cómo describe su salud en este momento?

Excelente Buena Normal Pobre.

Prácticas sanitarias diarias del individuo:

Cuidado dental después de las comidas.

Ingesta de alimentos: Desayuno, almuerzo, comida y cena.

Ingesta de líquidos: Jugo, te, agua.

Uso de tabaco: No

Alcohol: No

Sal, azúcar, productos grasos: No los ingiere por su padecimiento.

Farmacos: Los indicados para la hipertensión arterial.

Conocimiento de la enfermedad y conducta preventiva

Enfermedades específicas: Diabetes Mellitus tipo II , Hipertensión Arterial sistémica, Insuficiencia Renal Crónica.

¿Qué hace para mantener y prevenir las enfermedades en si mismo y en sus hijos?

Nutrición adecuada: Sí.

Control de peso: No

Programa de ejercicio: No

Autoexamen de mamas: No.

Exámenes profesionales ginecológicos, dentales:

Ginecológicos una vez al año, los dentales casi no los lleva a cabo.

b) Historia del desarrollo.

Historia familiar:

Madre : Fallecida al parecer por hipertensión

Hermana: Fallecida por Insuficiencia Renal Crónica

Conyuge: Vivo con Diabetes Mellitus controlada.

Hijos: Tres vivos aparentemente sanos.

c) Percepción de la salud:

Describe su enfermedad:

Causa : Diabetes Mellitus tipo II, infecciones urinarias recurrentes.

Aparición: Gradualmente.

¿ Qué tratamientos o prácticas han sido prescritos?

Dieta, baja en sodio, restricción de líquidos, de 1800 calorías.

Perdida de peso: Sí, cerca de seis kilos

Medicamentos: Antihipertensivos, diuréticos, carbonato de calcio, antibióticos.

Ejercicio: No.

¿Ha sido capaz de seguir las indicaciones prescritas? No totalmente.

¿Ha experimentado algún problema para cuidarse a si misma? Sí

Problemas de movilidad: Le cuesta trabajo moverse por el catéter de diálisis peritoneal y por los síntomas de anemia.

Deficiencias sensoriales: Visión borrosa por presencia de catarata bilateral.

2.- Patrón nutricional metabólico.

¿Cuál es la ingesta normal diaria de alimentos?

Come en poca cantidad, por causa de náuseas y malestar general.

¿Cuál es la ingesta de líquidos?

Agua, jugos en poca cantida, por prescripción médica.

¿ Cómo es su apetito?

Esta disminuido.

Indigestión: Sí Náuseas: Si Vómito: Si

¿ Cuáles son sus restricciones y preferencias en alimentos?

Restringe: La sal, los líquidos, pocas carnes.

¿ Ha variado su peso en los últimos tres meses?

Sí, ha perdido cerca de seis kilos.

¿Cuál es el estado de su piel?

Color: Moreno, cenizo.

Temperatura: Caliente

Turgencia: Flaccida

Lesiones: Sí en el abdomen por herida quirúrgica antigua.

Edema: Generalizado, siendo más notable en miembros inferiores.

3.- Patrón de eliminación:

a) Vesical:

Existe algún problema o queja con el patrón de micción normal: Si

Oliguria: Si

Retención: Si

Se utilizan sistemas de ayuda: Medicamentos.

b) Intestinal:

Hora , frecuencia y consistencia:

De cinco a seis veces al día, con un mínimo esfuerzo, de consistencia semilíquida.

4.- Patrón de actividad ejercicio:

Describe las actividades normales diarias:

Se dedica a las actividades propias del hogar, se levanta a las ocho y media de la mañana.

Ejercicio: No realiza ejercicio en forma organizada.

Existe alguna limitación en su capacidad: Si

Deambulacion: Es difícil.

5.- Patrón de reposo-sueño:

¿Cuál es el patrón habitual de reposo?

Hora de acostarse: A las 22:00 horas.

Horas que duerme: Seis a ocho.

Rutina de sueño: Le cuesta trabajo conciliar el sueño, por las noches, por lo que duerme de una a dos horas por la tarde.

6.- Patrón cognocistivo-perceptual.

Alguna deficiencia en la percepción sensorial: Refiere náuseas, vómito.
Es capaz de leer o escribir, pero lo hace con mucha dificultad.

7.- Patrón de autopercepción.

¿Qué es lo que más le preocupa? Las consecuencias de su enfermedad.

¿Cuáles son sus objetivos de salud actuales? Conservar su salud el mayor tiempo posible.

¿Cómo se describiría a si misma?

Como una persona dependiente, con restricciones para valerse por si misma.

8.- Patrón de rol-relación.

Comunicación.

Alguna deficiencia en la audición: Ha disminuido su capacidad de audición, se le tiene que hablar fuerte para que pueda escuchar.

Vive sola: No, vive con su esposo y uno de sus hijos.

Valoración de la vida familiar.

Convive con sus hijos, esposo, siente que no es conflictiva, le gusta asistir a reuniones con su familia, aunque ultimamente le ha sido difícil salir fuera de su casa si no es acompañada por alguien.

9.- Patrón de control de adaptación-stres.

¿Cómo toma las decisiones?

Con la ayuda de su esposo e hijos.

¿Ha habido alguna pérdida en su vida en el año pasado?

No.

¿ Le gustaría cambiar algo de su vida ?

Le gustaría no estar enferma.

¿ Qué hace cuando se siente bajo tensión?

Platica con sus hijos y esposo, ve la televisión.

¿Qué pueden hacer las enfermeras para proporcionarle más comodidad y seguridad durante su hospitalización?

Explicarle mejor acerca de los procedimientos que le hacen, ser más más humanas en su trato.

10.- Sistemas de creencias-valores.

¿Con quién encuentra una fuente de fuerza o significado?

Con dios.

¿ La religión o dios es importante para usted ? Si

¿ Cuáles son sus prácticas religiosas?

Asiste a misa los domingos , siempre y cuando su estado de salud se lo permita.

¿ Hay alguna persona o práctica religiosa que desearía durante su hospitalización?

No, ella se siente bien rezando en silencio.

11.- Valoración física-objetiva.

a) General.

EDAD: 60 años.

TALLA: 1.55 mts.

ASPECTO GENERAL: Conciente, orientada, en malas condiciones generales.

TEMPERATURA: 38° C

PULSO: 76 x'

PRESION ARTERIAL: 140/100

RESPIRACION: 24 x'

b) Cognoscitivo- emocional.

Lenguaje hablado: Español, en forma normal.

Capacidad para leer: No

Capacidad para comunicarse: Normal.

Capacidad de comprensión: Normal.

Nivel de ansiedad: Aumentado.

c) Respiratorio- circulatorio.

Hipertensión arterial, presencia de tos con expectoración por las noches, dificultad para respirar

d) Metabolico- tegumentos.

Piel: Color moreno cenizo con presencia de escarcha urémica, con hipertermia, edema generalizado, acentuado en miembros inferiores.

Abdomen: Presencia de cicatriz antigua por catéter de tenckhoff, dolor a la palpación, salida de secreción en sitio de entrada de catéter actual, ruidos intestinales disminuidos de intensidad.

e) Neurosensorial.

Situación mental: Conciente.

Habla con un poco de dificultad, pero se le entiende bien.

Pupilas normorefléxicas al estímulo, con presencia de catarata bilateral.

f) Muscular-óseo.

Capacidad funcional: Movilidad disminuida.

Mano dominante: La derecha.

Utilización de ambos brazos, manos y piernas: Lo realiza con dificultad.

Fuerza, agarre: Disminuida.

Marcha: Normal

Empleo de ayudas: No. (30)

(30) CARPENITO J L. op. cit. p. 1245-1250.

1.3.-EXAMEN DE ENFERMERÍA

1.- DATOS PERSONALES

NOMBRE: Celia Guzman Hernández
EDAD: 60 años
SEXO: Femenino
EDO. CIVIL: Casada
RELIGION: Católica
OCUPACION: Ama de casa
ESCOLARIDAD: 3/o. de primaria
LUGAR DE PROCEDENCIA: Estado de México.

EXPLORACION FISICA GENERAL

Inspección

Aspecto físico: Paciente femenina conciente, orientada, en malas condiciones generales, con palidez generalizada, mucosas orales y nasales con datos de deshidratación, signos de desnutrición, en cama con fascies de nefropata, con líquidos parenterales permeables, catéter de tenckhoff drenando adecuadamente, peso de 52 kilos, talla 155 cm., presión arterial 140/100 mmHg., F.C. 76x' , F.R. 24x' , TEMP: 38°C

Alineación corporal: Desalineación de acuerdo a su edad.

Estado de ánimo: Preocupada, ansiosa, orientada en tiempo. espacio y persona.

Aspecto Psicológico: Ansiosa, deprimida, con incertidumbre por las expectativas de su tratamiento.

ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA EXPLORACION FISICA

- CRANEO:** Cabeza redonda, orejas y oídos externo de características normales.
- CARA** Fascias de insuficiente renal, ojos con presencia de opacidad por catarata bilateral, conjuntivas oculoparpebrales pálidas, mucosa-oral pálida y deshidratada, piezas dentales con ausencia de segun - molares, aliento urémico.
- CUELLO:** Cilíndrico, sin adenomegalias, con pulsos presentes, sin plétora yu- - gular.
- TORAX:** Ruidos cardíacos rítmicos, de intensidad disminuida, presencia de - estertores, tos con expectoración, datos de hidrotórax.
- MIEMBROS** Pulsos y movimientos normales, con venoclisis en miembro superior
TORACCICOS: derecho, permeable.
- MAMAS:** De aspecto normal, hipotroficas.
- ABDOMEN:** Globoso, con presencia de cicatriz antigua por catéter de diálisis anterior, catéter actual permeable con sáliba de líquido amarillento dolor a la palpación y en sitio de incisión, con datos de peritonitis.
- PELVIS:** Organos sexuales externos de acuerdo a su edad, no se realiza ma- yor exploración.
- MIEMBROS** Pulsos normales, disminuidos, con presencia de edema en ambos,
PELVICOS: piel ceniza, seca.
- EDO. FISICO:** Conciente, reactiva, orientada en sus tres esferas.
- SENTIDOS:** Ojos, con agudeza visual disminuida, olfato y gusto deficientes...(31)

(31) BRUNNER,SUDDARTH. op. cit. p. 54-56.

1.4.- HISTORIA CLINICA DE ENFERMERÍA.

1.- DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE: Celia Guzman Hernández
EDAD: 60 años
SEXO: Femenino
EDO.CIVIL: Casada
RELIGION: Católica
OCUPACION: Ama de casa
ESCOLARIDAD: 3/o de primaria
LUGAR DE PROCEDENCIA: Estado de México.

2.- PERFIL DEL PACIENTE

2.1.- AMBIENTE FISICO:

- **Habitación:**
 - Características Físicas: Buena iluminación y ventilación, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios.
 - Tenencia: Propia
 - Construcción: Tabique y concreto, cuenta con dos recamaras, sala-comedor, cocina y baño.
 - Animales domésticos: Ninguno.
- **Servicios sanitarios:**
 - Agua: Cuenta con este servicio intradomiciliario.
 - Control de basura: Pasa el camión recolector dos veces por semana
 - Eliminación de desechos: Cuenta con servicio de drenaje público.
 - Pavimentación: Sólo hay en las calles principales de la colonia

- Vías de comunicación:
 - Teléfono público.
 - Medios de transporte público.

- Recursos para la salud:
 - Centro de salud.
 - Médico particular
 - Servicio médico en el Hospital Central Militar.

2.2.- HABITOS HIGIENICOS

- Aseo total y/o parcial: Se baña cada tercer día, el aseo de dientes lo realiza de dos a tres veces al día, se lave las manos antes de comer y después de ir al baño.
- Cambio de ropa: Después de bañarse.

- Alimentación: Come tres o cuatro veces al día, en poca cantidad debido a que presenta náuseas y vómito.

Desayuno: De 8 a 9 a.m.

Almuerzo : Entre las 12 y 13 horas.

Comida : A las 16 horas aproximadamente

Cena: Entre las 20 y 21 horas.

- Eliminación: (horario y características)

Urinaria: es escasa, de dos a tres veces al día.

Intestinal: Varias veces, con mínimo esfuerzo, de consistencia semiliquida.

- Descanso: (Tipo y frecuencia)

Duerme por las tardes de dos a tres horas, debido a que por las noches le cuesta trabajo conciliar el sueño por los .

- Deportes: Nunca ha realizado algún deporte en forma organizada, sólo camina para hacer las compras de la casa, etc.
- Estudio y/o trabajo: Se dedica a las actividades propias del hogar.

2.3.- DINAMICA SOCIAL:

- Composición familiar: Su familia esta integrada por:

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION
Esposo	64 años	Pensionado
Hijo	22 años	Estudiante
Hija	37 años	Ama de casa
Hija	39 años	Ama de casa

- Dinámica familiar y/o social:

Su relación interpersonal es buena, todos se preocupan por el cuidado de la paciente.

Le habla bien a la mayoría de sus vecinos .

Su relación con el personal de salud es buena.

3.- PROBLEMA O PADECIMIENTO ACTUAL.

3.1.- PROBLEMA O PADECIMIENTO POR EL QUE SE PRESENTO.

Ingreso por presentar signos de irritación peritoneal, e infección en sitio de entrada de catéter de tenckhoff, con salida de líquido purulento con siete meses de evolución.

Presenta dolor, desequilibrio hidroelectrolítico, tos con expectoración.

Edema de miembros inferiores, deshidratación y datos de anemia.

3.2.- ANTECEDENTES.

- Personales patológicos:

- Diabetes mellitus tipo II de 18 años de evolución, controlada con hipoglucemiantes.
- Hemotransfusiones múltiples en enero de 1997.
- Hipertensión arterial sistémica, de dos años de evolución, controlada con lisinopril.
- Síndrome de consolidación pulmonar derecha.
- Insuficiencia renal crónica diagnosticada en agosto de 1996, manejada con diálisis peritoneal.

- Familiares patológicos:

- Hermana fallecida por insuficiencia renal crónica.
- Madre fallecida al parecer por hipertensión.

3.3.- TRATAMIENTO

- Dieta de nefropata y de diabético de 1800 calorías con restricción de líquidos, dividida en quintos, se deben disminuir el sodio y las fuentes de potasio, la restricción de proteínas reducirá el nitrógeno de la urea sanguínea y la velocidad de acumulación de los ácidos metabólicos, la ingesta de calorías y carbohidratos debe ser suficiente para prevenir la cetosis y la pérdida de peso.
- Posición de semifowler: Esta posición ayuda a expandir el tórax con mayor facilidad y disminuye la dificultad para respirar.
- Oxígeno por puntas nasales a 3 litros por minuto: El oxígeno es un gas incoloro indispensable para el mantenimiento de la vida, el organismo no puede almacenarlo por lo que debe tomarlo constantemente del medio exterior..
- Cuantificación de peso diario: La medición del peso en pacientes sometidos a diálisis peritoneal nos ayuda para la valoración del balance hidroelectrolítico.
- Cuantificación de diuresis horaria: Mediante este procedimiento se valora la retención de líquidos y la función renal.
- Control de diabético: Se debe llevar una hoja especial anotando los cambios en los niveles de glucosa en sangre y orina, así como las medidas realizadas para contrarrestar los efectos.
- Control de la presión arterial: Se deben registrar cada cuatro o dos horas según sea necesario, los cambios ocurridos en los niveles de la tensión arterial.
- Furosemida 40 mg, I.V. cada 12 horas: Los diuréticos son fármacos que aumentan el índice de excreción urinaria.
- Carbonato de calcio 1 gramo V.O. cada 24 horas: .El calcio ayuda a contrarrestar los efectos adversos del potasio en las membranas neuromusculares, pero no alteran las concentraciones plasmáticas de potasio.
- Calcitrol 0.26 mg. V.O. cada 24 horas.
- Administración de antihipertensivos (lisinopril 1 comp. cada 24 horas): Estos fármacos ayudan a aminorar la resistencia arterial periférica.

- Diálisis peritoneal con ceftriaxona 1 gramo y 500 mg. de amikacina en la solución: La diálisis peritoneal provee la filtración vital y las funciones desintoxicantes, además los antibióticos actúan directamente sobre el sitio de la infección.
- Preparación para toracocentesis: En este procedimiento se busca evacuar el líquido contenido en la cavidad pleural y que evita la expansión normal del tejido pulmonar.

4.- EXPLORACION FISICA.

4.1.- ASPECTO EMOCIONAL:

- Estado de conciencia: Conciente.
- Orientación: Orientada en tiempo, lugar y persona.
- Capacidad intelectual: Nivel de estudios , 3/o de primaria.
- Capacidad para comprender ideas: Su capacidad para entender significados esta disminuida, pero comprende los problemas de su salud.
- Estado de ánimo: Se ve deprimida, cansada.
- Capacidad para relacionarse con los demás: Refiere que por la fatiga no puede comunicarse con el personal de enfermería y con su familia , en la forma habitual de hacerlo, se siente cansada durante el día.

4.2.- ASPECTO FISICO:

INSPECCION:

- Sentidos:
 - Presenta audición disminuida.
 - Visión disminuida por la presencia de catarata en ambos ojos.
 - Expresión verbal, entendible, con disminución del sonido.
 - Gusto, no distingue los sabores de la comida.

- **Movilidad:**

Se sienta fuera de la cama, camina con asistencia dentro de la sala.

- **Postura :** se encuentra en cama, adopta posición libre, presenta mínima desalineación postural.

- **Tono muscular:**

En los miembros superiores se aprecia disminución del tono muscular, en los miembros inferiores existe edema por lo que no se puede valorar.

5.- INSPECCION GENERAL

Paciente femenina de 60 años de edad , conciente, orientada, en mal estado general, palidez generalizada, mucosas orales y nasales deshidratadas, con signos de desnutrición, cabello bien implantado, fascies de nefrópata.

Cuello cilíndrico sin adenomegalias, con pulsos presentes sin plétora yugular.

Tórax con ruidos cardíacos rítmicos, de intensidad disminuida, tos con expectoraciones, presencia de estertores.

Miembros torácicos, con pulsos normales, presencia de venoclisis permeable en miembro derecho.

Abdomen globoso, con presencia de cicatriz antigua por catéter de diálisis anterior, catéter de tenckhoff permeable con salida de líquido amarillento , dolor a la palpación, en sitio de inserción de catéter datos de peritonitis.

Aparato genitourinario, de acuerdo a su edad.

Miembros inferiores con presencia de edema, con vendaje.

Signos vitales:

Presión arterial: 130/90 mmHg.

