

121



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

**APLICADO A UN PACIENTE DE INSUFICIENCIA RENAL  
CRONICA**

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

**P R E S E N T A :**

**MARIA DEL ROSARIO RAMIREZ VISTRAIN**

**No. DE CUENTA 9562540-3**

283625

**DIRECTOR DE TRABAJO: L.E.O. LETICIA SANDOVAL ALONSO**



**MEXICO, D. F.,**

**JUNIO DE 2000**

*[Faint stamp and illegible text]*



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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

<u>CONTENIDO</u>	<u>PÁGINA</u>
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	4
METODOLOGÍA DE TRABAJO	5

## CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO	7
<u>1.- Antecedentes históricos</u>	7
1.1.- El cuidado como el origen de la práctica de enfermería	7
1.2.- La concepción Nightingale	9
1.3.- Corriente centrada en la enfermedad	11
1.4.- Nociones de las Teorías de enfermería	12
<u>2.- Marco Conceptual y Teoría de enfermería</u>	16
2.1.- Elementos de los modelos	16
2.2.- Definición y Paradigma de enfermería	19
<u>3.- El Modelo de Virginia Henderson</u>	21
3.1.- Conceptos Básicos	21
<u>4.- Aspectos Generales del Proceso de Enfermería con base al Modelo de Virginia Henderson</u>	27
4.1.- Concepto de Proceso de Enfermería	27
4.2.- Etapas del proceso de enfermería	27
4.3.- Taxonomía de la NANDA	31
4.4.- Aplicación del Modelo de Virginia Henderson al Proceso de Enfermería	35

## CAPÍTULO II

### APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

<u>1.- Valoración de enfermería</u>	37
1.1.- Valoración de las catorce necesidades	37
1.2.- Composición y dinámica familiar	42
1.3.- Análisis y síntesis de los datos	46
<u>2.- Diagnósticos de enfermería</u>	48
<u>3.- Plan de intervenciones de enfermería</u>	54
<u>4.- Evaluación del Plan de intervenciones</u>	83
<b>CONCLUSIONES</b>	102
<b>SUGERENCIAS</b>	105
<b>ANEXOS:</b>	
<u>Alteraciones de salud en el adulto mayor con Insuficiencia Renal Crónica</u>	
• Variaciones normales durante el proceso de envejecimiento	107
• Alteraciones de salud en la Insuficiencia Renal Crónica	109
• Tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica	116
<u>Glosario</u>	124
<u>Bibliografía</u>	127
<u>Formato para la Valoración de las 14 Necesidades</u>	130

## AGRADECIMIENTOS

### A DIOS.

Por brindarme la oportunidad de vivir y tener una hermosa familia y porque hasta ahora, en que finalizo mi carrera me ha escuchado en mis oraciones y me ha fortalecido.

### A MI MADRE.

MARÍA EULALIA VISTRAIN LEÓN  
Por su amor y entrega. Por enseñarme los primeros pasos para ir por la vida y enseñarme a creer en Dios.

### A LA MEMORIA DE MI PADRE.

CLEMENTE RAMÍREZ GÓMEZ  
Con gratitud por su amor y enseñanzas.

### A MIS HERMANOS.

MARIO, MA. DE LA LUZ. LUCIO, ANGEL,  
MA. DEL CARMEN Y MARTÍN.  
Por lo que son y representan.  
Espero que también logren hacer realidad sus metas y anhelos.

### A MI ESPOSO.

HESQUIO SALAS TRUJILLO  
Mi amor eterno, te agradezco tu comprensión y apoyo sin ti, esta meta no hubiera sido posible. Gracias por la gran alegría que me has dado y por permitirme compartir la vida contigo.

A MIS HIJOS.

IVAN, YADIRA Y SADZEE-YNISINDI  
Mis grandes amores y con gratitud por su  
comprensión y apoyo. Espero que este  
logro sea un incentivo para que en un  
futuro no muy lejano también logren  
alcanzar sus metas y cumplir sus sueños.

A MI ASESOR ACADÉMICO.

Lic. LETICIA SANDOVAL ALONSO  
gracias por su apoyo y acertada dirección

A MIS SINODALES.

Por su apoyo y guía

A LA MEMORIA DEL Sr. E.G.D. y con gratitud para su familia.

## INTRODUCCIÓN

El concepto del cuidado, como base del quehacer de enfermería, ha estado presente desde los inicios de la vida humana misma, a través del tiempo ha tenido diversas connotaciones y ha estado en manos de diversidad de personas que de una u otra manera incidieron en su conceptualización actual.

No fue sino hasta finales del siglo XIX, con la presencia de Florence Nightingale, que toma un giro hacia su profesionalización; no obstante, el camino no ha sido fácil ya que ha tenido una marcada influencia exterior, es decir, la práctica de enfermería, desde sus inicios, ha sido estereotipada y marginada, pero esto no ha impedido su avance.

Afortunadamente han existido personas interesadas y comprometidas con la profesión y han puesto en manos de la generalidad sus avances en el terreno científico, llegando hasta hoy día a tener un cuerpo general de conocimientos.

La teoría de enfermería y sus modelos nos permiten a los profesionales poner en práctica diversas metodologías encaminadas a mejorarla, teniendo como base fundamental al cuidado como su esencia.

En otro orden de ideas, es indispensable recordar, que como profesionales de la salud e integrantes de un grupo de trabajo institucional, las enfermeras tenemos una misión de servicio, que es la de otorgar a los usuarios de los servicios de salud de seguridad social; "asistencia holística, de calidad y con alto sentido humano, para ayudarlos a recuperar su salud o, en el caso de

la enfermedad crónico – degenerativa a mejorar su calidad de vida con la finalidad de reincorporarlos satisfactoriamente a su ámbito laboral, familiar y social como lo establece el marco normativo institucional”.<sup>1</sup> De ahí, que en el presente Proceso de Enfermería se integren los conocimientos adquiridos en la formación universitaria con el desempeño laboral profesional ya que en él se aplican elementos teórico – metodológicos, tomando como base y guía el modelo de Virginia Henderson, el cual define los postulados y valores que sustentan el rol de la enfermera; asimismo se desarrolla el pensamiento crítico y reflexivo que coadyuva a proporcionar una atención integral, metódica, científica y resolutive al usuario que se enfrenta a un problema de salud, en este caso en particular, de Alteración de la eliminación urinaria.

El documento contiene, primeramente, la metodología de trabajo, la cual permite hacer factibles las técnicas y procedimientos utilizados para la recolección de la información requerida y las formas de trabajo que permitieron su culminación.

En el primer capítulo, que conforma el marco teórico, se abordan los antecedentes históricos de enfermería, con un enfoque hacia el cuidado como la esencia de la práctica, se menciona el marco conceptual y la teoría; así como el modelo de Virginia Henderson y su aplicación al proceso de atención.

En el segundo capítulo, se hace la aplicación del proceso, propiamente dicho, en donde se presenta el caso, motivo de estudio, y se aplican las etapas del mismo.

---

<sup>1</sup> Parafraseado de la “Misión” contenida en el Programa Estratégico de trabajo del servicio de Medicina Interna del H.G.Z. 1 A “Venados” del IMSS, 2000 – 2005.

El trabajo culmina con algunos comentarios de conclusión y sugerencias, una sección de anexos en el que se abordan aspectos relacionados con las alteraciones de salud en el adulto mayor con diagnóstico médico de Insuficiencia Renal Crónica (IRC), bajo tratamiento dialítico y se incluye también el glosario, la bibliografía consultada y el instrumento utilizado para la valoración de las 14 necesidades básicas.

## **OBJETIVOS**

- Poner en práctica los elementos teórico-metodológicos básicos del modelo de Virginia Henderson en la aplicación de un proceso de atención de enfermería
- Desarrollar el pensamiento crítico, reflexivo, metódico y científico que permita proporcionar una atención de enfermería integral y de calidad al usuario de los servicios de salud de seguridad social
- Coadyuvar, mediante la aplicación del proceso de enfermería, a mejorar la calidad de vida del adulto mayor con Alteración de la eliminación urinaria

## **METODOLOGÍA DE TRABAJO**

Para la construcción del presente proceso se hizo, en primera instancia, una recapitulación del quehacer de enfermería desde una perspectiva histórica de los cuidados enfermeros como el origen de la práctica, analizando los momentos en los que la profesión se vio inmersa en una casi total inactividad, y en los que se vislumbraron los repuntes hacia su profesionalización.

Posteriormente se analizaron los elementos de los modelos como la base científica para el surgimiento disciplinar, de donde partieron las Teorías de Enfermería; en este sentido, se tomó como base y guía el modelo de Virginia Henderson, el cual define los postulados y valores que sustentan el rol de la enfermera y permite concebir al ser humano como un ente biopsicosocial y espiritual con catorce necesidades básicas, universalmente reconocidas, y en las que en condiciones óptimas es perfectamente independiente.

Para la aplicación del proceso, propiamente dicho, se conjugaron los elementos teóricos con la metodología del proceso en el que se desarrollaron las etapas de **Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.**

En la primera etapa se hizo la recopilación de la información necesaria a través de la entrevista, la observación, la revisión documental (expediente clínico) y la exploración física. Cabe mencionar que se realizaron un total de tres entrevistas para esta etapa, dos de ellas al usuario y la tercera a su familia, con el fin de contar con todos los hechos y circunstancias inherentes al paciente. La información se organizó valiéndose de la Guía de Valoración de las Catorce Necesidades Humanas. (ver anexo).

Una vez contando con toda la información, se procedió a elaborar los Diagnósticos de Enfermería, no sin antes haber hecho un profundo análisis de los datos obtenidos, lo que permitió definir la problemática de salud del usuario. Para tal efecto, se consultaron los diagnósticos contenidos en la Taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería NANDA).

Posteriormente se procedió a la elaboración del Plan de Intervenciones y su Ejecución, aquí se plantearon los objetivos, los criterios de resultado y las intervenciones de enfermería, considerando, tanto las de carácter independiente, como las interdependientes.

Finalmente se llevó a efecto la etapa de Evaluación en la que se retomaron los criterios de resultado y los objetivos planteados con el fin de establecer su grado de avance.

Es pertinente mencionar que con el fin de tener siempre presente un panorama general de la situación del paciente, en el Plan de Intervenciones se vuelven a anotar los diagnósticos establecidos, los que para fines prácticos se presentan con letra de menor tamaño. Este mismo patrón se repite al efectuar la Evaluación, en la que además de plasmar nuevamente los diagnósticos, se retoman los criterios de resultado y los objetivos del Plan, igualmente, con letras pequeñas.

La aplicación del Proceso se realizó en el Hospital General de Zona 1 A "Venados" del IMSS, particularmente en el servicio de Medicina Interna, durante la hospitalización del usuario.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

#### 1.1.- EL CUIDADO COMO EL ORIGEN DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

Muchos autores coinciden en que la actividad de *cuidar* es tan antigua como la vida misma, este concepto-“ cuya existencia puede demostrarse analizando las relaciones del hombre con el medio para intentar cubrir sus necesidades básicas y perpetuar la especie”- es inequívoco. “ Las fuentes para argumentar esta hipótesis son los objetos exhumados de los yacimientos prehistóricos así como las constantes de civilización derivadas de las necesidades básicas del ser humano, a cuyo conocimiento accedemos a través de la antropología cultural comparada, y de la arqueología entre otras”.<sup>2</sup>

Es así como “ los hombres, como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, por que cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie”.<sup>3</sup>

“Esta necesidad de asegurar cada día el mantenimiento de las funciones

---

<sup>2</sup> Hernández, C. Juana, *Historia de la Enfermería. Un Análisis Histórico de los Cuidados de Enfermería*, Interamericana. Mc. Graw-Hill, Madrid, 1ª edición 1995 p.53.

<sup>3</sup> Collière, Marie F., *Promover la vida*, Mc. Graw-Hill. Interamericana, Madrid, 1993 p. 5.

vitales da lugar a un conjunto de actividades indispensables de las que se hacen cargo hombres y mujeres que, según los recursos locales, se esfuerzan por atenderlas. Más concretamente, las tareas se organizan alrededor de una serie de necesidades fundamentales: Sustentarse, protegerse de la intemperie, defender el territorio y salvaguardar los recursos”.

“ La organización de estas tareas da origen a la división sexual del trabajo que, precisándose, marcará de forma determinante, según las culturas y las épocas, el lugar del hombre y de la mujer en la vida social y económica”.<sup>4</sup>

“Asegurar la supervivencia era –y sigue siendo- un hecho cotidiano, de ahí una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo: *Cuidar de*. Era necesario cuidar de las mujeres de parto, cuidar de los niños, cuidar de los vivos, pero también de los muertos”.

*“Cuidar es, por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación”.*<sup>5</sup>

La finalidad del cuidado en sus inicios, era asegurar la continuidad de la vida y de la especie, de ahí que el propósito fundamental fuese el de proporcionar cuidados en torno a la fecundidad. También es aquí donde se comienza a tener una concepción de trabajo manual y/o de arte desempeñado en condiciones sociales de desventaja, ya que la práctica era relegada a los

---

<sup>4</sup> Collière, Marie F., *Op. Cit.*, p. 6.

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 7.

esclavos y sirvientes y a las mujeres; quienes eran consideradas “jurídicamente menores y sin posibilidades de desarrollo intelectual”.<sup>6</sup>

Con el advenimiento del cristianismo el amor y socorro a los pobres es una virtud cristiana, lo que conlleva a la institucionalización de los cuidados de enfermería, basados en los conceptos de *ayuda, vocación y caridad*; conceptualización en la que estuvo inmersa hasta el siglo XIX, en el que se desarrolla la obra de Florence Nightingale.

## 1.2.- LA CONCEPCIÓN NIGHTINGALE

La obra de Nightingale se desarrolla dentro del contexto sociocultural inmediato posterior a la revolución industrial, la cual se caracterizó por la expansión de las industrias textiles, la manufactura de bienes de equipo, la modernización de los transportes —con la llegada del ferrocarril— y la concentración de la población obrera alrededor de las fábricas y de las ciudades, que dieron como consecuencia el hacinamiento, la promiscuidad y la insalubridad.