Frecuencia cardiaca: 76 x'

Temperatura: 38° C

Frecuencia respiratoria: 24 x'

6.- DATOS COMPLEMENTARIOS**EXAMENES DE LABORATORIO**

Resultados de los exámenes de ingreso por urgencias:

FECHA	ESTUDIO	CIFRAS DEL PACIENTE	CIFRAS NORMALES
21- VI - 98	ELECTROLITOS SERICOS	Na. 137.7 mEq/l	135-145 Meq/L
		K 5.67 mEq/l	3.6 - 5.0 meq/L
		Ca. 103.4 mg/l	100-106 meq/L
21- VI - 98	BIOMETRIA	Hemog. 7.8 g/dl	12 - 16 gr/dl
		Hemat. 25.4 gl	37 - 47 gr/dl
		Leuc. 6.6 %	4.8 - 10.8 x10
	HEMATICA	Eritroc. 2.69 x 10	4.2 - 5.4 x10
		Pla. 444.000	150 - 350000

		Ph	7.44	7.35 - 7.45
		PaCO2	85 torr	75 - 100 torr
21 - VI - 98	GASES ARTERIALES	Pa CO2	22 torr	35 - 45 tor
		HCO3	21 mEq/l	21 - 28 meq/l
		Gluc.	110 mg/dl	75 - 100 mg/l
21 - VI - 98	QUIMICA SANGUINEA	Urea	194 mg/dl	16 - 35 mg/l
		Creat.	15.1mg/dl	0.6-1.5 mg/l
21 - VI - 98	PRUEBAS DE TENDENCIA HEMORRAGICA	T. Prot.	15.4 - 92%	Testigo 100%
		T. Tromb	51 -	Testigo 26" - 40"

21 - VI - 98	PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO	B.Total	0.2 mg/dl	0.3 -1.0 mg/dl
		B.Indir.	0.1 mg/dl	0.2 -0.7 mg/dl
		B.Direc.	0.1 mg/dl	0.1 -0.3 mg/dl
		T.G.O.	20 U/ml	10 -40 U/ml
		T.G.P.	14 U/ml	10 - 40 U/ml
		F.Alc.	191 U/l	13 - 39 U/ml
		Prot.Tot.	5 gr/dl	5.5 - 8.0 gr/dl
		Album.	2.0 gr/dl	3.5 - 5.5 gr/dl
		Globul.	3.0	(32)

(32) GUTIERREZ. L., "Procedimientos en el paciente crítico". P. 505-506.

FECHA	ESTUDIO	CIFRAS DEL PACIENTE	CIFRAS NORMALES.
24 - VI - 98	BIOMETRIA HEMATICA POSTTRANSFUSION.	Hemog. 8.7 gr/dl Hcto 26.9 gr/dl Leuco. 6.7 x 10 Eritroc. 2.92 x 10 Plaquet. 295 000	12.16 gr/dl 37-47 gr/dl 4.8 - 10.8 x 10 4.2 - 5.4 x 10 150-350 000
24 - VI - 98	ELECTROLITOS SERICOS	Potasio 5.67 mEq. Sodio 137.7 mEq. Cloro 103.4 mEq.	3.6 - 5.0 mEq/dl 135-145 mEq/dl 98 - 105 mEq/dl
25 - VI - 98	GASES ARTERIALES	pH 7.38 PaCO2 36 torr PaCo2 57 torr O2T 23 torr HCO3 22 mM/l	7.35 - 7.45 35 - 45 torr 80 - 100 torr 23 torr 22 mM/l
25 - VI - 98	ELECTROLITOS SERICOS	Sodio 136.9 mEq/l Potasio 4.41 mEq/l Cloro 104.0 mEq/l	135-145 meq/l 3.6 - 5.0 mEq/l 98 - 105 mEq/l
27 - VI - 98	QUIMICA	Gluc 105 mg/dl	80 - 120 mg/dl
29 - VI - 98	SANGUINEA	Gluc. 83 mg/dl	

En los resultados de los estudios se puede apreciar un nivel bajo de hemoglobina y hematocrito que nos indican sobrecarga de líquidos y anemia crónica. Causada por la secreción renal deficiente de eritropoyetina, debido a este resultado se decidió la transfusión de paquete globular y de plasma fresco.

Se aprecia trombocitemia; también se encuentran disminuidos los niveles

2.- RESUMEN CLINICO

Se trata de paciente femenina de 60 años de edad, conciente, orientada, reactiva al estímulo externo.

Originaria del estado de México donde reside, proviene de nivel socioeconómico medio bajo, con regulares hábitos higiénicos y dietéticos. Su aseo corporal o baño lo realiza cada tercer día o diario, el aseo bucal dos o tres veces al día, cambio de ropa después del baño.

Su familia la integran dos hijas, un hijo y su esposo, con estos dos últimos vive; se dedica a labores propias del hogar aunque ultimamente requiere de la ayuda de sus hijas debido a su enfermedad. La relación con sus familiares y vecinos es buena.

Su casa esta construida con tabique y concreto, tiene buena iluminación y ventilación, cuenta con servicio de agua y drenaje, tiene dos recamaras, sala, comedor, cocina y baño. No tiene animales domésticos.

A la observación se encuentra paciente conciente, orientada en persona, espacio y lugar, responde lentamente al interrogatorio, se manifiesta deprimida por el pronóstico de su enfermedad. Presenta palidez generalizada, mucosas orales deshidratadas, con signos de desnutrición.

Acude al servicio de urgencias por presentar salida de líquido amarillento del sitio de entrada del catéter de tenckhoff con siete meses de evolución, fiebre, mal estado general, tos con expectoración, estertores.

A la exploración conciente, orientada, con palidez generalizada, mucosas semihidratadas, cabeza normocefala, cuello cilíndrico con pulsos presentes. sin adenomegalias ni plétora yugular, tórax con ruidos cardíacos rítmicos disminuidos de intensidad, presencia de estertores, tos productiva.

Miembros torácicos adelgazados, con venoclisis permeable en el miembro derecho.

Abdomen globoso con cicatriz antigua, catéter de tenckhoff permeable con salida de líquido amarillento, en el sitio de incisión, dolor a la palpación, con datos de peritonitis.

Miembros pélvicos con pulsos periféricos presentes, con edema y vendaje.

Se cuenta con estudios de laboratorio con los siguientes datos de interés:

Biometría hemática con disminución de hemoglobina y hematocrito, trombocitemia, química sanguínea con elevación de urea y creatinina, fosfatasa alcalina elevada, hiperpotasemia.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Madre fallecida por hipertensión arterial.

Hermana fallecida por insuficiencia renal.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Diabetes mellitus tipo II con 18 años de evolución.

Hipertensión arterial sistémica de dos años de evolución controlada.

Insuficiencia renal crónica diagnosticada en 1996.

Catarata bilateral.

Hemotransfusiones múltiples en enero de 1997

Síndrome de consolidación pulmonar.

TRATAMIENTO

- Dieta de nefropata y de diabético de 1800 calorías, con restricción de líquidos dividida en quintos.
- Posición de semifowler.
- Oxígeno por puntas nasales.
- Cuantificación diaria de peso.
- Cuantificación horaria de diuresis.
- Control de diabético.
- Control de presión arterial.
- Diálisis peritoneal.
- Furosemida 40 mg. I.V. cada 12 horas
- Carbonato de Calcio 1 gr. V.O. cada 24 horas.
- Calcitrol 0.26 mg. V.O. cada 24 horas.
- Lisinopril 1 comp. cada 24 horas.
- Ceftriaxona 1gr. y amikacina 500 mg. en solución de diálisis.

3.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.

Breve introducción al planteamiento de los diagnosticos de enfermeria.

Uno de los avances más significativos de la enfermería que al parecer ya no tiene retroceso, es la introducción del Proceso de Enfermería como método universal de trabajo.

Posiblemente como ha ocurrido en las última década , la interacción de la investigación y la práctica hará progresar los conocimientos de enfermería, modificará y rectificará soluciones eficaces a las dificultades actuales de operatividad; pero en esencia el proceso entendido como método sistemático basado en el método científico seguirá siendo un instrumento válido para la práctica profesional.

La habilidad para realizar un diagnóstico se deriva de la capacidad para ser metódico, lógico y riguroso, y ello solo es posible, como ya hemos mencionado dentro del proceso de enfermería, fuera de este contexto se corre el riesgo de caer en el error de simplificar el proceso y analizar los conocimientos que se requieren para:

Formular un juicio clínico, sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los procesos vitales / problemas reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones para lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.(33)

(33) FERNANDEZ y NOVEL. Op.cit. p.

IV.- PLANEACIÓN Y EJECUCION

1.- CLASIFICACION DE NECESIDADES

Virginia Henderson afirma que todos los seres humanos tenemos necesidades comunes, sin embargo varían constantemente, ya que cada persona interpreta a su manera esas necesidades, las cuales se modifican por la patología y otras condiciones, tales como la edad, temperamento, estado emocional, el estatus social o cultural y las capacidades físicas e intelectuales. La enfermera puede ayudar al paciente a independizarse mediante la valoración, la planificación, la realización y la evaluación de cada uno de los 14 componentes de los cuidados básicos de enfermería(34).

VALORACIÓN DE NECESIDADES BASICAS

1.- Necesidad de respirar normalmente.

Datos de independencia: Permeabilidad de las vías respiratorias, frecuencia, ritmo y profundidad alterados.

Datos de dependencia: Oxígeno a 3 litros pr minuto, por puntas nasales.

2.- Necesidad de comer y beber adecuadamente.

Datos de independencia: Puede ingerir alimentos, sigue la dieta prescrita.

Datos de dependencia: Náusea, vómito, alteraciones en el aparato gastrointestinal.

3.- Necesidad de eliminación.