Es así como el trabajo de Florence tiene como propósito fundamental, abatir los posibles estragos sobre la salud derivados de esas condiciones de vida. “Sus cinco puntos esenciales (conocidos actualmente como la teoría del entorno) para asegurar la salubridad de las viviendas son: Aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz”.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Hernández, C. Juana., *Op. Cit.*, p. 69.

<sup>7</sup> *Ibid.*, p 122-123.

En la obra de Nightingale “Notas Sobre Enfermería” están reflejadas las “acciones y los intereses en pro de la mejora de las condiciones de vida existentes, dichas anotaciones se refieren a los aspectos relacionados con la higiene, la alimentación y los fenómenos ambientales que influyen en el bienestar de los individuos.”

Como se ha mencionado anteriormente, “ la enfermería se había basado en una idea de arte y no de ciencia, pero la impotencia de los cuidados llevó a Florence a rechazar las orientaciones que, durante siglos, habían paralizado a la disciplina, y a desear y propugnar su integración en un sistema interdependiente, que le permitiese elaborar, en el futuro y dentro de los límites de la ciencia, una síntesis doctrinal ”.<sup>8</sup>

Sin embargo fue la técnica la que dotó a la enfermería del espíritu de la “Filosofía Nightingale” y la hizo ser dependiente, durante más de un siglo de la enfermedad y la medicina. Aspectos de los que aún hoy, en México, se adolece. Tal vez, si enfermería, en aquél momento histórico, se hubiese provisto de un método de análisis y trabajo riguroso que la acercara a las demás disciplinas, tal y como, en esencia, propugnaban la obra y los escritos de Florence Nightingale, la batalla se hubiera ganado.

Florence Nightingale escribió:

*Ningún sistema puede perdurar si no camina. ¿Nos dirigimos hacia el futuro o hacia el pasado? ¿Estamos progresando o estamos estereotipados?*

---

<sup>8</sup> Hernández, C. Juana, p. 127-128

*Recordemos que apenas hemos cruzado el umbral de la civilización incivilizada en la enfermería; todavía queda tanto que hacer. No estereotipemos la mediocridad. Todavía estamos en el umbral de la enfermería.*

*En el futuro, que yo ya no veré puesto que soy vieja, ¡ojalá que se abra un camino mejor! Que se puedan aprender y practicar métodos para que cada niño, cada ser humano, tenga la mejor oportunidad de salud, métodos para que todas las personas enfermas puedan tener la mejor oportunidad de recuperarse. Los hospitales sólo son una etapa intermedia de la civilización de la que nunca se esperó, dicho sea de paso, que acogiera a toda la población enferma.<sup>9</sup>*

Nightingale 1860

### **1.3.- CORRIENTE CENTRADA EN LA ENFERMEDAD**

A finales de siglo XIX comienzan a generarse una serie de descubrimientos en diversos campos como la química, la física y la tecnología, abriéndose nuevas vías para la práctica de la medicina, desarrollándose cada vez más un enfoque analítico que refuerza la separación de cuerpo y espíritu; así, el cuerpo se convierte en el objeto de la medicina, es portador de la enfermedad cuya mecánica es preciso reparar.

“Esta concepción de la enfermedad influye en las formas de organizar el trabajo. El hospital, en un principio centro de hospedaje y acogida de los

---

<sup>9</sup> Donahue, M. Patricia., *Historia de la Enfermería*, Doyma, Barcelona, 1988 p. 440.

pobres [“] se convierte en un centro de investigación de la enfermedad, de sus terapias y de la investigación fundamental y aplicada”.<sup>10</sup>

“Desde principios del siglo XX y alrededor de las técnicas de investigación y de curación de la enfermedad se elabora una configuración social del hospital que determina una serie de formas de relaciones sociales entre cuidadores y personas cuidadas; derivando en unas relaciones humanas cada vez más impersonales, lejanas, sombrías y divididas; a pesar del deseo implícito de los cuidadores de tener en cuenta todo aquello que es importante para el enfermo”.<sup>11</sup>

Es así como la razón de ser de la práctica de enfermería es el enfermo; pero en calidad del portador de la enfermedad; es decir, el objeto del trabajo de la enfermera es la enfermedad, y a su alrededor se seleccionan y elaboran los conocimientos necesarios.

“Durante la primera mitad del siglo XX, siendo todavía tributaria de los valores morales y religiosos heredados del pasado, la enfermería, poco a poco, se va distanciando haciéndose más médica, valorando la técnica sin por ello dominar, ni siquiera acceder, a la marcha analítica que origina la multiplicación de las tecnologías médicas. Los cuidados de los enfermos se convierten en la técnica. Después en los cuidados técnicos. La enfermedad es la que los determina, la que los orienta”.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Collière, Marie F., *Op. Cit.*, p. 112.

<sup>11</sup> *Ibid.*, p. 113.

<sup>12</sup> *Ibid.*, p. 114.

#### 1.4.- NOCIONES DE LAS TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Desde 1800 hasta el final de la primera guerra mundial, hubo una tendencia general que derivó en la creación de las primeras organizaciones de enfermería, así como la rápida expansión de hospitales y escuelas de enfermería en los mismos.

En dichas escuelas existían programas de formación de tres años y jornadas laborales de ocho horas.

Para los años 20 se hicieron necesarias ciertas modificaciones en los programas educativos, derivadas de las críticas que se recibieron respecto de los programas educativos y como consecuencia se propuso la separación de las escuelas de enfermería de los hospitales y la adecuación de éstas en las universidades.

Entre 1926 y 1934 se promovió la graduación con el fin de establecer las bases docentes de las escuelas, durante este periodo el concepto de enfermería clínica especializada se afianzó, situación que prevaleció durante los años 40.

Todo el trabajo, anteriormente mencionado, fue dando lugar al incremento del profesionalismo, en este sentido, una gran contribución ha sido la evolución de las teorías, cuyo principal propósito ha sido generar un cuerpo de conocimiento general de enfermería siendo el reto a futuro, el replanteamiento y la formulación de hipótesis basadas en éstas, para

posteriormente verificarlas a través de la investigación, ya que sólo mediante ésta se podrá determinar su utilidad verídica al desarrollo del conocimiento.<sup>13</sup>

“ El desarrollo de la teoría es considerado por muchas enfermeras como una de las labores más cruciales a las que se enfrenta la profesión hoy en día. Históricamente, los conocimientos utilizados por las enfermeras se derivaban de las ciencias físicas y de las ciencias de la conducta. Debido a que es una profesión que está emergiendo, la enfermería, está profundamente involucrada, ahora, en la identificación de su base única de conocimientos o la también llamada ciencia de la enfermería. Para la identificación de la base del conocimiento se requiere el desarrollo y el reconocimiento de los conceptos y teorías específicas de la enfermería.

La teoría del desarrollo tuvo su momento en los años 60 y ha progresado marcadamente desde entonces con la ayuda de muchas enfermeras teóricas y la participación de las enfermeras en las conferencias sobre la teoría y en la investigación para clarificar o hacer válidas las teorías”.<sup>14</sup>

Con respecto a las perspectivas teóricas sobre el ser humano vemos que la visión, que de éste tiene la enfermera, influye en las atenciones que le proporciona. Aunque la mayoría de los profesionales reconocen que los seres humanos son entes biopsicosociales, difieren en su visión de ellos como beneficiarios de los servicios de enfermería. Cabe mencionar que las enfermeras teóricas han desarrollado sus puntos de vista a partir de las teorías de sistemas, de adaptación e interactivas.

---

<sup>13</sup> Kozier, Bárbara, *et. al.*, *Enfermería Fundamental I*, Interamericana. Mc. Graw-hill, Madrid, 1993 p. 2-22.

<sup>14</sup> *Ibid.*, p. 61.

“La publicación en 1968 de la obra de Ludwig von Bertalanfly: “Teoría General de los Sistemas”, que es la expresión de una profunda mutación de la evolución científica, influye en los diferentes dominios del conocimiento, entre ellos el de los cuidados de enfermería.

A partir de los años 70, se ve, por tanto, perfilarse dentro de la enfermería la tendencia a reagrupar un conjunto de principios fundamentales en sistemas que se puedan utilizar en los cuidados de enfermería. Sin embargo, la forma de comprender los conceptos desarrollados por la teoría de los sistemas desembocará en formas de utilización muy diferentes”.<sup>15</sup>

Actualmente existe gran diversidad de teorías y modelos de enfermería que presentan toda una gama de pensamientos y enfoques que por el momento sustentan la profesión. Se puede considerar que el desarrollo de la teoría de enfermería se dio a partir de 1859 con Florence Nightingale; quien a través de su escrito “Notes on Nursing” – What It is, What It Is not, nos trasmitió su teoría del entorno.

Posteriormente, toda actividad encaminada a la teoría de enfermería se vio nulificada, y no fue sino hasta 1952 que se vislumbró una nueva actividad en este sentido con la publicación de: “Interpersonal Relations in Nursing” de Hildegard Peplau y con la fundación de la revista “Nursing Research” en la que se animaba al grupo de enfermería a participar en la investigación científica.

---

<sup>15</sup> Collière, Marie F., *Op. Cit.*, p. 212

Después tocó el turno a Virginia Henderson, quien en 1955, al publicarse la 5ª edición del “Textbook of the Principles and Practice of Nursing” de Bertha Harmer, incluyó su propia definición de enfermería (“Definition of Nursing”) la cual fue el punto de partida para que en 1966 publicara su libro: “The Nature of Nursing” , basado en dicha definición.

En la actualidad se identifican aproximadamente 23 teorías que culminan con la publicación de: “Model of Health” de Margaret Newman en 1986.<sup>16</sup>

## **2.- MARCO CONCEPTUAL Y TEORÍA DE ENFERMERÍA**

### **2.1.- ELEMENTOS DE LOS MODELOS**

“La implantación de un marco o modelo conceptual es una forma de enfocar (conceptualizar) una disciplina de manera inequívoca, incluye un lenguaje común y comunicable. Aunque la mayoría de las enfermeras tienen una idea muy clara de su profesión, es necesario que quede bien definida de cara a otros profesionales de la salud y al público.

El marco describe los fenómenos sobre los que se debe basar y regir de forma unívoca la disciplina, marca la pauta de lo que debe hacerse es, en síntesis, un esbozo abstracto o un boceto estructural de algo real.

Ahora bien, una teoría, al igual que un modelo conceptual, se constituye de conceptos y proposiciones, aunque explica con mucho más

---

<sup>16</sup> Wesley, Ruby I., *Teorías y Modelos de Enfermería*, Mc. Graw-Hill. Interamericana, México, 1997 p.5-7.

Después tocó el turno a Virginia Henderson, quien en 1955, al publicarse la 5ª edición del “Textbook of the Principles and Practice of Nursing” de Bertha Harmer, incluyó su propia definición de enfermería (“Definition of Nursing”) la cual fue el punto de partida para que en 1966 publicara su libro: “The Nature of Nursing”, basado en dicha definición.

En la actualidad se identifican aproximadamente 23 teorías que culminan con la publicación de: “Model of Health” de Margaret Newman en 1986.<sup>16</sup>

## **2.- MARCO CONCEPTUAL Y TEORÍA DE ENFERMERÍA**

### **2.1.- ELEMENTOS DE LOS MODELOS**

“La implantación de un marco o modelo conceptual es una forma de enfocar (conceptualizar) una disciplina de manera inequívoca, incluye un lenguaje común y comunicable. Aunque la mayoría de las enfermeras tienen una idea muy clara de su profesión, es necesario que quede bien definida de cara a otros profesionales de la salud y al público.

El marco describe los fenómenos sobre los que se debe basar y regir de forma unívoca la disciplina, marca la pauta de lo que debe hacerse es, en síntesis, un esbozo abstracto o un boceto estructural de algo real.

Ahora bien, una teoría, al igual que un modelo conceptual, se constituye de conceptos y proposiciones, aunque explica con mucho más

---

<sup>16</sup> Wesley, Ruby L., *Teorías y Modelos de Enfermería*, Mc. Graw-Hill. Interamericana, México, 1997 p.5-7.

detalle todos los fenómenos a los que se refiere. El primer objetivo de la teoría es generar conocimientos en un determinado campo, mientras que el marco conceptual representa el método a seguir en lo asistencial, educativo, de administración y de investigación”, que constituyen las principales funciones de la enfermería.<sup>17</sup>

Los modelos conceptuales tienen tres elementos:

\* Supuestos: son premisas que refuerzan el fundamento teórico de los conceptos. Se derivan, por lo general de la práctica y suelen variar de un modelo a otro.

\* Valores: creencias que refuerzan la profesión, son similares en los distintos modelos y contienen un rol propio, servicio dirigido a la satisfacción de las necesidades de salud o enfermedad, se valen de un procedimiento sistemático para hacerlo operativo e implican relaciones interprofesionales e interpersonales (relación enfermera-paciente)

\* Principios: se derivan a partir de las suposiciones y de los valores y deben ser acordes con los propósitos de todos los profesionales de la salud y según el modelo del que se trate, contemplan:

1. Meta de enfermería.- indican hacia donde se dirige la profesión, como se desarrollan los futuros miembros y el ámbito de su desarrollo.

2. Cliente.- es la persona o ser biopsicosocial que debe ser visto en forma holística.

---

<sup>17</sup> Kozier, Bárbara., *Op.Cit.*, p. 61-62.

3. Rol de la enfermera.- persona de la cual su trabajo debe ser requerido, necesitado y aceptado puede ser independiente e interdependiente.

4. Origen de los problemas.- utiliza un método para clasificar los problemas del cliente.

5. Enfoque de la actuación.- se determina según el modelo del que se trate.

6. Formas de actuación.- especifican la mejor forma de ayudar al cliente y están estrechamente ligados al enfoque.

7. Consecuencias.- son el reflejo del objetivo de la enfermería y el concepto del cliente.<sup>18</sup>

Para el establecimiento de enfermería como una profesión debe contar con conocimientos, destrezas y preparación especial y sus miembros deben estar comprometidos con su práctica, a fin de conjugar una agrupación con intereses afines y de defensa de la autonomía. Las funciones que de ello se derivan son:

- \* Definición y regulación profesional estableciendo criterios educativos, el desarrollo de una base de conocimientos que unifique y facilite la práctica y la transmisión y defensa de valores, normas, conocimientos y técnicas.

- \* Un cuerpo ético que dicte los valores y las normas de la profesión.

---

<sup>18</sup> Kozier, Bárbara. *Op. Cit.*, p 63-64.

\* La imprescindible autonomía que permita el libre desarrollo de la profesión.<sup>19</sup>

## 2.2.- DEFINICIÓN Y PARADIGMA DE ENFERMERÍA

Hasta aquí hemos visto que los modelos y las teorías enfermeras intentan definir y describir la disciplina, proporcionan información sobre la definición y la práctica de, los principios que forman los fundamentos para la práctica, así como sus objetivos y funciones.

La primera definición de enfermería fue dada por Nightingale, como ya se ha mencionado, en su libro “Notas sobre Enfermería”; en donde se definía como: “la encargada de la salud personal de alguien... y lo que la enfermería tiene que hacer... es poner al cliente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”.

La naturaleza de la enfermería es compleja, continuando hasta nuestros días los intentos por definirla; así, los teóricos desarrollan sus definiciones basándose en sus propios modelos.

Por otro lado, además de las personas que han tratado de definirla también existen organizaciones que se han dado a esta tarea, una de las cuales es la American Nurses’ Association (ANA), la que en 1980 publicó su propia definición: “La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales”.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Kozier, Bárbara. *Op. Cit.*, p. 5-8.

<sup>20</sup> Iyer, Patricia W., *et. al.*, *Proceso y Diagnósticos de Enfermería*, Mc.Graw-Hill. Interamericana, México, 1997 p. 2-4.

De igual manera, la enfermería se ha definido también en términos de funciones o de roles que en la práctica se pueden dividir entre funciones independientes y funciones interdependientes. Las primeras son aquellas consideradas dentro del campo del diagnóstico y tratamiento de enfermería, y no requieren de la indicación de un médico o de otro profesional de la salud; en tanto que las segundas, son las que se realizan conjuntamente y bajo la prescripción de otros miembros del equipo de salud, en la mayoría de los casos, por el médico.<sup>21</sup>

Al realizar un análisis de las diversas teorías existentes se concluye que, aunque existen algunas diferencias significativas, igualmente existen puntos de acuerdo entre las teóricas y sus modelos ya que en esencia abordan cuatro aspectos fundamentales que constituyen “**El Paradigma de Enfermería**”:

- \* **Persona**, que es el individuo, la familia y/o la comunidad.
- \* **Entorno**, que son todas las interacciones entre los seres humanos, así como el aspecto físico del mismo.
- \* **Salud**, que es una necesidad humana. y
- \* **Enfermería**, como arte, disciplina, proceso y/o profesión, que mediante sus acciones y funciones tiene la finalidad de mantener, recuperar e incrementar el bienestar del cliente; con un enfoque holístico, basado en los valores distintivos como son: vocación, servicio, ayuda y una fuerte connotación humanística.

---

<sup>21</sup> Iyer, Patricia W, *Op. Cit.*, p. 5-6

### 3.- EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

#### 3.1.- CONCEPTOS BÁSICOS

Es sabido que Virginia Henderson no pretendió elaborar una teoría de enfermería, sino que lo que le causaba preocupación, era constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera, más aún, los libros que en su época, pretendían ser los básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles eran sus funciones, y sin este elemento primordial no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

En 1966 publica el libro “The Nature of Nursing” (La Naturaleza de Enfermería) en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

*“ La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”.<sup>22</sup>*

A raíz de esta definición se desligan una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.

---

<sup>22</sup> Fernández Ferrín, Carmen, et. al., *El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos*, Masson-Salvat, Barcelona 1995 p. 3-4

**La persona constituye para Henderson el objeto de los cuidados, el ser humano único y complejo con componentes o dimensiones biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales con 14 necesidades básicas que se mantienen en estrecha interrelación lo cual es una manera de ver al individuo desde un punto de vista holístico; es decir nos permite una visión del ser humano en su totalidad, por otro lado, al quedar satisfechas estas 14 necesidades en el individuo, se mantiene su integridad y se promueve su desarrollo y crecimiento.**

Dichas necesidades son:

- \* Necesidad de oxigenación
- \* Necesidad de nutrición e hidratación
- \* Necesidad de eliminación
- \* Necesidad de moverse y mantener una buena postura
- \* Necesidad de descanso y sueño
- \* Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas
- \* Necesidad de termorregulación
- \* Necesidad de higiene y protección de la piel
- \* Necesidad de evitar los peligros
- \* Necesidad de comunicarse
- \* Necesidad de vivir según sus creencias y valores
- \* Necesidad de trabajar y realizarse
- \* Necesidad de jugar/participar en actividades recreativas
- \* Necesidad de aprendizaje

“Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 Necesidades Básicas vienen determinadas, como se ha mencionado anteriormente, por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes”.<sup>23</sup>

Ahora bien, **la salud** es determinada, según Henderson, por el grado de satisfacción de las 14 necesidades de acuerdo con los criterios de **Independencia, Dependencia y Causas de la dificultad o problema**. En este sentido, y desde una filosofía humanista considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales y que buscan y tratan de lograr la independencia. Por lo tanto, la satisfacción de las 14 necesidades por el propio individuo y de forma continuada, conlleva a un estado óptimo de salud. Cuando esto no es posible aparece la dependencia que se debe a tres causas, las cuales constituyen, **las causas de la dificultad o problema**, y se identifican como: **falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad**.

Para profundizar en los conceptos, anteriormente mencionados tenemos que:

---

<sup>23</sup> Fernández Ferrín, Carmen, *Op. Cit.*, p. 4-5.

\* **Independencia** es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

\* **Dependencia** es, por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por el otro, es posible que se realicen actividades que no resultan adecuadas o son insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

\* **Las causas de la dificultad** son los obstáculos o limitaciones, personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades; siendo :

\* **La falta de fuerza**, fuerza, no solo entendida como la capacidad física o habilidad mecánica de las personas, sino también como la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, el estado de las funciones psíquicas, la capacidad intelectual, etc.

\* **La falta de conocimientos**, en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios o ajenos disponibles.

\* **La falta de voluntad**, entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Es importante mencionar que la presencia de alguna o de las tres causas de dificultad, pueden dar lugar a una dependencia total o parcial; así como temporal o permanente situaciones que, dicho sea de paso, determinan, a la hora de planificar la intervención de enfermería, el tipo de actuación; a saber, **de suplencia o ayuda**.

En cuanto al **Rol Profesional**, Henderson determina que los cuidados básicos de enfermería son acciones que lleva a cabo la enfermera en el

desarrollo de su función propia, actuando de acuerdo a **criterios de suplencia o ayuda según el nivel de dependencia identificado**; sin olvidar que éstos están íntimamente relacionados con el concepto de necesidades básicas. Los cuidados básicos de enfermería son un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, que desde el punto de vista de ésta teórica, son universales en el ser humano, pero que, sin embargo, varían de acuerdo a la interpretación de cada persona; de ahí que surja el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Con respecto a la contribución de las enfermeras con el equipo multidisciplinario, Henderson, establece que ningún miembro del grupo debe exigir del otro, actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia, ya que las acciones en conjunto deben ir encaminadas hacia la planificación y ejecución de un programa global para mejorar, recuperar o evitar el sufrimiento en la hora de la muerte del usuario. Respecto al paciente, afirma que **todos los miembros del grupo de salud, deben considerar a la persona que atienden como la figura central de la asistencia.**

Por otro lado, y con relación al **entorno**, se ha criticado a Henderson por no incluir dentro de su modelo este concepto de una manera específica, sin embargo este aspecto si es mencionado, algunas veces de manera implícita y otras de manera explícita; ella da especial relevancia a los aspectos socioculturales y del entorno físico; situaciones que son contempladas sistemáticamente en la descripción de las características de las 14 necesidades básicas y de los factores que las influyen.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Fernández Ferrín, Carmen, *Op. Cit.*, p. 5-9.

Con base a los conceptos que se han mencionado, podemos definir los **postulados y valores** del modelo de Henderson los que, como se ha mencionado con anterioridad, sustentan el rol de la enfermera; a saber:

**POSTULADOS:**

- \* Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- \* El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- \* Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está “completo”, “entero” “independiente”.

**VALORES:**

- \* La enfermera tiene funciones que le son propias.
- \* Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no cualificado.
- \* La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Phaneuf, Margot, *Cuidados de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería*, Mc. Graw-Hill, Madrid, 1993 p. 18.

## **4.- ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA CON BASE AL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON**

### **4.1.- CONCEPTO DE PROCESO DE ENFERMERÍA**

Es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos. Es organizado y sistemático por que consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados en los cuales se realizan acciones intencionadas pensadas para maximizar los resultados a largo plazo. Está caracterizado por su humanidad porque el plan de cuidados se desarrolla y se pone en práctica de forma que los intereses e ideales únicos del consumidor y de las personas significativas para él, reciban la mayor consideración. El proceso de enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia y el grado de satisfacción y progreso del paciente.<sup>26</sup>

### **4.2.- ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA**

\* **Valoración.** En la fase de valoración se reúne y examina la información (datos) con el fin de obtener todos los hechos necesarios para determinar el estado de salud del paciente y describir sus capacidades y problemas. El tipo de datos que se obtienen son subjetivos, que son los que describen la perspectiva individual del cliente o su familia ante una situación o acontecimiento; por lo general están manifestados por las percepciones (síntomas), sentimientos e ideas propias. Estos datos los obtiene la enfermera

---

<sup>26</sup>Alfaro, Rosalinda, *Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica*, Mosby-Doyma, Madrid 1996 p. 6.

al aplicar las entrevistas con fines de conformar la historia clínica de enfermería.

Por otro lado, existen los datos objetivos, que consisten en información observable y medible (signos), que por lo regular se obtienen a través de los sentidos ( vista, olfato, oído y tacto) y/o con la ayuda de algunos aparatos médicos durante la exploración física del usuario. Asimismo existen los datos históricos y actuales; los primeros se refieren a acontecimientos que han tenido lugar en el pasado (antecedentes patológicos y no patológicos) y que de alguna manera pueden estar incidiendo en el estado de salud actual. Por contraste, los segundos se refieren a los acontecimientos que suceden en el momento de la valoración. La conjugación de todos estos datos darán como resultado el contenido de la historia clínica del usuario.

El proceso de recolección de datos tiene dos características importantes: es sistemática y continua. Es continua porque hay que recordar que el proceso de enfermería, en su conjunto, es continuo ya que las valoraciones repetidas permiten identificar otras respuestas que se puedan desarrollar durante la hospitalización, el proceso de enfermedad, el tratamiento, etc. Es sistemática porque se efectúa de manera ordenada para lo cual se utilizan diversos enfoques tales como: de la cabeza a los pies, por aparatos y sistemas corporales, por características de salud funcional y por tipos de respuestas humanas (que son 9), siendo las de este último rubro de intercambio de comunicación, de relación, de valores, de elección, de movimiento, de percepción, de conocimiento y de sentimientos<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Iyer, Patricia, *Op. Cit.*, p. 35-76.

\* **Diagnóstico.** Una vez teniendo todos los hechos necesarios, se determinan las capacidades (que precisan ser reforzadas y usadas al desarrollar el plan de cuidados) y los problemas de salud, reales y potenciales del cliente. También se determina que problemas pueden resolverse mediante intervenciones independientes de enfermería y cuales requerirán actuaciones que deben ser prescritas por un médico u otro profesional de los cuidados de la salud.

Debido a que esta etapa del proceso requiere de un conocimiento especial y concienzudo para su aplicación, ya que del adecuado planteamiento de los diagnósticos partirán los objetivos y las intervenciones de enfermería, más adelante se analiza con mayor detenimiento la taxonomía de la NANDA.

\* **Planificación.** La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo. La planificación incluye las siguientes actividades:

- Establecimiento de prioridades, que permite jerarquizar los problemas por su relevancia y/o urgencia.
- Determinación de objetivos, que indiquen lo que será capaz de hacer o conseguir el cliente.
- Desarrollo de las intervenciones de enfermería, que describen la forma en que la enfermera puede ayudar al cliente a conseguir los objetivos.

▪ Documentación del plan de cuidados de enfermería, ya que otras enfermeras necesitan conocer el plan de cuidados prescrito y los objetivos que se esperan lograr y para dar continuidad a las intervenciones.<sup>28</sup>

\* **Ejecución.** Es el comienzo del plan de cuidados, se desarrolla a través de tres etapas:

▪ Preparación, que consiste en la revisión de las intervenciones, las cuales deben ser acordes con el plan de cuidados establecido. Se deben analizar los conocimientos y habilidades del profesional de enfermería como requisito exigido para la ejecución, que conlleva el reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a las actividades específicas. Se debe contar con el aprovisionamiento de los recursos materiales necesarios. Finalmente, debe hacerse hincapié a la preparación de un entorno adecuado y seguro que permita proteger al cliente de posibles lesiones.