Datos de independencia: Eliminación urinaria 2 o 3 veces al día, concentrado, eliminación intestinal 4 o 5 veces al día de consistencia semilíquida.

Datos de dependencia: Disfunción renal, alteración gastrointestinal por efecto de la uremia.

4.- Necesidad de moverse y mantener una buena alineación.

Datos de independencia: Ligera desalineación corporal, puede caminar aunque se cansa rápidamente.

Datos de dependencia: Reposo relativo por diálisis peritoneal, edema de Ms. Is.

5.- Necesidad de dormir y descansar.

Datos de independencia: Duerme por la noche 3 a 4 horas y en el día de 2 a 3 horas.

Datos de dependencia: Presencia de tos nocturna.

6.- Necesidad de seleccionar ropas apropiadas, vestirse.

Datos de independencia: Le gusta su ropa, con la que se siente cómoda, actualmente usa la ropa hospitalaria.

Datos de dependencia: Necesita ayuda para vestirse.

7.- Necesidad de mantener la temperatura dentro de los límites normales.

Datos de independencia: Temperatura elevada (38°C).

Datos de dependencia: Presencia de infección en sitio de diálisis peritoneal.

8.- Necesidad de higiene y protección de la piel.

Datos de independencia: Le gusta sentirse limpia, aseo bucal después de los alimentos.

Datos de dependencia: Necesita ayuda para bañarse, debe permanecer en cama por la infusión de diálisis.

9.- Necesidad de evitar peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros.

Datos de independencia: Conciente, orientada.

Datos de dependencia: Deficiencia visual, dificultad para desplazarse en áreas desconocidas.

10.- Necesidad de comunicarse .

Datos de independencia: No presenta dificultad para hablar, le gusta platicar.

Datos de dependencia: Se siente fatigada.

11.- Necesidad de rendir culto según la propia fe.

Datos de independencia: Católica, asiste a la iglesia ocasionalmente.

Datos de dependencia: Dificultad para trasladarse sola.

12.- Necesidad de trabajar.

Datos de independencia: Le gusta realizar las actividades referentes al hogar, no trabaja.

Datos de dependencia: Aumento del mal estado general.

13.- Necesidad de jugar o participar en actividades recreativas.

Datos de independencia: Le gusta asistir a reuniones familiares.

Datos de dependencia: Nunca ha practicado deportes.

14.- Necesidad de aprendizaje.

Datos de independencia: Tiene interés por saber acerca de su enfermedad y tratamiento.

Datos de dependencia: Dificultad para entender datos de la patología.

2.- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

- 1.- Alteración del patrón normal de respiración relacionado a dolor e infusión de líquidos de diálisis peritoneal.
- 2.- Potencial para una ventilación pulmonar deficiente, debido a sobrecarga de líquidos y estertores.
- 3.- Incapacidad para excretar desechos metabólicos por disfunción renal.
- 4.- Alteración del gasto cardíaco por sobrecarga de líquidos, manifestado por hipertensión arterial.
- 5.- Alteración del patrón de eliminación urinaria a causa de disfunción renal y desequilibrio hídrico.
- 6.- Desequilibrio de los niveles séricos de potasio.
- 7.- Deterioro de los mecanismos de defensa a las infecciones manifestado por salida de secreción y fiebre.
- 8.- Nutrición alterada por ingesta alimenticia menor a los requerimientos corporales.
- 9.- Potencial de alteración en la integridad de la piel relacionada a edema periférico y acumulación de productos de desecho.
- 10.- Transtorno del patrón del sueño relacionado a ambiente desconocido y ruidoso.

3.- OBJETIVOS

Diagnóstico de enfermería.

Alteración del patrón normal de respiración relacionado a dolor e infusión del líquido de diálisis peritoneal.

OBJETIVO 1 : Restablecer la respiración a un patrón normal sin asistencia y con comodidad.

OBJETIVO 2: Se valoraran las características del dolor torácico y los factores que lo precipitan.

Diagnóstico de enfermería

Potencial para una ventilación pulmonar deficiente, debido a sobrecarga de líquidos y estertores.

OBJETIVO 1: Mejorar la función de ventilación pulmonar disminuyendo los factores predisponentes proporcionando comodidad a la paciente.

Diagnóstico de enfermería.

Incapacidad para excretar desechos metabólicos por disfunción renal.

OBJETIVO 1 : Eliminar sustancias tóxicas y desechos corporales que normalmente excretan los riñones y sustituir en lo posible las funciones renales perdidas.

OBJETIVO 2 : Reestablecer el balance hídrico mediante eliminación de exceso de líquidos, para mantener la vida y bienestar del paciente.

Diagnóstico de enfermería.

Alteración del gasto cardíaco por sobrecarga de líquidos, manifestado por hipertensión arterial sistémica.

OBJETIVO 1: Conservar la presión arterial dentro de los límites normales , para aminorar los síntomas.

OBJETIVO 2: Disminuir el riesgo de complicaciones cardiovasculares incapacitantes.

Diagnóstico de enfermería

Alteración del patrón de eliminación urinaria a causa de disfunción renal y desequilibrio hídrico.

OBJETIVO 1 : Restablecer la excreción urinaria a los límites normales para la paciente.

OBJETIVO 2 : Vigilar los signos de sobrecarga hídrica para evitar complicaciones

Diagnóstico de enfermería

Desequilibrio de los niveles séricos de potasio.

OBJETIVO 1: Mantener dentro de los límites normales los niveles séricos de potasio para mantener un ritmo cardíaco normal y disminuir el riesgo de complicaciones.

Diagnóstico de enfermería

Deterioro de los mecanismos de defensa a las infecciones manifestado por fiebre, dolor y salida de material purulento.

OBJETIVO 1 : Se evitara la diseminación de microorganismos a nivel sistémico.

OBJETIVO 2 : Se disminuira el recuento bacteriano de la herida quirúrgica.

Diagnóstico de enfermería

Nutrición alterada por ingesta alimenticia menor a los requerimientos normales.

OBJETIVO 1 : Mantener una ingesta de nutrientes adecuada a los requerimientos.

OBJETIVO 2 : Incrementar los niveles séricos de hemoglobina y hematocrito.

Diagnóstico de enfermería

Potencial de alteración en la integridad de la piel relacionado a edema periférico y acumulación de productos de desecho.

OBJETIVO 1 : Se protegera la integridad de la piel, previniendo el deterioro y lesiones en la piel.

OBJETIVO 2 : Se reducirán los factores causales de edema periférico.

Diagnóstico de enfermería

Transtorno del patrón del sueño relacionado a alteraciones respiratorias y al ambiente desconocido y ruidoso.

OBJETIVO 1 : Se procurara un ambiente tranquilo y seguro para la paciente.

OBJETIVO 2 : Ayudar a la paciente para que satisfaga sus necesidades de sueño y descanso.

Diagnóstico de enfermería

Ansiedad relacionada con el ambiente no familiar, las rutinas hospitalarias y los medios de diagnóstico y tratamiento.

OBJETIVO 1 : Valorar el nivel de ansiedad de la paciente de manera que pueda disminuirlo eficazmente.

OBJETIVO 2 : Se proporcionara orientación adecuada y oportuna a la paciente para aminorar sus dudas e inquietudes.

4.- EJECUCIÓN

La ejecución es la tercera fase del proceso de enfermería, es la aplicación real de la atención de enfermería, significa actuar, poner en práctica el plan, teniendo en cuenta que las acciones han de ser sobre todo éticas.

Más que construir un estadio separado, requiere que el personal de enfermería pase por todas las fases del proceso de enfermería. Mientras proporciona la asistencia, el personal de enfermería efectúa también valoraciones adicionales, los datos obtenidos se utilizan como base para la identificación de otros diagnósticos de enfermería y para modificar los resultados y acciones planeadas.

La ejecución del plan contribuye a la atención completa, porque en esta se consideran los aspectos biopsicosociales del paciente, favorece el flujo uniforme de los cuidados durante todas las etapas de la enfermedad y coordina el programa para el resto del equipo de salud .

Las actuaciones de enfermería incluyen la asistencia directa que el personal de enfermería presta a los pacientes, la ayuda a dicha asistencia, la enseñanza al paciente y a su familia.

Cada una de las actividades de enfermería debe documentarse con exactitud por el registro de las acciones de enfermería, para lo que se utilizan listas, comprobación explicativa, donde constan las directrices de esa política. De esta forma es posible comparar rápidamente los resultados esperados con los reales; los progresos o alteraciones pueden valorarse con rapidez y los cuidadores pueden actuar en base a estos resultados.

El establecimiento de normas de asistencia como parte integrante del registro de enfermería garantiza el cumplimiento de dichas normas (35).

(35) GAUNTIETT, MYERS. Op. Cit. P. 93.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Alteración del patrón normal de respiración relacionado a dolor e infusión de líquido de diálisis peritoneal.</p>	<p>Restablecer la respiración a un patrón normal sin asistencia y con comodidad.</p> <p>Se valoraran las características del dolor torácico y los factores que lo precipitan.</p>	<p>Colocar al paciente en posición de semifowler.</p> <p>Administración de oxígeno de acuerdo a indicación médica (3 Lt. x')</p> <p>Disminuir el dolor con la administración de analgésicos.</p>	<p>La posición de semifowler ayuda a expandir el tórax con mayor facilidad y disminuye la dificultad para respirar.(36).</p> <p>La respiración es la función por la cual el organismo toma oxígeno y elimina CO2 por medio de los pulmones. El organismo no puede almacenar O2 por lo que debe tomarlo constantemente del medio exterior.(37).</p> <p>Los analgésicos son eficaces para aliviar el dolor del tórax, pero debe tenerse cuidado de que su aplicación no deprima el centro respiratorio o la tos productiva.(38).</p>

(36) NORDMARK,ROHWEDER. "Bases Científicas de la enfermería". P. 87.