▪ Intervención, que es la ejecución de los cuidados de enfermería, propiamente dichos, encaminados a conseguir los objetivos del plan, y que generalmente se circunscriben al reforzamiento de las cualidades del cliente, ayuda en la realización de las actividades de la vida diaria, coordinación intra e inter disciplinaria y educación para la salud

▪ Documentación, el registro completo y exacto de los acontecimientos alrededor de los cuidados de enfermería es a la vez un valioso instrumento de comunicación entre el personal, durante las 24 horas de día, y

---

<sup>28</sup> Iyer, Patricia, *Op. Cit.*, p. 157-197

un requerimiento legal que evidencia la aplicación de los tratamientos, tanto médicos como de enfermería. Los formatos varían de una institución a otra.<sup>29</sup>

\* **Evaluación.** En la fase final del proceso se establece interacción con el usuario a fin de determinar el grado de avance y satisfacción de los objetivos fijados durante la planeación, así como el desarrollo de nuevos problemas que requieran un diagnóstico y prescripción de nuevos tratamientos y/o el replanteamiento de otros.<sup>30</sup>

#### 4.3.- TAXONOMÍA DE LA NANDA

Como se ha mencionado con anterioridad, en la segunda del proceso, se efectúa el análisis y síntesis de los datos obtenidos en la fase de valoración, con el fin de determinar los diagnósticos enfermeros, los que a su vez, marcan las directrices para la planeación y ejecución de las intervenciones de enfermería.

Existen varias formas de expresar los diagnósticos de enfermería; sin embargo el sistema más utilizado es el desarrollado por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (North American Nursing Association, NANDA); la que en 1973 publicó la primera lista de diagnósticos aprobados, dentro de la "Primera Conferencia Nacional sobre clasificación de los Diagnósticos de Enfermería" y el que fue adoptado por la

---

<sup>29</sup> Iyer, Patricia, *Op. Cit.*, p 224-249

<sup>30</sup> *Ibid.*, p 288-296.

Asociación Americana de Enfermería (American Nurses' Association, ANA), como el sistema oficial de los Estados Unidos de Norteamérica en 1988.

Se ha establecido todo un proceso para la revisión y aprobación de los diagnósticos de enfermería para lo cual la NANDA se reúne, consecutivamente, cada dos años, desde 1982. En este sentido y para que una propuesta de diagnóstico sea revisada, debe ser compatible con la definición de la asociación, de un diagnóstico de enfermería; debiendo contar con todos o algunos de los siguientes elementos:

\* **Designación (título o etiqueta).** Que constituye el nombre del diagnóstico y ofrece una descripción concisa del problema.

\* **Definición.** Que ofrece una descripción clara y exacta del diagnóstico.

\* **Características definitorias.** Que se refieren a las conductas o signos y síntomas clínicos que son manifestaciones del diagnóstico.

\* **Factores relacionados o factores de riesgo.** Que son las situaciones o circunstancias que pueden causar o contribuir al desarrollo del diagnóstico tales como: factores ambientales, elementos fisiológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad a un acontecimiento nocivo, por tanto el diagnóstico es potencial.

Por lo general los diagnósticos aprobados suelen aparecer en tablas ordenadas alfabéticamente; pero en 1978 la NANDA convocó a una reunión en la que catorce teóricos de enfermería coincidieron en clasificar los diagnósticos según su "Taxonomía", bajo los nueve "Patrones de Respuestas

Humanas” que reflejan la forma en que interaccionan los individuos en el entorno que los rodea en todas y cada una de las etapas del ciclo vital y ante cualquier situación.<sup>31</sup> Cada diagnóstico aprobado ha sido incluido en cada una de las nueve clases, las cuales son:

- \* De intercambio.- consiste en dar y recibir a la vez.
- \* De comunicación.- consiste en el envío de mensajes.
- \* De relación.- consiste en el establecimiento de vínculos.
- \* De valoración.- consiste en la asignación de un valor relativo.
- \* De elección.- consiste en la elección alternativas.
- \* De movimiento.- que implica actividad.
- \* De percepción.- consiste en la recepción de información.
- \* De conocimiento.- que implica el significado asociado a la información.
- \* De sentimientos.- consiste en el conocimiento subjetivo de información.<sup>32</sup>

Los diagnósticos también se clasifican en Reales, Potenciales y Posibles. Se considera un diagnóstico Real el que, a partir de la valoración de enfermería, reúne todos los datos confirmatorios de su existencia. El diagnóstico Potencial se define cuando no está presente en el momento de realizar la valoración, aunque existen indicios/riesgos suficientes que pueden llevar a su aparición posterior. Finalmente, un diagnóstico es Posible cuando

---

<sup>31</sup> Iyer, Patricia., *Op. Cit.*, p. 122-123.

<sup>32</sup> *Ibid.*, Tabla 4-3 (modificada) “Taxonomía de la NANDA I: Patrones de respuestas humanas”, p.127.

los datos recogidos en la valoración nos indican la probabilidad de su presencia, aunque faltan datos para confirmarlo o negarlo.<sup>33</sup>

El diagnóstico de enfermería se conforma, por lo general, de dos partes unidas por la frase “relacionado con”; sin embargo pueden darse algunas variaciones en su construcción determinadas por: múltiples factores relacionados o de riesgo, factores relacionados o de riesgo desconocidos, diagnósticos con un enunciado o diagnósticos de tres enunciados; en cuyo caso, el primer enunciado es la respuesta humana, el segundo son los factores relacionados o de riesgo y el tercero lo constituyen los indicios, signos y síntomas o características definitorias presentes; en este caso se deben anteponer, antes del tercer enunciado, las palabras “como se demuestra por” o “manifestado por”.

Al redactar un diagnóstico, y para el primer enunciado, se comienza anotando la respuesta humana que identifica la forma en que el cliente responde a un estado de salud o enfermedad; asimismo se puede clarificar el grado hasta el que está presente el tipo de respuesta identificado con el uso de exposiciones modificables o calificativas, tales como: alteración, alto riesgo, disminución, déficit, exceso, por defecto, etc.

El segundo enunciado, que está constituido por los factores relacionados o de riesgo (etiología); se identifican con el fin de prevenir, reducir o aliviar una respuesta en el cliente.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> Fernández Ferrín, Carmen, *Op. Cit.*, p. 43

<sup>34</sup> Iyer, Patricia., *Op. Cit.*, p. 124-137.

#### 4.4.- APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON AL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Como marco conceptual, el modelo de Henderson, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las etapas del proceso de enfermería, lo cual se evidencia al establecer una analogía entre la estructura taxonómica de la NANDA y el modelo de Henderson, donde queda demostrada la compatibilidad de aplicación entre ambos aspectos:<sup>35</sup>

<b>Modelo de Henderson</b>	<b>NANDA</b>
Definición del problema de dependencia	Etiqueta diagnóstica de la NANDA
Datos de dependencia	Características definitorias mayores y menores
Causa de la dificultad (fuerza, conocimiento, voluntad)	Factores etiológicos relacionados/contribuyentes

Como se ve en las etapas de Valoración y Diagnóstico, dicho modelo, sirve de guía en la recolección de datos y en el análisis y síntesis de los mismos, y es donde se determina el estado de independencia/dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades, las causas de la dificultad en tal satisfacción, la interrelación de unas necesidades con otras y la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas; datos con los que se puede proceder a elaborar los diagnósticos de enfermería (etiqueta diagnóstica).

<sup>35</sup> Fernández Ferrín, Carmen, *Op. Cit.*, p. 42.

En las etapas de Planificación y Ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia con base a las causas de la dificultad detectadas, se elige el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y se determinan las actividades de enfermería que involucren al individuo, siempre que sea posible, en su propio cuidado.

Finalmente en la etapa de Evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de intervenciones; esto es en función de que nuestra meta como enfermeras es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Evidentemente esto no significa que se le proporcione la independencia, sino que la actuación de enfermería va encaminada a ayudarlo a alcanzarla por sí mismo, de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Fernández Ferrín, Carmen, *Op. Cit.*, p. 9-10.

## CAPÍTULO II

### APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

#### 1.- VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

##### 1.1.- VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

###### \* NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Datos de independencia: automatismo respiratorio

Datos de dependencia: dificultad respiratoria que se exacerba con la actividad, presenta frecuencia cardíaca de 68x', presión arterial de 190/150, taquipnea de 35x', se ausculta ruidos respiratorios y acúmulo de secreciones, presenta tos esporádica con flemas, la cual trata de reprimir porque le estimula el dolor abdominal. Cursa con ortopnea ya que requiere de tres almohadas para dormir. La coloración de su piel es pálida/terrosa, con lechos ungueales pálidos y llenado capilar lento. Tiene una Biometría hemática con hemoglobina de 8.5 gr/dl. Requiere de ministración de oxígeno por puntas nasales a 3lts. por minuto y cambios posturales frecuentes para disminuir la compresión que le produce el abdomen.

###### \* NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Datos de independencia: tiene capacidad para alimentarse por sí mismo

Datos de dependencia: presenta problemas para la masticación ya que carece de muelas y dientes superiores (adoncia) y cuenta con una placa móvil,

refiere tener sabor metálico; así como náuseas y vómitos que no le permiten tolerar los alimentos. Tiene incremento de peso (70 kg. con talla de 1.58 mts.) por la retención de líquidos y la permanencia de solución dializante en cavidad peritoneal, que se cuantifica en aproximadamente 3000 a 3500 ml. Presenta mucosas orales poco hidratadas. Cuenta con una glucemia venosa de 264 mg y un destrostix de más de 250 mg. Asimismo presenta datos compatibles con desequilibrio hidroelectrolítico, que se manifiesta por anasarca, sodio de 142 mg y potasio de 6.13 mEq/dl.

#### \* NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Datos de independencia: mantiene control de esfínteres

Datos de dependencia: desde la presencia de la uremia han ido decreciendo las micciones en cantidad y frecuencia, la orina es concentrada y presenta oliguria de entre 100 a 150 ml. de orina en 24 horas. Tiene una Creatinina sérica de 8.6 mg. y una Depuración de Creatinina de 16.6 ml/min. Asimismo desde el evento de uremia presenta evacuaciones diarreicas intermitentes y vómitos frecuentes. Tiene edema generalizado y distensión abdominal a causa de la retención de solución dializante en cavidad peritoneal estimada entre 3000 a 3500 ml.

#### \* NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Datos de independencia: se moviliza por sí mismo en la cama

Datos de dependencia: se encuentra debilitado, con una postura forzada por la necesidad de utilizar tres almohadas para mejorar su respiración.

Necesita ayuda para la deambulaci3n por la p3rdida de las falanges del pie izquierdo, se apoya en un bast3n, sin embargo su marcha es lenta e insegura. Manifiesta tener dolor de huesos (ostealgias), astenia y adinamia, sntomas los cuales son compatibles con osteodistrofia renal, asimismo presenta manifestaciones de alteraciones neuro-musculares por su incapacidad para concentrarse, su fatigabilidad e insomnio.

**\* NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO**

Datos de independencia: no valorable

Datos de dependencia: refiere insomnio, sobre todo cuando est3 hospitalizado, empieza a conciliar el sueño entre las cuatro y cinco de la mañana, pero ya no puede dormir por la actividad del hospital, se observa ansioso y deseoso de egresar lo m3s pronto posible. Refiere que el prurito tampoco lo deja dormir. Presenta neuropatía perif3rica manifestada por movimientos involuntarios de ambos miembros inferiores.

**\* NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS**

Datos de independencia: su vestimenta es adecuada a su edad, tiene la capacidad para vestirse/desvestirse por s3 mismo.

Datos de dependencia: tiene la costumbre de que su esposa sea quien lo vista. Se califica de poco adaptable a las temperaturas frías (es “friolento”).

**\* NECESIDAD DE TERMORREGULACI3N**

Datos de independencia: no valorable

Datos de dependencia: al tacto su piel se siente fría y el se califica como poco adaptable a las temperaturas bajas, necesita siempre estar cubierto con un cobertor y con calcetas. Se cuantifica temperatura axilar de 36.3 grados C.

\* NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Datos de independencia: se asea con regularidad.

Datos de dependencia: tiene alteraciones dermatológicas que se manifiestan por su piel seca pálida/terrosa y grisácea, debido a la presencia de pigmentos de urocromo, es pruriginosa y con poco sudor, tiene cabello escaso y uñas reseca y quebradizas. Se percibe aliento con olor a orina (“fedor uremicus”). Se observa ligero eritema en la piel alrededor del sitio de inserción del catéter.

\* NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Datos de independencia: es cuidadoso al realizar sus actividades de la vida cotidiana. Se siente apoyado por su familia.

Datos de dependencia: no ha podido seguir las recomendaciones médicas para evitar complicaciones de su enfermedad, llegando a padecer descompensaciones que lo han llevado a la pérdida de los dedos del pie izquierdo y a la nefropatía diabética. Actualmente se encuentra imposibilitado para canalizar adecuadamente las situaciones de tensión, lo cual le genera mucho estrés.

### \* NECESIDAD DE COMUNICARSE

Datos de independencia: mantiene buenas relaciones con sus hijos y esposa, y en general con todo el equipo de salud.

Datos de dependencia: se siente mal consigo mismo porque se da cuenta de sus pérdidas, lo que conjuntamente con su patología lo han llevado a un estado de apatía, retraimiento, incapacidad para concentrarse y ser poco cooperador con su tratamiento y quiere que su hija asuma esta responsabilidad.

### \* NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Datos de independencia: es católico no-practicante y conserva los valores de la familia y la moral.

Datos de dependencia: tiene dificultad para adaptarse a los diferentes roles, como el de padre y paciente.

### \* NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Datos de independencia: siempre ha trabajado para mantener y sacar adelante a su familia y se siente satisfecho por eso.

Datos de dependencia: manifiesta frustración por no poder seguir trabajando a causa de sus problemas de salud.

### \* NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Datos de independencia: le gusta la música y por el momento es su único distractor.

Datos de dependencia: añora los tiempos en que podía ir a bailar con su esposa y lamenta ya no poder hacerlo.

\* NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Datos de independencia: no valorable

Datos de dependencia: su nivel de educación es bajo y refiere no haber necesidad de aprender más. Muestra indiferencia al aprendizaje de actividades que le ayuden a resolver o minimizar sus problemas de salud, relega esto a sus hijos, sobre todo, a su hija menor.

## 1.2.- COMPOSICIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR

Con la finalidad de contar con todos los elementos necesarios para poder otorgar al Señor E., una atención de enfermería en forma holística y con un alto sentido humano, a continuación se procede a hacer una narrativa de hechos y circunstancias relativas a sus antecedentes personales y de su entorno, que pueden estar incidiendo, de alguna manera, en su problemática de salud actual.

La familia de don E. se encuentra integrada por:

PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN
Esposa	61 años	Hogar
Hijo	30 años	Comerciante de carne en los tianguis
Hija	28 años	Casada, dedicada al

		hogar, vive en Veracruz
Hija	25 años	Casada, dedicada al hogar, vive en Querétaro
Hija	23 años	Casada, dedicada a policía auxiliar, vive en el D. F.
Hijo	18 años	Soltero, es estudiante de bachillerato
9 nietos menores de	edad, el mayor cuenta	con 10 años

En cuanto a la dinámica familiar, se puede mencionar que las relaciones interpersonales y familiares son, en términos generales, buenas y aunque todos los hijos y la esposa se preocupan por el estado de salud del Sr. E., no todos participan activamente en su cuidado, en este sentido, las personas significativas para él son su esposa, su hija menor y su hijo mayor.

La esposa también se encuentra enferma de Diabetes Mellitus tipo II; y a pesar de que apenas está iniciando la etapa de la 3ª edad su estado general es muy deteriorado, aún con ello trata de participar lo más que puede en el cuidado de su esposo.

El hijo mayor, no obstante que no vive con ellos en su domicilio, es el que más se involucra, junto con su hermana menor, en la atención de su papá, además de que es quien lo tiene asegurado en el IMSS.

Dos de sus hijas no viven en la ciudad y con muy poca frecuencia lo visitan, por ende no se ocupan de él. La hija menor es quien más se ha involucrado en la atención de don E.; además de quien es la que se ha tratado

de responsabilizar del tratamiento dialítico de su papá: sin embargo ella tiene una limitante que es su esposo e hijo, quienes absorben gran parte de su tiempo, aunado a que su esposo participa poco de la problemática de la familia. Incluso esta hija ha conseguido un trabajo de Policía Auxiliar dentro del hospital (empleo que consiguió a través del servicio de Trabajo Social) para tratar de solventar un poco los gastos y para estar más pendiente del cuidado de su papá, cuando se encuentra hospitalizado.

La razón por la que el Sr. E. hasta el momento no ha podido cambiar de la modalidad de DPI (Diálisis Peritoneal Intermittente) a la de DPCA (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria), es porque ni él mismo ni ningún integrante de la familia se han responsabilizado, por completo, del manejo dialítico en su domicilio. Cabe mencionar que don E. fue sometido al tratamiento de diálisis a causa de una crisis de Uremia que se presentó, sin signos ni síntomas previos, según comenta, desde el mes de enero, tiempo en el que ya debería haber asumido la modalidad de DPCA.

Por otro lado, es pertinente mencionar que el Sr. E. fue huérfano, vivió su infancia en un orfanatorio y no conoció a sus familiares; a la edad de 18 años salió de esa institución, solamente habiendo cursado el segundo año de primaria, desde entonces se dedicó a la venta de carne. Se casó y procreó 7 hijos (cinco mujeres y dos hombres). Ha tratado de educarlos en una familia integral y bajo estrictos valores morales.

Refiere haber sido fumador desde la adolescencia, consumiendo de tres a cuatro cigarros al día, no relaciona este hábito con su estado emocional y ha dejado de fumar desde hace dos años. También tuvo el hábito del alcoholismo,

llegando a la embriaguez, mínimo una vez por semana, pero hace ya un año que no lo ingiere. Menciona que, a pesar de saberse diabético, no ha podido mejorar sus hábitos alimentarios ni llevar las indicaciones médicas para su control ya que le gustan mucho los “antojos”.

Hace ocho años presentó pie diabético (necrobiosis) y tuvieron que amputarle todas las falanges del pie izquierdo; desde entonces requiere de ayuda para desplazarse y se apoya en un bastón, también tuvo que dejar de manejar y ya no pudo dedicarse del todo a su trabajo, dejando esta responsabilidad a su hijo mayor. Debido a su trabajo estaba acostumbrado a levantarse a las cuatro de la mañana y ahora que ya no realiza esta actividad, padece de insomnio, logrando conciliar el sueño hasta las seis de la mañana.

Desde que se casó, hace 31 años, el Sr. E., sin encontrar un motivo o razón, adoptó la costumbre de que su esposa lo vistiera, hábito que en la actualidad se ha incrementado.

Hace cuatro años, aproximadamente, asaltaron la casa de don E., llevándose gran parte de sus pertenencias, los asaltantes los mantuvieron amagados a él, a su esposa y a su hija e hijo menores y, aunque no les profirieron daños físicos, el Sr. E. quedó muy impresionado por este hecho, al grado de que cuando lo platica, las personas que lo escuchan piensan que los acontecimientos son muy recientes.

Don E. nunca consideró necesario estudiar más, sólo se dedicó a su trabajo y sus distracciones eran asistir a las luchas, andar en bicicleta e ir a bailar con su esposa.

Con relación a su padecimiento actual, se ha de mencionar que El Sr. E. G. D. ingresa el día 6 de junio del 2000 a las 12:00 para la realización de su tratamiento dialítico, refiriendo disfunción del catéter de Tenckhoff, tanto para los ingresos, como para los egresos. (En la semana anterior fue dado de alta con indicación de que se realizaran baños domiciliarios a partir del día lunes 5 de junio; en un intento por integrarlo a la modalidad de DPCA, y su hija se había comprometido para ello, pero se presentó la problemática de disfunción del catéter; razón por la cual ingresa).

A su llegada se observa consciente, fatigado, pálido/terroso, con facie característica de dolor, con edema generalizado y abdomen distendido, en el que se observa inserción de catéter de Tenckhoff con tapón, con ligero enrojecimiento alrededor de la piel y refiriendo tener en cavidad peritoneal la solución, casi completa, de los dos últimos baños; pues no pudo egresar el líquido a pesar de los intentos que se hicieron en su domicilio; por lo que, además de todo se siente desilusionado del poco éxito obtenido.

Refiere también, astenia, adinamia, fatigabilidad y dolor abdominal al caminar.

### **1.3.- ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LOS DATOS**

El Sr. E. G. D. es un usuario de los servicios de salud del IMSS, con Alteración de la eliminación urinaria, secundaria a Nefropatía Diabética. Padece Diabetes Mellitus Tipo II como patología de base de 30 años de evolución, la cual ha sido tórpida a causa de un inadecuado control, tanto

médico como dietético. Actualmente se encuentra dentro del programa de Diálisis Peritoneal Intermittente (DPI) por lo que acude cada semana a la realización del procedimiento y debido a que con frecuencia presenta disfunción del catéter de Tenckhoff y por ende del proceso dialítico, se hospitaliza en el servicio de Medicina Interna (piso 3° poniente) del Hospital General de Zona 1-A “Venados”

El Sr. E. Nació el 15 de julio de 1932, por lo que actualmente cuenta con 68 años de edad, es un paciente del sexo masculino, en la etapa de la vida de adulto mayor y presenta los cambios esperados para su edad, tales como: pérdida auditiva, disminución del sentido del olfato y del gusto, adelgazamiento de la piel y cabello, etc.; así como la disminución de la función integradora del sistema nervioso, que lo han llevado a una baja en su capacidad de reserva hacia la presencia de estrés. Conjuntamente a estas alteraciones físicas y emocionales, su estado se encuentra vinculado a varios procesos patológicos que van desde su problema de base que es la Diabetes Mellitus tipo II, hasta las complicaciones de Neuropatía Diabética que lo llevó a la pérdida de las falanges del pie izquierdo; así como a una Nefropatía Diabética y Uremia que lo han puesto al borde de la muerte.

A través de la valoración de enfermería se ha logrado determinar que don E. cursa con Alteraciones de la eliminación urinaria, diagnosticada médicamente como una Insuficiencia Renal Crónica en Etapa Avanzada, la cual ha sido corroborada mediante exámenes de laboratorio y a través de las manifestaciones de las múltiples alteraciones patognomónicas de este problema de salud.

En este internamiento se han agregado otras complicaciones; una relativa a la descompensación de la Diabetes, manifestada por glucemia de 240 mg/dl. la cual puede deberse al estrés y la otra es la disfunción de la diálisis, que no le ha permitido mejorar su problema urémico.

Todas estas situaciones concatenadas y vinculadas a las alteraciones laborales, sociales y económicas a las que se ha visto enfrentado han sobrecargado su habilidad de adaptación y lo han convertido en una persona muy vulnerable con gran cantidad de necesidades insatisfechas.

Por lo tanto, en el Sr. E se identifican marcadas situaciones de dependencia originadas, en su mayoría por la falta de voluntad que, aunadas a la falta de fuerza y conocimiento, permiten vislumbrar y determinar que las intervenciones de enfermería, en un inicio, deben ir encaminadas a la ejecución de acciones de suplencia, que conjuntamente con las de ayuda permitirán que don E. logre mejorar su calidad de vida y finalmente alcance la independencia en el manejo de muchos de sus problemas de salud.

## **2.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

1. LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS; relacionada con acúmulo de secreciones traqueobronquiales; manifestada por rudeza

respiratoria, taquipnea de 35 x' y alteraciones del ritmo y profundidad de la respiración.<sup>37</sup>

2. EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS; relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores, retención y aporte excesivo de sodio (hipernatremia de 142 mg/dl) y líquidos por el mal funcionamiento de la diálisis peritoneal; manifestado por anasarca, incremento de peso, distensión abdominal, ortopnea y aumento de la presión arterial (190/150).<sup>38</sup>

3. DOLOR; relacionado con retención de entre 3000 a 3500 ml. de solución dializante en cavidad peritoneal; que se manifiesta por verbalización, facie característica, posición antiálgica y conducta de defensa.<sup>39</sup>

4. RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL; relacionado con la edad y alteración metabólica; que se manifiesta por temperatura de 36.3° C., y piel fría al tacto.<sup>40</sup>

---

<sup>37</sup> Luis R. Ma. Teresa, *Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial*, Harcourt Brace Madrid, 3ª edición p. 55.

<sup>38</sup> Luis R. Ma. Teresa, *Op. Cit.*, p. 50

<sup>39</sup> *Ibid.*, p. 203.

<sup>40</sup> *Ibid.*, p. 21-22.

5. ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN POR EXCESO; relacionada con aporte excesivo de carbohidratos; manifestado por glucemia de 264 mg/dl.

40 bis

6. POTENCIAL DE DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO; (hipermagnesemia, hiperkalemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia) relacionado con la disminución de la capacidad renal para regular y excretar electrolitos manifestado por una depuración de creatinina de 16.6 ml/min.<sup>41</sup>

7. POTENCIAL DE INFECCIÓN; relacionado con depresión del sistema inmunológico, estasis de solución dializante con desechos tóxicos en cavidad peritoneal, permanencia del catéter de Tenckhoff y exposición ambiental por mala técnica en el recambio de las bolsas de diálisis; manifestado por enrojecimiento de la piel alrededor del sitio de inserción del catéter.<sup>42</sup>

8. RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA; con relación a la disminución de la actividad de las glándulas sebáceas y sudoríparas, la presencia de pigmentos de urocromo y de cristales de urea

---

<sup>40</sup> bis Luis R. Ma. Teresa, *Op. Cit.*, p.15.

<sup>41</sup> Martin T. Susan, *et. al.*, *Normas para el Cuidado de Pacientes*, Ediciones Doyma. Barcelona, España. 1991 p. 616.

<sup>42</sup> Luis R. Ma. Teresa, *Op. Cit.*, p. 20.

(escarcha urémica); que se manifiesta por resequedad de la piel, descamación y prurito.<sup>43</sup>

9. ALTERACIÓN DEL PATRÓN DE SUEÑO; con relación a trastornos sensoriales y neuropatía periférica que se manifiesta por insomnio y alteración de las horas de sueño.<sup>44</sup>

10. ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN POR DEFECTO; que se relaciona con incapacidad para la masticación y deglución, rechazo de los alimentos, alteraciones gustativas (sabor metálico), náuseas, restricciones dietéticas y diarrea.<sup>45</sup>

11. ALTO RIESGO DE LESIÓN CEREBROVASCULAR (EVC); relacionado con factores de riesgo internos bioquímicos como alteración de los factores de la coagulación e incremento de la presión arterial (encefalopatía hipertensiva).<sup>46</sup>

12. AFECCIÓN DE LA MOVILIDAD; debilidad generalizada relacionada con alteraciones neuro-musculares, oxigenación hística

---

<sup>43</sup> Luis R. Ma. Teresa, *Op. Cit.*, p. 78.

<sup>44</sup> *Ibid.*, p. 146.

<sup>45</sup> *Ibid.*, p. 16.

<sup>46</sup> *Ibid.*, 60-61.

inadecuada y anemia; así como con la falta de las falanges del pie izquierdo; manifestadas por fatiga, ostealgias, calambres y hemoglobina de 8.5 mg/dl., así como por una marcha lenta e insegura, que requiere de ayuda de otra persona y de bastón de apoyo <sup>47</sup>

13. POSIBILIDAD DE DUELO DISFUNCIONAL; relacionado con la pérdida real del proceso corporal urinario; que se manifiesta por negación de la pérdida, cólera y tristeza. <sup>48</sup>

14. TEMOR; que se relaciona con la gravedad de la enfermedad y la amenaza de muerte; manifestado por la aprensión, desesperanza y las expresiones verbales de haber sufrido muchos agentes estresantes en su vida. <sup>49</sup>

15. DEFICIENCIA DE CONOCIMIENTO SOBRE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y EL TRATAMIENTO; que se relaciona con su limitación cognitiva, falta de interés en el aprendizaje e incapacidad para concentrarse; lo cual queda demostrado por un seguimiento inexacto de las instrucciones. <sup>50</sup>

---

<sup>47</sup> Luis R. Ma. Teresa, *Op. Cit.*, p. 140 y 142

<sup>48</sup> *Ibid.*, p. 206-207.