(37) Ibidem. P. 96.

(38) BRUNNER, SUDDARTH. Op. Cit. p. 431.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Potencial para una ventilación pulmonar deficiente, debido a sobrecarga de líquidos y estertores.</p>	<p>Mejorar la función de ventilación pulmonar, disminuyendo los factores predisponentes procurando comodidad para la paciente.</p>	<p>Vigilar la frecuencia respiratoria, su frecuencia y profundidad.</p> <p>Enseñanza acerca de ejercicios de respiración profunda.</p> <p>Participación en la toracocentesis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar que ha sido firmada la forma de consentimiento para el procedimiento. • Preparación física y emocional <p>Realizar actividades de drenaje postural.</p>	<p>Es de gran importancia observar la frecuencia y profundidad de la respiración, el aumento intenso acompaña a la acidosis de origen diabetico o renal.(39).</p> <p>La rehabilitación por medio de ejercicios respiratorios, entrena ejercicios para corregir las deficiencias respiratorias y aumentar la eficacia de esta función.(40).</p> <p>Antes de que se realice un procedimiento mayor es necesario obtener el consentimiento por escrito, lo que protege al paciente y al cirujano por una cirugía no aprobada.</p> <p>La explicación del procedimiento ayuda a orientar al paciente, le da oportunidad de hacer preguntas y externar su ansiedad (41).</p> <p>En el drenaje postural la fuerza de gravedad ayuda a drenar las secreciones acumuladas en la parte inferior del tórax.(42)</p>

(39) BRUNNER,SUDDARTH. Op. Cit. P. 467.

(40) Ibidem p. 441.

(41) Ibidem p. 43

(42) Ibidem p. 327.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Incapacidad para excretar los desechos metabolicos por disfunción renal.</p>	<p>Eliminar sustancias tóxicas y desechos corporales que normalmente excretan los riñones y sustituir en lo posible las funciones perdidas por estos órganos.</p> <p>Restablecer el balance hídrico mediante la eliminación de exceso de líquidos para mantener la vida y bienestar de la paciente.</p>	<p>Mantener la administración y drenaje del líquido de diálisis peritoneal.</p> <p>Emplear técnicas de asepsia estricta cuando se hacen los recambios de solución dializante.</p> <p>Evitar empujar el catéter al cambiar la solución.</p> <p>Entibiar la solución dializante a una temperatura semejante a la corporal antes de la administración.</p> <p>Medir la presión sanguínea y pulso durante la administración de la diálisis.</p>	<p>La diálisis es un método empleado para eliminar líquidos y productos de desecho innecesarios del organismo cuando los riñones no pueden hacerlo.(43)</p> <p>Las técnicas de asepsia realizadas estrictamente reducen la proliferación de microorganismos evitando la diseminación de enfermedades. El empujar el catéter puede provocar la introducción de microorganismos a la cavidad peritoneal.(44)</p> <p>La solución de dializado tibia previene molestias y dolor abdominal, también aumenta la depuración de urea por la dilatación de los vasos peritoneales(45).</p> <p>Los niveles de presión arterial nos ayuda a valorar la perfusión renal y los cambios en el gasto cardíaco (46).</p>

(43) BRUNNER,SUDDARTH. Op. Cit. P. 1220.

(44) NORMARK, ROHWEDER. Op.cit. p. 99

(45) BRUNNER,SUDDARTH. Op. Cit. p. 1224.

(46) "Biblioteca clínica para Enfermeras" p. 62.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Alteración del gasto cardíaco por sobrecarga de líquidos, manifestado por hipertensión arterial .</p>	<p>Conservar la presión arterial en límites normales para aminorar los síntomas.</p> <p>Disminuir el riesgo de complicaciones cardiovasculares incapacitantes.</p>	<p>Hacer valoraciones frecuentes de la presión arterial.</p> <p>Control de ingreso y egreso de líquidos corporales.</p> <p>Ministración de antihipertensivos.</p> <p>Control de ingesta de líquidos y sodio en la dieta.</p>	<p>La presión arterial es el principal indicador del gasto cardíaco, la hipertensión moderada esta entre 1100 y 120 mm/Hg, cuando es duradera termina por lesionar los vasos de todo el cuerpo, es una causa importante de I.C.C. (47).</p> <p>La insuficiencia renal causa hipertensión debido al exceso de sodio y agua o por mal funcionamiento del sistema renina angiotensina. (48).</p> <p>La causa básica del ascenso de la presión arterial es el incremento de la resistencia periférica que es controlada a nivel arteriolar, con los fármacos se busca aminorar dicha resistencia.(49).</p> <p>Cuando el riñón retiene sodio y agua aumenta la concentración de electrolitos en la pared del vaso que facilita la respuesta vaso constrictora del mismo (50)</p>

(47) BRUNNER,SUDDARTH. Op. Cit. P. 659.

(48) Ibidem. P.

(49) Ibidem p. 659.

(50) DELAMARE. "Diccionario de términos técnicos de Medicina" p. 507.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
		Evitar el ambiente de tensión y ansiedad para la paciente.	En el hipertenso muchos factores moderan las respuestas vasomotoras, la ansiedad, el temor y los ruidos estimulan la producción de impulsos vasoconstrictores(51).

(51) BRUNNER,SUDDARTH. Op.ct. p. 660.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Alteración del patrón de eliminación urinaria a causa de disfunción renal y desequilibrio hídrico.</p>	<p>Restablecer la excreción urinaria, a los límites usuales en la paciente.</p> <p>Vigilar y detectar los signos de sobrecarga hídrica.</p>	<p>Administración de líquidos parenterales a 40 cc. por hora.</p> <p>Vigilar los signos vitales en especial la presión arterial y la frecuencia cardíaca.</p> <p>Medición y control de ingresos y egresos.</p> <p>Ministración de diuréticos según indicación médica, (Furosemida 40 mg. I.V. cada 24 horas)</p>	<p>Como los riñones no pueden excretar orina concentrada, los pacientes deben ingerir y excretar más agua de lo normal, para poder manejar la carga usual de solutos urinarios. (52).</p> <p>La I.R.C. provoca hipertensión debido al exceso de sodio y agua, la sobrecarga de líquidos es porque el riñón no es capaz de excretarlos.</p> <p>Se deben registrar todas las observaciones en relación con el estado de hidratación de la paciente.(53).</p> <p>Los diuréticos son agentes que aumentan el índice o rapidez de la excreción de orina. Casi todos disminuyen la resorción de sodio y agua en la zona proximal del tubulo renal. (54)</p>

(52) HARRISON. "Medicina Interna" p. 1697

(53) "Biblioteca clínica para enfermeras2 . p. 73

(54) BRUNNER, SUDDARTH. Op.cit. p. 61

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
		<p>Vigilancia de hallazgos que puedan indicar la existencia de complicaciones sistémicas.</p>	<p>La retención de líquidos puede manifestarse por oliguria o anuria, o aparición de edema, sobre todo en pies y alrededor de los ojos.(55)</p>

(55) DELAMARE, op. cit. p. 279.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Desequilibrio de los niveles séricos de potasio.</p>	<p>Mantener dentro de los límites normales el nivel de potasio sérico para mantener un ritmo cardíaco normal y disminuir el riesgo de complicaciones.</p>	<p>Control estricto de ingestión de potasio en los alimentos.</p> <p>Obtención de muestras de laboratorio para determinación de niveles séricos de potasio.</p> <p>Ministración de calcio y bicarbonato sodico intravenoso.</p> <p>Valorar constantemente el electrocardiograma en busca de alteraciones electrolíticas y cardíacas.</p>	<p>Las causas de hiperpotasemia en la insuficiencia renal incluyen sobreingestión de potasio, fracaso para adaptarse al régimen dietético. (56)</p> <p>Las concentraciones séricas normales de potasio se mantienen hasta que la excreción urinaria en 24 horas sea menor de 500 ml. (57)</p> <p>Las concentraciones séricas de potasio se reducen en unos minutos, disminuyendo la acidosis y hace que el potasio retorne al interior de las células.(58)</p> <p>Como la hiperpotasemia produce escasos signos de advertencia, el paciente a menudo representa una urgencia médica cuando la intoxicación cardíaca ya se ha establecido, causando fibrilación ventricular o asistolia. (59).</p>

(56) "Biblioteca Clínica para Enfermeras." p. 106.

(57) Ibidem p. 96.

(58) BRUNNER, SUDDARTH. op.cit. p. 1220.