<sup>49</sup> *Ibid.*, p. 224.

<sup>50</sup> Taptich, B. J., *et. al.*, *Diagnóstico de Enfermería y Planeación de Cuidados*. Interamericana. Mc. Graw-Hill, México, 1992 p. 144.

16. BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL; con relación al deterioro del estado fisiológico; que se manifiesta por verbalización de sentimientos negativos de desesperanza e inutilidad.<sup>51</sup>

17. MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO PERSONAL Y FAMILIAR; que tiene relación con la complejidad del régimen terapéutico y demandas excesivas a un familiar; como se demuestra por elección de actividades personales y familiares ineficaces e inapropiadas para alcanzar los objetivos del programa de tratamiento y prevención, aunados a la aceleración de los síntomas y curso de la enfermedad y sus complicaciones.<sup>52</sup>

18. RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR; relacionado con la gravedad de la enfermedad, necesidad de cuidados intradomiciliarios e inestabilidad de la salud del receptor, aunados a la complejidad de los cuidados y falta de experiencia de los cuidadores; lo cual queda demostrado porque éstos encuentran difícil realizar actividades de cuidados específicos, sentimientos de que brindar los cuidados interfiere con otros roles importantes en su vida y la sensación de depresión.<sup>53</sup>

---

<sup>51</sup> Luis R. Ma. Teresa, *Op. Cit.*, p. 182.

<sup>52</sup> *Ibid.*, p. 128-132.

<sup>53</sup> *Ibid.*, p. 100-101.

### 3.- PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO 1. LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS; relacionada con acúmulo de secreciones traqueobronquiales; manifestada por rudeza respiratoria, taquipnea de 35 x' y alteraciones del ritmo y profundidad de la respiración.

#### CRITERIOS DE RESULTADO:

- El Sr. E., tendrá una limpieza eficaz de las vías aéreas, con ruidos y frecuencia respiratoria dentro de límites normales, en un lapso no mayor de 24 horas.

#### OBJETIVOS:

- El Sr. E., aprenderá a expectorar las secreciones mediante la correcta realización de ejercicios respiratorios.
- Mantendrá las vías aéreas libres de secreciones.
- La familia demostrará la técnica de fisioterapia respiratoria.

#### ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:

- Fisioterapia pulmonar y drenaje postural cada 4 horas.
- Enseñanza de ejercicios respiratorios y fisioterapia pulmonar.
- Toma y registro de frecuencia cardiaca y respiratoria y coloración de tegumentos.
- Aspiración de secreciones orofaríngeas, solo en caso necesario.

### ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES:

- Instalación y mantenimiento de oxígeno por puntas nasales a 3 lts. por minuto, por razón necesaria.

DIAGNÓSTICO 2. EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS; relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores, retención y aporte excesivo de sodio (hipernatremia de 142 mg/dl) y líquidos por el mal funcionamiento de la diálisis peritoneal; manifestado por anasarca, incremento de peso, distensión abdominal, ortopnea y aumento de la presión arterial (190/150).

### CRITERIOS DE RESULTADO:

- El Sr. E., eliminará en las próximas 18 horas el exceso de líquidos, tanto a nivel tisular como de la cavidad peritoneal, mejorando su patrón respiratorio, disminución del dolor abdominal y disminución del edema generalizado.

### OBJETIVOS:

- Verificar la permeabilidad y funcionamiento del catéter de Tenckhoff
- Desalojar el líquido retenido en cavidad peritoneal
- Disminuir el edema
- El Sr. E., identificará las causas del edema (anasarca)

- Perseverará en el cumplimiento de las restricciones de líquidos, sodio y potasio en la alimentación.
- La familia participará activamente en el plan terapéutico.

#### ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:

- Colocar circuito de bolsa gemela de diálisis para iniciar egreso de líquido de cavidad peritoneal.
- Realizar estricto balance de líquidos.
- Pesar diariamente al paciente en ayuno, con la misma ropa y en la misma báscula.
- Toma y registro de presión arterial cada 2 horas.
- Explicar al paciente y familia las causas de retención de líquidos y la importancia de la restricción de sodio y agua en la dieta.
- Colocación de vendaje de miembros inferiores y vigilancia de la circulación distal.

#### ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES:

- Preparar al Sr.E., para la toma de Rx. abdominal a fin de verificar permanencia del catéter de Tenckhoff en peritoneo.
- Realizar baños dializantes alternos 2:1 con solución al 1.5% y solución al 4.25% respectivamente, con 30' de estancia en cavidad peritoneal, con estricto balance de ingresos y egresos, preferentemente negativos.

- Establecer coordinación con el departamento de dietología para el diseño de la dieta prescrita para Diabético y Renal de 1800 calorías con 40gr. de proteínas diarias, 5gr de sodio y 800 ml. de líquidos en 24 horas.
- Ministración de 40mg. de Furosemida por vía oral cada 12 horas.
- Ministración de 10mg. de Nifedipina por vía sublingual en caso de presión arterial diastólica igual o mayor a 110 mmHg.
- Ministración de 10mg. de Nifedipina por vía oral cada 8 horas.

DIAGNÓSTICO 3. DOLOR; relacionado con retención de entre 3000 a 3500 ml. de solución dializante en cavidad peritoneal; que se manifiesta por verbalización, facie característica, posición antiálgica y conducta de defensa.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- El paciente expresará de forma verbal la disminución y/o desaparición del dolor en un lapso no mayor a 30 min; asimismo se observará una expresión facial y posición relajadas

OBJETIVOS:

- Disminuir el dolor que presenta el Sr. E.
- Mejorar la postura del paciente.

### ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:

- Determinar, conjuntamente con el paciente, un sistema de medición del dolor.
- Emplear técnicas de relajación y distracción, así como masaje terapéutico para minimizar el dolor.
- Aplicación de la solución dializante a temperatura tibia y regulando la rapidez de entrada para evitar más dolor.
- Egresar la mayor cantidad posible de líquido en el proceso dialítico, mediante balances negativos.
- Determinar la respuesta a la medicación 15 min. posteriores a su ministración, tiempo en que da inicio la analgesia.

### ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES:

- Ministración de 10mg. de nalbufina por vía subcutánea, en dosis única.
- Seguir indicaciones de baños dializantes.

DIAGNÓSTICO 4. RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL; relacionada con la edad y alteración metabólica; que se manifiesta por temperatura de 36.3° C., y piel fría al tacto.

### CRITERIOS DE RESULTADO:

- En todo momento, el Sr. E., mantendrá la temperatura corporal dentro de los límites normales.

### OBJETIVOS:

- El paciente y la familia identificarán los factores que favorecen o predisponen la alteración de la temperatura corporal.

- Participarán activamente en el plan de cuidados.

### ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:

- Control y registro de la temperatura corporal axilar cada 4 horas.

- Colocar cobertor y permitir el uso de calcetas, cuando haya desaparecido el edema.

- Evitar las temperaturas ambientales extremas.

- Explicar al paciente y familia, que su edad y la enfermedad favorecen la alteración de la temperatura corporal, en este caso, con tendencia a la hipotermia, sin embargo ante datos de hipertermia se debe estar alerta, puesto que puede estarse generando un foco infeccioso, tanto del sitio de inserción del catéter, como de una peritonitis.

DIAGNÓSTICO 5. ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN POR EXCESO; relacionada con aporte excesivo de carbohidratos; manifestado por glucemia de 264 mg/dl.

### CRITERIOS DE RESULTADO:

- El paciente mantendrá niveles de glucemia dentro de límites normales.

### OBJETIVOS:

- Ayudar al usuario a recuperar niveles de glucemia dentro de límites normales.

- El Sr. E. identificará los alimentos altos en carbohidratos y

- Se comprometerá a modificar el modelo de ingesta adaptándolo a sus necesidades.

### ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:

- Toma de destrostix pre-prandial.

- Permitir que el Sr. E. manifieste sus inquietudes con respecto a la dieta baja en carbohidratos.

- Enseñar al paciente y familia el valor calórico de los alimentos.

- Si es preciso, considerar la conveniencia de solicitar apoyo psicológico para el paciente y familia.

### ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES:

- Establecer coordinación con dietología para la confección de una dieta baja en calorías, adaptándola, en la medida de lo posible, a sus gustos, horarios, hábitos y recursos.

- Proporcionar y supervisar la dieta prescrita de 1800 calorías.
- Ministración de Glibenclamida 5 mg. por vía oral con el desayuno.

DIAGNÓSTICO 6. POTENCIAL DE DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO; (hipermagnesemia, hiperkalemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia) relacionado con la disminución de la capacidad renal para regular y excretar electrolitos manifestada por una depuración de creatinina de 16.6 ml/min.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- El señor E. recuperará y mantendrá niveles séricos de electrolitos dentro de límites normales, lo cual se evidenciará por la ausencia de signos y síntomas de desequilibrio.

OBJETIVOS:

- Coadyuvar a que Don E. recupere niveles de electrolitos, dentro de límites normales.

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:

- Controlar y vigilar signos y síntomas de hiperpotasemia, como irritabilidad, náuseas y cólicos.

- Vigilar que los alimentos que ingiera el Sr. E. sean bajos en potasio (evitando la ingesta de naranja, plátano, etc.) fósforo (evitando la ingesta de cacahuates, leche, queso, etc.) y magnesio (evitando que ingiera nueces, pan,

legumbres, cereales integrales, etc.); asimismo vigilar y restringir la ingesta de proteína.

- Instalar monitor y tomar ECG para vigilar datos de arritmias y/o insuficiencia cardiaca.

- Vigilar datos de hiperfosfatemia como hiperreflexia, parestesias y calambres musculares.

- Vigilar datos de hipermagnesemia a través de la observación de los reflejos tendinosos profundos hipoactivos, disminución del nivel de conciencia, bradicardia, etc.

- Controlar los signos y síntomas de hipocalcemia como cólicos, calambres, espasmos carpopedios, hormigueo de los dedos, cambios en el estado mental y presencia de crisis convulsivas.

#### ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES:

- Dializar al paciente, según las indicaciones médicas.

- Establecer coordinación con el departamento de dietología para el diseño de la dieta prescrita para Diabético y Renal de 1800 calorías con 40gr. de proteína y baja en potasio, fósforo y magnesio.

- Ministración de Hidróxido de Aluminio, SIN MAGNESIO, 20 ml vía oral con los alimentos.

- Ministración de vitamina D 1mcg. por vía oral, cada 8 horas.

- Carbonato de calcio 1gr. cada 8 horas, con los alimentos.

DIAGNÓSTICO 7. POTENCIAL DE INFECCIÓN; relacionado con depresión del sistema inmunológico, estasis de solución dializante con desechos tóxicos en cavidad peritoneal, permanencia del catéter de Tenckhoff, exposición ambiental por mala técnica en el recambio de las bolsas de diálisis y hospitalización; manifestado por enrojecimiento de la piel alrededor del sitio de inserción del catéter.

CRITERIOS DE RESULTADO:

El señor E. no mostrará signos o síntomas de infección local (del sitio de inserción del catéter o peritonitis) o sistémica

OBJETIVOS:

- Descartar la presencia de infección en la piel del sitio de inserción.
- Descartar la presencia de peritonitis.
- Prevenir procesos infecciosos a cualquier nivel.
- Evitar procedimientos invasivos que puedan generar infección.

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:

- Vigilar cambios de coloración, presencia de hinchazón, dolor y secreción en el sitio de inserción.
- Observar y vigilar turbidez de la solución de diálisis al egreso.
- Mantener la integridad cutánea y de mucosas.
- Toma de signos vitales cada cuatro horas.

- Mantener un entorno limpio en el hospital y domicilio.
- Utilizar una técnica cuidadosa de lavado de manos, para los recambios de bolsas de diálisis.
- Llevar a efecto la técnica adecuada para los recambios de bolsas gemelas.
- Vigilar constantemente la integridad del circuito cerrado de la diálisis; así como fugas de solución alrededor del catéter.
- Utilizar, siempre que sea necesario, el tapón “MiniCap” ya que éste contiene la cantidad exacta de yodopovidona, que se requiere para la inactivación de microorganismos.
- Enseñar al paciente y familia su uso adecuado.
- Enseñar al paciente y familia las técnicas de lavado de manos y recambio de bolsa gemela, así como los cuidados al catéter.
- Evitar al máximo la realización de procedimientos invasivos.
- Utilizar, en todo momento, técnica estéril en todos los procedimientos invasivos.
- Evitar el contacto del paciente con personas que presenten procesos infecciosos.
- Estimular la deambulaci3n precoz.
- Observar y vigilar otros posibles focos de infecci3n.

### ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES:

- Establecer coordinación con laboratorio para la toma de muestras para cultivo de la piel alrededor del catéter y de citoquímico de la solución dializante.
- Coordinarse con trabajo social para el establecimiento del entorno o área física adecuada para el manejo de diálisis en su domicilio.

DIAGNÓSTICO 8. RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA; con relación a la disminución de la actividad de las glándulas sebáceas y sudoríparas, la presencia de pigmentos de urocromo y de cristales de urea (escarcha urémica), fragilidad capilar y edema; que se manifiesta por resequedad de la piel, descamación y prurito.

### CRITERIOS DE RESULTADO:

- En todo momento, el Sr. E. mantendrá la integridad cutánea, lo cual se evidenciará por la ausencia de lesión.

### OBJETIVOS:

- Evitar la presencia de lesiones cutáneas
- Favorecer la comodidad del usuario

### ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:

- Valorar constantemente las condiciones de la piel del Sr. E.
- Mantener la piel limpia

- Ayudar a Don E, y enseñar a la familia a que mantenga limpia y seca la zona perineal, después de la eliminación intestinal.
- Evitar el uso de jabones ásperos o con muchos químicos, de preferencia jabón neutro.
- Aplicar soluciones emolientes o cremas hipoalergénicas después del baño, y cuantas veces sea necesario para evitar la resequead.
- Aconsejar a Don E. a que no se rasque
- Mantener la ropa de cama libre de arrugas, la cual debe ser lavada sin blanqueador y sin aplicarle almidón.
- Proteger de la presión las salientes óseas.
- Prevenir cualquier tipo de traumatismo, sobre todo en las zonas edematosas.
- Evitar las multipunciones con el fin de prevenir la presencia de hematomas.
- Manipular las zonas edematosas con sumo cuidado.

#### ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES:

- Ministración de Astemizol 10mg. por vía oral cada 24 horas, antes de desayuno.

DIAGNÓSTICO 9. ALTERACIÓN DEL PATRÓN DE SUEÑO; con relación a trastornos sensoriales y neuropatía periférica que se manifiesta por insomnio y alteración de las horas de sueño.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- Don E. mejorará su patrón de sueño.

OBJETIVOS:

- El paciente identificará los factores que alteran su patrón de sueño.
- Adquirirá alguna técnica de relajación que le permita conciliar el sueño.

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:

- Aconsejarle que cuando se despierte por la noche, y no pueda conciliar el sueño, no permanezca en la cama y trate de relajarse leyendo o realizando otra actividad ligera hasta que vuelva a sentir sueño.
- Mencionarle algunas de las medidas adecuadas para conciliar el sueño; tales como: escuchar música ligera, recibir masaje, hacer ejercicio ligero, darse un baño con agua tibia, etc.
- Procurar respetar sus momentos de sueño, modificando horarios de toma de signos vitales, aplicación de tratamientos y/o ministración de medicamentos, en la medida de lo posible, durante su estancia hospitalaria.
- Reducir la estimulación ambiental (luces, ruido, etc.).

- Proporcionar alivio del dolor y de su problema urémico a fin de propiciar su bienestar (ausencia de prurito).

#### ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES:

- Comunicar al médico la presencia de insomnio persistente para que, en su caso, prescriba alguna medicación necesaria.

DIAGNÓSTICO 10. ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN POR DEFECTO; que se relaciona con incapacidad para la masticación y deglución; rechazo de los alimentos, alteraciones gustativas (sabor metálico), náuseas, restricciones dietéticas y diarrea.

#### CRITERIOS DE RESULTADO:

- El paciente mantendrá un estado nutricional adecuado.

#### OBJETIVOS:

- Don E. mantendrá un nivel nutricional adecuado, a pesar del proceso patológico y de las restricciones dietéticas.

#### ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:

- Estimular a Don E. a que exprese sus sentimientos con respecto a las restricciones dietéticas.

- Explicar al paciente que todas las manifestaciones que está presentando y que no le permiten nutrirse adecuadamente, son derivadas de su enfermedad.

- Enfatizar y explicar, cuantas veces sea necesario, el propósito de las restricciones dietéticas.
- Proporcionar una buena higiene bucal varias veces al día.
- Estimular la salivación, mediante gomas de mascar ácidas que le permitirá, en cierta medida, eliminar el mal sabor de boca.
- Proporcionar un entorno agradable durante las comidas.
- Llevar un control estricto de cantidad y calidad de alimentos ingeridos.

#### ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES:

- Coordinarse con el departamento de dietología para la confección de la dieta, preferentemente con alimentos blandos y/o en presentación molida o en papilla para evitar la masticación.
- La dieta deberá diseñarse, preferentemente, en quintos para no estimular las náuseas por comidas abundantes y rápidas.
- Consultar con el médico si estaría permitida la ingesta de algún alimento preparado en casa, que cubra las restricciones dietéticas y que pueda estimular su apetito.
- Comunicar al médico la persistencia de náuseas para que indique, en caso necesario, algún antiemético.
- Ministrar complementos vitamínicos: Ácido fólico 1mg. por vía oral, cada 24 horas. Complejo B una gragea cada 24 horas.

- Ministración de Loperamida 2mg (una gragea), por vía oral, cada 8 horas, hasta remitirse la diarrea, después, suspender.

DIAGNÓSTICO 11. ALTO RIESGO DE LESIÓN CEREBROVASCULAR (EVC); relacionado con factores de riesgo internos bioquímicos como alteración de los factores de la coagulación e incremento de la presión arterial (encefalopatía hipertensiva).

CRITERIOS DE RESULTADO:

- Don E. no presentará complicación cerebrovascular.

OBJETIVOS:

- El paciente y la familia identificarán los factores que aumentan el riesgo de lesión cerebrovascular.
- Demostrarán interés en la instauración de medidas preventivas.
- Ayudar al paciente a minimizar los riesgos de una lesión cerebrovascular.

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:

- Toma y control de la presión arterial cada 2 horas.
- Valorar y comunicar la presencia de petequias, tiempos de coagulación prolongados (sangrado persistente por venopunciones), presencia de hematemesis y/o melena.

- Enseñar al paciente y familia la importancia del control de la presión arterial.
- Insistir en la importancia de la restricción de sodio en los alimentos.
- Enseñarles a identificar la presencia de sangre en las heces (melena); así como la presencia de signos de alarma como cambios de conducta, lenguaje incoherente, somnolencia, hormigueos, parestesias, y/o hipotonía muscular.
- Insistir en el buen manejo de la diálisis peritoneal en el domicilio.
- Pedir al paciente y familia que por ningún motivo suspendan la medicación prescrita.

#### ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES:

- Control periódico, a través de laboratorio, de tiempos de protombina, tromboplastina parcial y plaquetas.
- Ministración de 40mg. de Furosemida por vía oral cada 12 horas.
- Ministración de 10mg. de Nifedipina por vía sublingual en caso de presión arterial diastólica igual o mayor a 110 mmHg.
- Ministración de 10mg. de Nifedipina por vía oral cada 8 horas.

DIAGNÓSTICO 12. AFECCIÓN DE LA MOVILIDAD; debilidad generalizada relacionada con alteraciones neuro-musculares, oxigenación hística inadecuada y anemia;

así como con la falta de las falanges del pie izquierdo; manifestadas por fatiga, ostealgias, calambres y hemoglobina de 8.5 mg/dl., así como por una marcha lenta e insegura, que requiere de ayuda de otra persona y de bastón de apoyo

### CRITERIOS DE RESULTADO:

- El paciente manifestará el mejoramiento de su bienestar físico y podrá realizar, con menor fatiga, las actividades de la vida diaria.
- Don E. mejorará y recuperará la seguridad para la marcha

### OBJETIVOS:

- Coadyuvar al mejoramiento del estado de bienestar de Don E.

Demostrará un incremento de tolerancia al ejercicio y las actividades de la vida diaria.

- Adquirirá nuevas habilidades para la deambulaci3n aut3noma.

### ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:

- Valorar el nivel actual de movilidad.
- Conseguir que el Sr. E. establezca objetivos diarios de actividad.
- Estimular la progresi3n gradual de actividades, seg3n su tolerancia.
- Solicitar a Don. E. que realice algunas actividades de autocuidado, en su defecto, proporcionar la ayuda pertinente.
- Reconocer todos los intentos que el paciente realice para incrementar su actividad.

- Valorar la respuesta del paciente ante el incremento de la actividad.
- Permitirle que manifieste sus inquietudes con respecto a la pérdida de las falanges del pie izquierdo.
- Animar al paciente a realizar todas las actividades que pueda hacer, aumentándolas progresivamente, según su tolerancia.
- Explicarle que debe mantener constantemente una posición funcional, bien alineada y apoyada, con el fin de prevenir deformidades.
- Explicarle la mejor forma de utilizar su sistema de apoyo (bastón) para que éste cumpla su función.

#### ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES:

- Ministración de Eritropoyetina Recombinante Humana (EPO), 3500 UI, por vía subcutánea los días martes, viernes y domingos.
- Ajustar dosis según respuesta, hasta obtener hemoglobina cuantificada, por medio de laboratorio, en 10mg/dl., como mínimo.
- Mantener control de hemoglobina cada 4 semanas.
- Elaborar un plan conjunto con el departamento de rehabilitación para conseguir que Don E. recupere el tono y la fuerza muscular y por ende la seguridad en la marcha.

DIAGNÓSTICO 13. POSIBILIDAD DE DUELO DISFUNCIONAL; relacionado con la pérdida real del proceso corporal urinario; que se manifiesta por negación de la pérdida, cólera y tristeza.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- Don E. mostrará signos de progresión positiva del proceso de duelo y hará uso de mecanismos adaptativos ante su problema de salud y para con el tratamiento y participación en actividades de autocuidado.

OBJETIVOS:

- El paciente utilizará sistemas de apoyo.
- El paciente mostrará signos de progresión positiva del proceso de duelo,
- Expresará sus sentimientos a las personas significativas y al equipo de salud.

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:

- Ser sensible a los cambios y limitaciones en el estilo de vida del paciente
- Estimularlo a expresar sus sentimientos de frustración, cólera, temor e incertidumbre.
- Escucharlo con atención e interés manifiesto.

- Observar sus comportamientos y manifestaciones emotivas, para establecer límites ante mecanismos de inadaptación que interfieran con su bienestar.

- Mantener una esperanza realista.

- Responder a las preguntas honradamente, proporcionando la información requerida.

- Explicar e instruir al paciente y familia respecto al proceso patológico y el tratamiento.

#### ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES:

- Mantener comunicación con el equipo multidisciplinario a fin de establecer medidas encaminadas al fortalecimiento de mecanismos adaptativos.

DIAGNÓSTICO 14. TEMOR; que se relaciona con la gravedad de la enfermedad y la amenaza de muerte; manifestado por la aprensión, desesperanza y las expresiones verbales de haber sufrido muchos agentes estresantes en su vida.

#### CRITERIOS DE RESULTADO:

- Expresará, Don E, disminución sentimientos de temor e incertidumbre y un aumento del bienestar psicológico.

#### OBJETIVOS:

- Verbalizará el origen del temor.

- Aprenderá a poner en práctica técnicas de relajación y ejercicios de respiración profunda.
- Expresará su deseo de participar activamente en sus cuidados.

### ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:

- Proporcionar información veraz y honesta con respecto a la Insuficiencia Renal Crónica y sus complicaciones, así como lo que se puede esperar, tanto al paciente como a las personas significativas para él.
- Explicar en que consisten todos los procedimientos a realizarle.
- Enfatizar las ventajas de la diálisis y del tratamiento dietético y medicamentoso.
- Estimularlo a que exprese sus sentimientos.
- Permanecer con el paciente mientras de muestras de temor.
- Favorecer las muestras de empatía, permitiendo la comunicación con otras personas con los mismos problemas de salud.
- Demostrarle algunas formas de interrumpir la progresión del temor, mediante técnicas de relajación, ejercicios de respiración profunda, meditación, etc.
- Ante esta situación grave, que implica una amenaza real para el bienestar y la vida, se deben reforzar los posibles aspectos positivos, sin pretender minimizar su gravedad y significado.

- Averiguar si desea ayuda espiritual y, en su caso, facilitarle su obtención.

#### ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES:

- Mantener comunicación con el equipo multidisciplinario a fin de establecer medidas encaminadas a incrementar su bienestar psicológico y espiritual.

DIAGNÓSTICO 15. DEFICIENCIA DE CONOCIMIENTO SOBRE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y EL TRATAMIENTO; que se relaciona con su limitación cognitiva, falta de interés en el aprendizaje e incapacidad para concentrarse; lo cual queda demostrado por un seguimiento inexacto de las instrucciones.

#### CRITERIOS DE RESULTADO:

- El paciente y familia expresarán la comprensión de la Insuficiencia Renal Crónica, el procedimiento de diálisis peritoneal, los cuidados domiciliarios, los signos y síntomas de alarma y las instrucciones de seguimiento. Finalmente, harán una demostración práctica.

#### OBJETIVOS:

- El paciente y familia manifestarán su deseo de adquirir los conocimientos y habilidades para los cuidados domiciliarios.

- Aprenderán todos los aspectos necesarios, relacionados con la enfermedad y sus tratamientos.

### ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:

- Enseñar al paciente y familia todo lo relacionado con la IRC.
- Reforzar las enseñanzas sobre las restricciones dietéticas y de líquidos.
- Enseñarles la importancia de mantener un estricto control de: la presión arterial, la temperatura, el peso diario y la vigilancia de signos y síntomas de complicaciones.
- Reforzar las enseñanzas sobre los cuidados de la piel.
- Proporcionar instrucciones exactas sobre los medicamentos, como horarios indicaciones específicas, efectos colaterales, etc.
- Explicar la necesidad de evitar otros medicamentos y medidas terapéuticas no prescritas.
- Explicar la importancia del control médico y del seguimiento ambulatorio.
- Reforzar las técnicas de lavado de manos, cuidados del catéter y recambios de bolsa gemela.

### ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES:

- Establecer coordinación con el médico tratante y la trabajadora social del programa de DPCA, para dar continuidad a las actividades educativas del paciente y familia.

DIAGNÓSTICO 16. BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL; con relación al deterioro del estado fisiológico; que se manifiesta por verbalización de sentimientos negativos de desesperanza e inutilidad.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- El paciente recuperará una evaluación positiva de sí mismo y de sus capacidades.

OBJETIVOS:

- Hará una valoración realista de sus cualidades y limitaciones.

- Expresará una mayor confianza en su capacidad para afrontar el deterioro de su estado de salud.

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:

- Ayudar a Don E. a identificar las causas que favorecen o provocan sus sentimientos negativos.

- Asimismo, ayudarlo a identificar las situaciones, condiciones y sentimientos, que en otras ocasiones, le han facilitado la consecución de objetivos.