(59) "Biblioteca Clínica para Enfermeras" p. 94.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Deterioro de los mecanismos de defensa a las infecciones manifestado por fiebre, dolor y salida de liquido amarillento en herida quirúrgica.</p>	<p>Se evitara la diseminación de microorganismos a nivel sistémico.</p> <p>Se disminuira el recuento bacteriano de la herida quirúrgica.</p>	<p>Realizar los cambios de la solución dializante con medidas asepticas.</p> <p>Inspeccionar la herida cuando se hacen los recambios.</p> <p>Obtener muestra del material purulento para examinarlo.</p> <p>Administración de antibióticos.</p> <p>Control de temperatura por medios fisicos.</p>	<p>La asepsia rigurosa es el factor más importante para mantener los efectos infecciosos a un nivel mínimo y promover el cuidado satisfactorio de la herida.(60)</p> <p>Un signo de infección es el enrojecimiento y tumefacción periférico al sitio de la herida.(61).</p> <p>El agente causal de la infección se debe determinar por medio de cultivos, y así administrar antibióticos apropiados según la suceptibilidad del microorganismo. (62)</p> <p>Los antibióticos son drogas que inhhiben o disminuyen el crecimiento bacteriano.</p> <p>Cuando la temperatura corporal es mayor de 41 °C durante un tiempo prolongado puede resultar daño permanente del encéfalo(63).</p>

(60) BRUNNER, SUDDARTH. Op. Cit. P. 378.
(61) *Ibidem* p. 380.
(62) *Ibidem* p. 891
(63) W.F.GANNONG. " Fisiologla Médica" p. 230.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Nutrición alterada por ingesta alimenticia, menor a los requerimientos corporales .</p>	<p>Mantener una ingesta de nutrientes adecuada a los requerimientos.</p> <p>Incrementar los niveles séricos de hemoglobina y hematocrito.</p>	<p>Ministración de complementos de hierro.</p> <p>Estimular la nutrición optima.</p> <p>Proporcionar dieta fraccionada.</p> <p>Motivar la ingestión de alimentos con alto contenido calórico y bajo en proteínas, sodio y potasio.</p> <p>Administración de oxígeno a 3 litros por minuto.</p>	<p>En el mecanismo de la anemia en la I.R.C. intervienen factores como la depresión de la médula , su función va reduciendose por la disminución de reposición de hierro en los eritrocitos.(64).</p> <p>El paciente pueda estar anoréxico, por lo que es bueno ofrecerle raciones pequeñas y frecuentes con los nutrientes necesarios.(65).</p> <p>Esta dieta elimina y reduce las fuentes de alimentos restringidos y proporciona calorías para obtener energía en tanto se almacenan las proteínas para el crecimiento tisular y curación de los tejidos.(66).</p> <p>La oxigenoterapia incrementa la tensión de oxígeno del plasma sanguíneo para restituir la oxihemoglobina hasta una proporción normal.(67)</p>

(64) HARRISON op. Cit. P. 1705.

(65) BRUNNER, SUDDARTH. Op. Cit. P. 691.

(66) Ibidem p. 694.

(67) ANTHONY, THIBODEAU. "Anatomía y Fisiología" p. 524.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
		<p>Realizar mediciones de niveles de hemoglobina y hematocrito .</p> <p>Vigilar la ingesta de alimentos con bajo contenido en proteínas.</p>	<p>La anemia depende del acortamiento moderado en la supervivencia de los eritrocitos, al igual que de una deficiencia de la eritropoyetina.(68)</p> <p>La restricción de las proteínas de la dieta reducirá el nitrógeno de la urea sanguínea y la velocidad de acumulación de los ácidos metabólicos.(69).</p>

(68) BRUNNER, SUDDARTH. Op. Cit. P. 692.

(69) Harrison, op. Cit. P. 1706.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Potencial de alteración en la integridad de la piel relacionado al edema periférico y acumulación de productos de desecho.</p>	<p>Se protegera la integridad de la piel, previniendo el deterioro y lesiones en la misma.</p> <p>Se reduciran los factores causales de edema periférico.</p>	<p>Valorar y registrar la cantidad relativa de edema en las extremidades.</p> <p>Valorar la hidratación de la piel.</p> <p>Promover las acciones que mejoren el flujo arterial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener las extremidades en posición ascendente. • Vendaje de miembros inferiores. 	<p>El edema inhibe el flujo sanguíneo hacia los tejidos dando como resultado una pobre nutrición celular.(70)</p> <p>La sequedad excesiva lesiona la piel por lo que pueden producirse grietas, exponiendo a los tejidos subyacentes a lesiones.(71).</p> <p>La tumefacción debida a acumulación de fluido se manifiesta inicialmente en las extremidades.</p> <p>El vendaje de miembros inferiores estimula el retorno venoso, pero no debe ser muy compresivo, porque puede ocasionar lesiones.(72).</p>

(70) NORMARK, RODWEDER. Op. Cit. P. 715.

(71) BEARE, MYRS. op. Cit. P. 715.

(72) NORMARK, RODWEDER. Op. Cit. P. 289.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Transtorno del patrón de sueño relacionado a un ambiente desconocido y ruidoso.</p>	<p>Se procurara un ambiente seguro y tranquilo para la paciente.</p> <p>Ayudar a la paciente a satisfacer sus necesidades de sueño y descanso.</p>	<p>Evaluar la cantidad y calidad del sueño y descanso.</p> <p>Evitar cualquier amenaza para el bienestar de la paciente.</p> <p>Realizar actividades tendientes a promover la relajación.</p> <p>Disminuir los estímulos que produzcan estado de alerta.</p>	<p>Una persona pasa típicamente por 4 o 5 ciclos de sueño or la noche. El despertarse durante un ciclo, puede hacerlo sentir que no descanso. (73)</p> <p>El nivel de tensión puede aumentar las necesidades de sueño, cuando se reducen los estímulos del exterior, deprimen el sistema activador reticular y se produce el sueño.(74)</p> <p>los seres humanos necesitan cierta cantidad de sueño durante un período prolongado para mantener el funcionamiento optimo del organismo.(75)</p> <p>Un estímulo sensitivo suficientemente intenso , normalmente puede provocar estado de alerta; los estímulos pueden ser dolor, cansancio, sensaciones viscerales, etc. (76)</p>

(73) NORDMARK, RODWEDER. Op. Cit. P. 305.

(74) Ibidem. P. 306

(75) Ibidem. P. 303.

(76) Ibidem p. 305.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION
<p>Ansiedad relacionada con el ambiente no familiar, las rutinas, los medios de diagnóstico y tratamiento.</p>	<p>Valorar el nivel de ansiedad de la paciente , de manera que se pueda disminuir eficazmente.</p> <p>Se proporcionara orientación adecuada y oportuna a la paciente</p>	<p>Animar a la paciente a reconocer y expresar su ansiedad.</p> <p>Orientar a la paciente en cuanto a la distribución y rutinas del servicio.</p> <p>Proporcionar preparación física y emocional a la paciente.</p> <p>Corregir todo error e información incorrecta que pueda expresar la paciente.</p>	<p>La persona con ansiedad sufre y esta incomoda, tiene dificultad para dar o recibir información en cuanto a su salud, entiende poco y exagera o deforma lo que oye. (77).</p> <p>La educación sanitaria puede ayudar al individuo a adaptarse a su enfermedad y cooperar con la terapeutica prescrita.(78).</p> <p>Todo acercamiento con la paciente debe ser considerado una oportunidad de brindarle instrucciones y enseñanza.Los cuidados de enfermería eficaces dependen en gran parte de la habilidad y los conocimientos para el uso de la comunicación de la enfermera.(79).</p> <p>Un factor que contribuye habitualmente al miedo y a la ansiedad es la información incompleta o incorrecta (80).</p>

(77) BRUNNER ,S. Op. Cit. P. 31

(78) Ibidem p. 31.

(79) NORDMARK, RODWEDER, op. Cit. P. 591.

(80) HOLLOWAY M.N. p.704.

V.- EVALUACIÓN

En el diagnóstico de enfermería referente a:

Alteración del patrón normal de respiración relacionado a dolor e infusión de líquido de diálisis peritoneal.

Se plantearon los objetivos siguientes:

- 1.- Restablecer la respiración a un patrón normal sin asistencia y comodidad.
- 2.- Se valoraran las características y factores que precipitan el dolor torácico.

Se realizaron las siguientes acciones de enfermería:

- Colocar a la paciente en posición de semifowler.
- Administración de oxígeno de acuerdo a indicación médica.
- Disminuir el dolor con la administración de analgésicos.

En la evaluación se observó que con las medidas adoptadas se logró que mejorara el patrón de respiración de la paciente, aunque fue difícil que la paciente no dependiera de la administración de oxígeno.

En el diagnóstico de enfermería referente a :

Potencial para una ventilación pulmonar deficiente, debido a sobrecarga de líquidos y estertores.

Se plantearon los objetivos siguientes :

1.- Mejorar la función de ventilación pulmonar, disminuyendo los factores predisponentes , proporcionando comodidad a la paciente.

Se realizaron las siguientes actividades de enfermería:

- Vigilar la frecuencia respiratoria, su profundidad y calidad.
- Enseñanza acerca de ejercicios de respiración profunda.
- Participación en la toracocentesis.
- Verificar que ha sido firmada la forma de autorización para el procedimiento.
- Preparación física y emocional a la paciente.
- Realizar actividades de drenaje postural.

El objetivo se logro, la paciente mejoro su respiración , se sintió más comoda. Con el procedimiento de toracocentesis se aumento su capacidad respiratoria.

En el diagnóstico de enfermería referente a :

Incapacidad para excretar los desechos metabólicos por disfunción renal.

Se plantearon los siguientes objetivos:

- 1.- Eliminar las sustancias tóxicas y desechos corporales que normalmente excretan los riñones, y sustituir en lo posible las funciones perdidas por estos.
- 2.- Restablecer el balance hídrico mediante la eliminación de exceso de líquidos para mantener la vida y bienestar de la paciente.

Se realizaron las siguientes actividades de enfermería:

- Mantener la administración y drenaje del líquido de diálisis peritoneal.
- Emplear técnicas de asepsia cuando se hacen los recambios de bolsa de diálisis.
- Evitar empujar el catéter al cambiar la solución.
- Entibiar la solución dializante a una temperatura semejante a la corporal antes de su administración.
- Medir la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca durante la administración de la diálisis.

En la evaluación se lograron los objetivos, se eliminaron los desechos acumulados, el balance hídrico mejoró, sólo la función renal no se pudo recuperar del todo, debido a lo avanzado de la patología.

En el diagnóstico de enfermería referente a:

Alteración en el gasto cardíaco por sobrecarga de líquidos, manifestado por hipertensión arterial .

Se plantearon los siguiente objetivos:

- 1.- Conservar la presión arterial dentro de los límites normales para aminorar los síntomas.
- 2.- Disminuir el riesgo de complicaciones cardiovasculares incapacitantes.

Se realizaron las siguiente actividades de enfermería:

- Hacer valoraciones frecuentes de la presión arterial .
- Control de ingresos y egresos de líquidos corporales.
- Ministración de antihipertensivos.
- Control de ingesta de líquidos y sodio en la dieta.
- Evitar el ambiente de tensión y ansiedad para el paciente.

El objetivo se logro, se controlaron las cifras de presión arterial con la participación de la paciente y sus familiares, quienes estaban pendientes de los síntomas de la paciente, con todo esto se evito que se presentaran complicaciones.

En el diagnóstico de enfermería referente a :

Alteración del patrón de eliminación urinaria a causa de disfunción renal y desequilibrio hídrico.

Se plantearon los objetivos siguientes:

- 1.- Restablecer la excreción urinaria a los límites normales en la paciente.
- 2.- Vigilar y detectar los signos de sobrecarga hídrica para evitar complicaciones.

Se realizan las siguientes actividades de enfermería:

- Administración de líquidos parenterales a 40 cc. por hora.
- Vigilar los signos vitales, en especial la presión arterial y la frecuencia cardíaca.
- Medición y control de ingresos y egresos.
- Ministración de diuréticos, según indicación médica (Furosemida 40 mg. I.V. cada 24 horas).
- Vigilancia de hallazgos que puedan indicar la existencia de complicaciones cardiopulmonares.

Se lograron los objetivos, debido a que se logro que la paciente excretara orina, aunque en cantidades deficientes, con esto se evitaron complicaciones mayores.

En el diagnóstico de enfermería referente a:

Desequilibrio de los niveles séricos de potasio.

Se plantearon los siguientes objetivos:

- 1.- Mantener dentro de los límites normales el nivel sérico de potasio para mantener un ritmo cardíaco normal y disminuir el riesgo de complicaciones.

Se realizan las siguientes actividades de enfermería:

- Control estricto de ingestión de potasio en los alimentos.
- Obtención de muestra de laboratorio para determinación de niveles séricos de potasio.
- Ministración de calcio y bicarbonato de sodio intravenoso.
- Valorar constantemente el electrocardiograma en busca de alteraciones.

En la evaluación se observó que no se pudo disminuir el nivel sérico de potasio, pero sí se mantuvo en los niveles con que ingreso, además se disminuyeron las complicaciones.

En el diagnóstico de enfermería referente a :

Deterioro de los mecanismos de defensa a las infecciones manifestado por fiebre, salida de líquido purulento.

Se plantearon los siguientes objetivos:

- 1.- Se evitara la diseminación de microorganismos a nivel sistémico.
- 2.- Se disminuira el recuento bacteriano de la herida quirúrgica.

Se realizan las siguientes actividades de enfermería:

- Realizar los cambios de la solución de diálisis con medidas asepticas.
- Obtener muestra del material purulento para examinarlo.
- Administración de antibioticos.
- Control de temperatura por medios físicos.
- Inspección de la herida quirúrgica al realizar el cambio de apósito.

Los objetivos se cumplieron debido a que el grado de infección disminuyo con la administración de antibioticos especificos contra el microorganismo causal, se evito la diseminación de la infección.

En el diagnóstico de enfermería referente a:

Nutrición alterada por ingesta alimenticia menor a los requerimientos corporales.

Se plantearon los siguientes objetivos:

- 1.- Mantener una ingesta de nutrientes adecuada a los requerimientos.
- 2.- Incrementar los niveles séricos de hematocrito y hemoglobina.

Se realizan las siguientes actividades de enfermería:

- Ministración de complementos de hierro.
- Estimular la nutrición optima.
- Motivar la ingestión de alimentos con alto contenido calórico.
- Administración de oxígeno a tres litros por minuto por puntas nasales.
- Medición de los valores séricos de hematocrito y hemoglobina.
- Vigilar la ingesta de dieta baja en proteínas.

Se logro que la paciente ingiriera una mayor cantidad de alimentos, aunque no lo suficiente como para elevar los niveles de hemoglobina y hematocrito.

En el diagnóstico de enfermería referente a:

Potencial de alteración en la integridad de la piel relacionada al edema y acumulación de productos de desecho.

Se plantearon los objetivos siguientes:

- 1.- Se protegera la integridad de la piel, previniendo el deterioro y lesiones de la misma.
- 2.- Se reduciran los factores causales de edema periférico.

Se realizan las siguientes actividades de enfermería:

- Vigilar y registrar la cantidad relativa de edema en las extremidades.
- Valorar la hidratación de la piel.
- Enseñanza sobre la importancia de la lubricación de la piel.
- Promover los factores que mejoren el flujo arterial.
- Mantener los miembros inferiores elevados.
- Vendaje de miembros inferiores.

Los objetivos se cumplieron, puesto que el edema disminuyó con las actividades de enfermería específicas y por el control del balance hídrico, no se presentaron lesiones dérmicas.

En el diagnóstico de enfermería referente a:

Transtorno del patrón del sueño relacionado al ambiente desconocido y ruidoso.

Se plantearon los objetivos siguientes:

- 1.- Se procurara un ambiente tranquilo y seguro a la paciente.
- 2.- Ayudar a la paciente para que satisfaga sus necesidades de sueño y descanso

Se realizaron las siguientes actividades de enfermería:

- Evaluar la cantidad y calidad del sueño y descanso.
- Evitar cualquier amenaza para el bienestar de la paciente.
- Realizar actividades tendientes a promover la relajación.
- Disminuir los estímulos que produzcan estado de alerta.

Se logro que la paciente aumentara las horas de sueño, puesto que con la disminución general de los síntomas generales, le fue más fácil conciliar el sueño.

En el diagnóstico de enfermería referente a:

Ansiedad relacionada con el ambiente no familiar, las rutinas hospitalarias y los medios de diagnóstico y tratamiento.

Se plantearon los objetivos siguientes:

- 1.- Valorar el nivel de ansiedad de la paciente de manera que pueda ser disminuida eficazmente.
- 2.- Proporcionar orientación adecuada y oportuna a la paciente para aminorar sus dudas e inquietudes.

Se realizan las siguientes actividades de enfermería:

- Animar a la paciente a reconocer y expresar su ansiedad.
- Orientar a la paciente en cuanto a la distribución y rutinas del servicio.
- Proporcionar preparación física y emocional a la paciente.
- Corregir todo error o información incorrecta que pueda expresar la paciente.
- Dar información a la paciente acerca de las dudas con respecto a su enfermedad.

El objetivo se logro, se disminuyo el grado de ansiedad, la paciente se sintió más familiarizada en el servicio, se aclararon sus dudas con respecto a su enfermedad, lo que ayudo a aceptar mejor los procedimientos que se le realizaron.

VI.- PLAN DE ALTA

El plan de alta se realiza con la finalidad de que la paciente se reintegre en la mejor forma posible a su ambiente familiar y social al egreso de su estancia hospitalaria, tratando de llevar una vida normal dentro de lo posible, sin descuidar la continuidad de su tratamiento a fin de que se disminuya el riesgo de complicaciones.

El plan de alta se basa en la teoría del autocuidado, que es expresada en términos de una actitud deliberada acerca de las funciones reguladoras humanas. Esta teoría es tanto descriptiva como explicativa, describe acciones y sucesos que son reconocidos como autocuidado.

OBJETIVOS

- 1.- Enseñar a la paciente y familiares que contribuyen en su tratamiento, las bases de la terapéutica así como la identificación de los signos de alarma.
- 2.- Contribuir a la satisfacción de las necesidades de ansiedad de la paciente y de su familia.
- 3.- Proporcionar orientación a la paciente y sus familiares acerca de la forma correcta de realizar los recambios de la solución de diálisis peritoneal, tomando en cuenta las técnicas de asepsia.

LIMITES:

- ESPACIO:** Hogar de la paciente.
- LUGAR:** Recámara de la paciente.
- TIEMPO:** Se realizará durante las 24 horas del día de acuerdo a las necesidades de la paciente.
- ASESORIA:** Enfermera especialista, enfermera general , dietista

INDICACIONES MEDICAS:

- Se proporcionara receta médica por los fármacos indicados.
Antibióticos V.O. (Cefalotina 1gr. Cada 12 horas).
Diuréticos (Furosemida 20 mg V.O. cada 24 horas).
Antihipertensivos (Lisinopril V.O. 1 comp. cada 24 horas).
- Diálisis peritoneal ambulatoria
- Vigilancia de datos de infección recurrente.
- Educación a la paciente y familiares referente a la técnica de diálisis.
- Vigilancia de los signos y síntomas de hipertensión arterial y afecciones cardiacas.
- Indicaciones acerca de la dieta que debe ingerir (de nefropata y diabetico de 1800 calorías).
- Baño diario o cada tercer día asistido.
- Cambio de ropa diario para incrementar el bienestar de la paciente.
- Cuidado y aseo bucal.
- Cuidado y lubricación de la piel, detección de lesiones en la piel.
- Deambulación a tolerancia.

DIETA DE DIABETICO DE 1200 CALORIAS

ALIMENTO	DESAYUNO No.EQUIV.	COMIDA No. EQUIV.	CENA No. EQUIV.	TOTAL EN 24 HORAS
JUGO DE FRUTA	2	0	2	4
LECHE	1	0	1	2
CARNE	2	3	1	6
VERDURA	1	2	1	4
PAN	1	1	1	3
FRUTA	2	2	1	5

ESPACIO UTILIZADO PARA DIETAS FRACCIONADAS.

COLACION	11:00 HORAS	VASO CON LECHE GALLETAS MARIAS	4	1
COLACION	23:00 HORAS	SANDWICH DE POLLO O JAMON.		1

DIETA DE NEFROPATA

DESAYUNO	COMIDA	CENA
ATOLE SIN LECHE ¾ VASO	SOPA SECA 1 RAC SIN SAL	ATOLE SIN LE CHE 150 ml.
CARNE 1 RACIÓN	CARNE 2 RACIONES	VERDURA 2 RAC
VERDURA 2 RACIONES	VERDURA 2 RACINES	FRUTA 3 RAC
PAN 2 RACIONES	PAN 3 RACIONES	PAN 2 RAC
MARGARINA 2 CUCH. SIN SAL. CAFETERAS	AGUA DE FRU- 150 ml. TA SIN AZUCAR	MARGA. 2 CUCH SIN SAL CAFET.

NOTA: No adicionar sal ni azúcar a ningún alimento, consuma los jugos autorizados a media dilución. Las frutas y verduras deben consumirse en forma cocida, hervida o al vapor de preferencia.----

VII.- GLOSARIO

ACIDOSIS: Ruptura del equilibrio acidobásico del plasma en el sentido de un mayor acidez y más exactamente por disminución de la alcalinidad, el pH es inferior a 7.4 .

ACORCHAMIENTO: Efecto de acorcharse, fofo, esponjoso.

ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA: Acción realizada por la enfermera para prevenir la enfermedad o sus complicaciones, mantener o restablecer su salud.

ALCALOSIS: Aumento del pH, puede ser superior a 7.40 , esto puede obedecer a disminución del CO₂ disuelto del plasma o al aumento de los bicarbonatos.

ANOREXIA: Pérdida o disminución del apetito.

ANSIEDAD: Sentimiento de peligro inminente o indeterminado , que se acompaña de un estado de malestar, agitación, desconcierto y anonadamiento ante este peligro.

ANTICOLINERGICOS: Que se opone a la acción de la acetilcolina, y paraliza los elementos glandulares y musculares inervados por las fibras colinérgicas, vagolítica.

ANTIHIPERTENSIVO: Cualquier agente o tóxico que reduce la presión arterial.

ASCITIS: Acumulación de líquido en la cavidad peritoneal, este líquido es ordinariamente amarillo citrino.

ASEPSIA: Conjunto de medidas para prevenir las infecciones. Limpieza en una cura o intervención quirúrgica.

AUTOINMUNITARIO: producción por el organismo de anticuerpos que reaccionan sobre uno o varios de sus componentes habituales, que actúan como antígenos.

FALTA PAGINA

No. 86

ESTRATEGIAS: Habilidad para dirigir un asunto.

ÉTICA: Parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre.

EXPECTORACION: Fenómeno por el cual los productos formados en las vías respiratorias son expulsados fuera del tórax.

HIPERCALEMIA: Aumento del nivel de potasio en la sangre.

HIPERTENSION: Aumento de la tensión en la red arterial, en la práctica designa la elevación de las arterias de la circulación mayor, provoca a menudo cefalea, trastornos sensoriales discretos.

HIPOSIALORREA: Insuficiencia de la secreción de saliva.

INCAPACIDAD: Imposibilitado. En el orden civil son los despilfarradores, reos.

INFECCION: Invasión de un organismo por un microbio. Estado de un organismo invadido por un microorganismo patógeno, que produce una serie de reacciones en el organismo.

INTERACCION: Que tiene influencia recíproca.

IRREVERSIBLE: Que no puede ser repetido en sentido inverso.

JUICIO: Facultad del entendimiento que compara o juzga. Operación del entendimiento que compara dos ideas.

LETARGIA: Sueño profundo y continuo, en el cual el paciente habla cuando se le despierta, pero no sabe lo que ha dicho o dice y cae nuevamente en su primer estado.

MEDIATOS: Que está en relación o contacto con otra cosa por medio de un intermediario. Dícese de los objetivos planeados para determinado lapso de tiempo.

METABOLISMO: Nombre dado al conjunto de las modificaciones químicas que tienen lugar en el organismo, destinadas a subvenir a sus necesidades de energía, a la conservación y reparación de los tejidos, constituye un acto de nutrición.

METODICO: Que tiene orden y método.

MUCOSA: Semejante al moco, membrana que reviste las cavidades interiores del cuerpo y segrega una especie de moco.

OBJETIVOS: Fin, término de un acto, meta que se persigue.

OXIHEMOGLOBINA: Forma oxidada de la hemoglobina. En el hombre, cristaliza en prismas ortorromboédricos de color rojo.

PERFUSION: Inyección intravenosa prolongada de una cantidad importante de sustancias isotónicas o hipertónicas, conteniendo o no medicamentos.

PERITONEO: Es una gran hoja continua de membrana serosa, que reviste todas las paredes de la cavidad abdominal y constituye la cubierta serosa exterior de los órganos (capa visceral).

PROCESO: Serie de fases de un fenómeno, evolución de una serie de fenómenos..

REVERSIBLE: Posibilidad de retornar al estado anterior.

SISTEMÁTICA: Perteneciente a un sistema, voluntario, adoptado como principio.

TEMPERATURA: Grado de calor de los cuerpos.

TIPIFICACION: Representar el tipo o grupo sanguíneo al que pertenece una persona.

TORACOCENTESIS: Punción de la pared torácica con un trocar, para evacuar una colección líquida de la pleura.

TOXICOS: Sustancia que actúa como veneno dentro del organismo.

TROMBOCITOPENIA: Disminución de la tasa de las plaquetas sanguíneas.

UREMIA: Conjunto de los accidentes tóxicos provocados por acumulación en la sangre de los tóxicos que el riñón elimina en estado normal y que se hallan retenidos a consecuencia de trastorno renal.

VASOCONSTRICCIÓN: Disminución del calibre de un vaso por contracción de sus fibras musculares.

VIII.-BIBLIOGRAFIA

- 1.- ALFARO, Rosalinda. "Aplicaciones del Proceso de Enfermería". Editoriall Doyma, Barcelona, España. 1990.
- 2.- ASCARRAGA, Gustavo. "Urología". Editorial Mendez Editores. México,D.F. 1996.
- 3.- "Biblioteca Clínica para Enfermeras", Enfermedades renales y urológicas. Editorial Científica. México, 1988.
- 4.- BRUNNER-SUDDARTH. "Manual de Enfermería Medicoquirúrgica". Editorial Interamericana. México. D.F. 1992.
- 5.- CARPENITO,L.J. "Manual de Diagnósticos de Enfermería". Editorial Interamericana. Madrid, 1993.
- 6.- DELAMARE, J. "Diccionario de los términos técnicos de medicina". 2/A. Edición. Ediciones Norma S.A. , Madrid, España 1981.
- 7.- FERNANDEZ y NOVEL,G. "El Proceso de Atención de Enfermería". Editorial Masson-Salvat. Barcelona, 1993.
- 8.- GANONG, WILLINAM, "Fisiología Médica". 13/A. Edición. Editorial El Manual Moderno.. México, D.F. 1992.
- 9.- GAUNTIET, P. y MYERS,J. "Enfermería Medicoquirúrgica". Editorial Mosby-Doyma. Madrid, España, 1995.
- 10- GRIFFITH y CHRISTENSEN. "Proceso de Atención de Enfermería". Editorial El manual Moderno. México, D.F. 1986.
- 11- HARRISON,R.J. "Enfermería Clínica". Editorial Ateneo. Argentina, 1987.
- 12.- IYER, Patricia. "Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería". Editorial Interamericana. España, 1988.

- 13.- KING, Eunice. "Técnicas de Enfermería".
Editorial Interamericana. México,D.F. 1979.
- 14.- LAPIDES, Jack. "Urología".
Editorial Interamericana. México, D.F.1981.
- 15.- LEVINE. Z.D. "Manual de Cuidados al Paciente Renal".
Editorial Interamericana. México, D:F: 1987.
- 16.- MARRINER, Ann. "El Proceso de Atención de Enfermería. Un Enfoque científico". Editorial El Manual Moderno. México, D.F. 1990.
- 17.- NORDMARK, M.R. y ROHWERE. "Bases Científicas de Enfermería".
Editorial La Prensa Médica Mexicana. México, 1987.
- 18.- TORTORA, ANAGNOSTAKOS. "Principios de Anatomía y Fisiología".
Editorial Harfa México, 1985.
- 19.- TREVIÑO,B.A. "Indicaciones de la Diálisis Peritoneal".
Editorial La Prensa Médica Mexicana. México, 1985.
- 20.- UNDALL, Robert. "Patología Renal".
Editorial Acribia. España,1980.
- 21.- VANDER. J.A. "Fisiología Renal".
Editorial Mc.graw Hill. 1990.
- 22.- WHITWORT, J.A. y LAWRENCE. "Enfermedades Renales".
Editorial El Manual Moderno. México, D.F. 1990.