- Explicar la conveniencia de ingresar a un grupo de autoayuda

- Ayudarlo a valorar la conveniencia de recibir apoyo psicológico.

- Reforzar su valor personal y reconocer sus logros.

- Considerar a la familia como el principal grupo de apoyo.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

### ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES:

- Coordinar acciones con el departamento de salud mental.-

DIAGNÓSTICO 17. MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO PERSONAL Y FAMILIAR; que tiene relación con la complejidad del régimen terapéutico y demandas excesivas a un familiar; como se demuestra por elección de actividades personales y familiares ineficaces e inapropiadas para alcanzar los objetivos del programa de tratamiento y prevención, aunados a la aceleración de los síntomas y curso de la enfermedad y sus complicaciones.

### CRITERIOS DE RESULTADO:

- El señor E. y su familia demostrarán un patrón adecuado de regulación e integración en la vida diaria, del tratamiento prescrito.

### OBJETIVOS:

- Don E. y su familia harán una valoración realista de la situación.
- El señor E. adquirirá las habilidades requeridas para el autocuidado.
- La familia expresará su deseo de servir y apoyar a Don E. a iniciar y mantener los cambios necesarios en su estilo de vida.

### ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:

- Identificar conjuntamente con el usuario y la familia, las conductas inadecuadas, el porqué resultan perjudiciales y las consecuencias adversas para su bienestar, en caso de mantenerlas.

- Discutir con ellos las implicaciones familiares, sociales, económicas y laborales del tratamiento.

- Discutir cuales serían las posibles modificaciones en el estilo de vida.

- Reconocer los logros obtenidos y elogiar el seguimiento del tratamiento en las áreas en que es adecuado.

#### ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES:

- Aprovechar la ayuda institucional y externa (laboratorios Baxter) disponible para proveer un entorno adecuado e intentar adaptarlo a las necesidades del usuario.

DIAGNÓSTICO 18. RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR; relacionado con la gravedad de la enfermedad, necesidad de cuidados intradomiciliarios e inestabilidad de la salud del receptor, aunados a la complejidad de los cuidados y falta de experiencia de los cuidadores; lo cual queda demostrado porque éstos encuentran difícil realizar actividades de cuidados específicos, sentimientos de que brindar los cuidados interfiere con otros roles importantes en su vida y la sensación de depresión.

#### CRITERIOS DE RESULTADO:

- Los hijos del señor E. expresarán un aumento de la sensación de capacidad para afrontar la situación.

## OBJETIVOS:

- Identificarán, los hijos de Don E. los factores estresantes.
- Demostrarán competencia en la realización de las técnicas y habilidades necesarias para brindar los cuidados.
- Manifestarán su deseo de seguir desempeñando el papel de cuidadores.
- La familia expresará su deseo de colaborar al máximo en los cuidados.

## ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:

- Planificar conjuntamente la planificación de los cuidados.
- Tomar en cuenta el mejor modo de aprovechar los recursos disponibles.
- Reconocer que los cuidadores tienen que satisfacer sus propias necesidades.
- Discutir las ventajas y desventajas que entrañan los múltiples ingresos hospitalarios.
- Enseñar las técnicas para la aplicación de los cuidados.
- Estimular la expresión de sentimientos e ideas.
- Reconocer la frustración que en muchas ocasiones lleva asociada, el papel de cuidador.

- Planificar periodos de descanso y distracción.

#### **4.- EVALUACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIONES**

**DIAGNÓSTICO 1.** LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS; relacionada con acúmulo de secreciones traqueobronquiales; manifestada por rudeza respiratoria, taquipnea de 35 x' y alteraciones del ritmo y profundidad de la respiración.

##### **CRITERIOS DE RESULTADO:**

- El Sr. E., tendrá una limpieza eficaz de las vías aéreas, con ruidos y frecuencia respiratoria dentro de límites normales, en un lapso no mayor de 24 horas.

##### **OBJETIVOS:**

- El Sr. E., aprenderá a expectorar las secreciones mediante la correcta realización de ejercicios respiratorios.
- Mantendrá las vías aéreas libres de secreciones.
- La familia demostrará la técnica de fisioterapia respiratoria.

**EVALUACIÓN:** Objetivos cumplidos.

- Día 06 de junio, 20:00 horas. Disminución de la rudeza respiratoria, normalización de la frecuencia respiratoria a 24 x'.
- 6:00 horas, Mejora, significativamente, el patrón respiratorio.

- 10: 00 horas. El paciente mantiene una limpieza eficaz de las vías aéreas, ha aprendido a expectorar las flemas gracias a que le fue administrado un analgésico con efecto positivo. Se retiran las puntas nasales para oxígeno ya que refiere no necesitarlas más. Solicita se le baje un poco la cama ya que puede respirar mejor. Se ausculta ventilación adecuada en ambos campos pulmonares, la frecuencia respiratoria se cuantifica en 22x', se observa adecuado llenado capilar y se le insiste a él y la familia que los ejercicios respiratorios deben continuar mientras esté en cama.

DIAGNÓSTICO 2. EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS; relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores, retención y aporte excesivo de sodio (hipernatremia de 142 mg/dl) y líquidos por el mal funcionamiento de la diálisis peritoneal; manifestado por anasarca, incremento de peso, distensión abdominal, ortopnea y aumento de la presión arterial (140/100).

CRITERIOS DE RESULTADO:

- El Sr. E., eliminará en las próximas 18 horas el exceso de líquidos, tanto a nivel tisular como de la cavidad peritoneal, mejorando su patrón respiratorio, disminución del dolor abdominal y disminución del edema generalizado.

OBJETIVOS:

- Verificar la permeabilidad y funcionamiento del catéter de Tenckhoff
- Desalojar el líquido retenido en cavidad peritoneal
- Disminuir el edema
- El Sr. E., identificará las causas del edema (anasarca)

- Perseverará en el cumplimiento de las restricciones de líquidos, sodio y potasio en la alimentación.

- La familia participará activamente en el plan terapéutico.

**EVALUACIÓN:** Objetivos no alcanzados.

- Día 5 de junio 14:30. A una hora de haber colocado circuito de bolsa gemela e iniciado egreso, sólo se ha logrado obtener líquido en cantidad 1500 ml. aproximadamente, con lo que se infiere disfuncionalidad del catéter por probable acodamiento intraperitoneo. Con la Rx. No se logra observar la causa de la disfunción. El dolor ha desaparecido debido a la ministración de analgésico y ha mejorado el patrón respiratorio. Sin embargo el edema y el líquido retenido no ha podido ser desalojado.. Se explican a Don E. y su familia las acciones a seguir. La presión arterial se cuantifica en 130/90 la cual ha mejorado por la ministración de Nifedipina.

**ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES:**

- Se ha solicitado interconsulta al servicio de cirugía para valorar la posibilidad de ingresarlo a quirófano para revisión y recolocación del catéter

- Se mantiene al paciente en ayuno.

- El médico indica instalación de venoclisis por el ayuno y para estabilizar el desequilibrio electrolítico: solución glucosada al 5%, 500ml más 10 UI de insulina cristalina para 8 horas, cada 8 Horas.

- Día 5 de junio. 24:00 horas se traslada a Don E. a sala de quirófano para revisión y recolocación de catéter de Tenckhoff.

- SE RETOMAN LOS OBJETIVOS NO ALCANZADOS ANTERIORMENTE.

- Día 6 de junio. 2:30 reingresa el paciente al servicio de Medicina Interna. Con circuito de bolsa gemela colocado en catéter y diálisis funcional, se inicia esquema prescrito: Realizar baños dializantes alternos 2:1 con solución al 1.5% y solución al 4.25% respectivamente, con 30' de estancia en cavidad peritoneal, con estricto balance de ingresos y egresos, preferentemente negativos.

EVALUACIÓN: Objetivos alcanzados.

- Día 7 de junio. 12:00, a 48 horas de su ingreso, se comienza a observar disminución de anasarca y de los síntomas generales de uremia,

DIAGNÓSTICO 3. DOLOR; relacionado con retención de entre 3000 a 3500 ml. de solución dializante en cavidad peritoneal; que se manifiesta por verbalización, facie característica, posición antiálgica y conducta de defensa.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- El paciente expresará de forma verbal la disminución y/o desaparición del dolor en un lapso no mayor a 30 min; asimismo se observará una expresión facial y posición relajadas.

OBJETIVOS:

- Disminuir el dolor que presenta el Sr. E.
- Mejorar la postura del paciente.

EVALUACIÓN: Objetivos cumplidos.

- Día 5 de junio. 12:20 Don E. manifiesta disminución significativa del dolor, posterior a la ministración de analgésico indicado. Ha mejorado su expresión facial y su postura ahora es libremente escogida.

DIAGNÓSTICO 4. RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL; relacionada con la edad y alteración metabólica; que se manifiesta por temperatura de 36.3° C., y piel fría al tacto.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- En todo momento, el Sr. E., mantendrá la temperatura corporal dentro de los límites normales.

OBJETIVOS:

- El paciente y la familia identificarán los factores que favorecen o predisponen la alteración de la temperatura corporal.

- Participarán activamente en el plan de cuidados.

EVALUACIÓN: Objetivos cumplidos.

- Don E. durante todo el tiempo de su hospitalización (4 días), mantuvo temperatura corporal dentro de límites normales.

- La familia ha participado activamente para conseguirlo.

- Día 5 de junio. Temperaturas cuantificadas entre el rango de 36.3 a 36.5. Día 6 de junio se mantuvo entre rangos de 36.5 a 36.7. Día 7 de junio se mantiene entre 36.5 y 36.7.

DIAGNÓSTICO 5. ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN POR EXCESO; relacionada con aporte excesivo de carbohidratos; manifestado por glucemia de 264 mg/dl.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- El paciente mantendrá niveles de glucemia dentro de límites normales.

OBJETIVOS:

- Ayudar al usuario a recuperar niveles de glucemia dentro de límites normales.
- El Sr. E. identificará los alimentos altos en carbohidratos y
- Se comprometerá a modificar el modelo de ingesta adaptándolo a sus necesidades.

EVALUACIÓN: Objetivos cumplidos.

- Día 6 se toma destrostix pre prandial (7:00), de entre 80-120 mg. con el que se mantiene durante su estancia hospitalaria.

- Indicación médica de ministración de Glibenclamida 5 mg. por vía oral antes del desayuno.

- 8:00 se invita a Don E. a ingerir su desayuno, supervisando la dieta prescrita, se aprovecha para proporcionar enseñanza, tanto al él como a su familiar, de los alimentos ricos en carbohidratos y aprenden a identificarlos.

Asimismo se consigue que se comprometan a mejorar los hábitos alimenticios en casa.

- 14:00 hora de la comida en donde se refuerzan los conocimientos del paciente y familia. También se hace notar a la familia la importancia de liberar al Sr. E. de situaciones estresantes que incrementan las posibilidades de hiperglucemia.

DIAGNÓSTICO 6. POTENCIAL DE DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO; (hipermagnesemia, hiperkalemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia) relacionado con la disminución de la capacidad renal para regular y excretar electrolitos manifestada por una depuración de creatinina de 16.6 ml/min.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- El señor E. recuperará y mantendrá niveles séricos de electrolitos dentro de límites normales, lo cual se evidenciará por la ausencia de signos y síntomas de desequilibrio.

OBJETIVOS:

- Coadyuvar a que Don E. recupere niveles de electrolitos, dentro de límites normales.

EVALUACIÓN: Objetivos cumplidos.

- Día 8 de junio. 9:00 horas. Han desaparecido los calambres, las náuseas, las ostealgias han disminuido y el paciente presenta un aspecto más relajado y de bienestar general. Se retira la venoclisis.

### ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES:

- Día 5 de junio. El médico indica, para estabilizar el desequilibrio electrolítico, solución glucosada al 5%, 500ml más 10 UI de insulina cristalina para 8 horas cada 8 horas.

DIAGNÓSTICO 7. POTENCIAL DE INFECCIÓN; relacionado con depresión del sistema inmunológico, estasis de solución dializante con desechos tóxicos en cavidad peritoneal, permanencia del catéter de Tenckhoff, exposición ambiental por mala técnica en el recambio de las bolsas de diálisis y hospitalización; manifestado por enrojecimiento de la piel alrededor del sitio de inserción del catéter.

### CRITERIOS DE RESULTADO:

El señor E. no mostrará signos o síntomas de infección local (del sitio de inserción del catéter o peritonitis) o sistémica.

### OBJETIVOS:

- Descartar la presencia de infección en la piel del sitio de inserción.
- Descartar la presencia de peritonitis.
- Prevenir procesos infecciosos a cualquier nivel.
- Evitar procedimientos invasivos que puedan generar infección.

EVALUACIÓN: Objetivos cumplidos.

- Día 7 de junio se reciben resultados de laboratorio de cultivo de piel del sitio de inserción sin desarrollo de microorganismos.

- Asimismo el examen citoquímico tiene el siguiente reporte: líquido ligeramente turbio, coagulabilidad negativa, leucocitos de 50/mm<sup>3</sup> y cultivo negativo.

- Durante su estancia hospitalaria Don E. se mantuvo sin evidencia de proceso infecciosos.

DIAGNÓSTICO 8. RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA; con relación a la disminución de la actividad de las glándulas sebáceas y sudoríparas, la presencia de pigmentos de urocromo y de cristales de urea (escarcha urémica), fragilidad capilar y edema; que se manifiesta por resequedad de la piel, descamación y prurito.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- En todo momento, el Sr. E. mantendrá la integridad cutánea, lo cual se evidenciará por la ausencia de lesión.

OBJETIVOS:

- Evitar la presencia de lesiones cutáneas
- Favorecer la comodidad del usuario

EVALUACIÓN: Objetivos cumplidos.

- El señor E. no presentó lesiones dérmicas, durante su hospitalización, se logró mejorar su comodidad a través de baños tibios, manteniendo la piel lubricada y la ropa de cama sin arrugas, así como por la ministración del Aztemisol.

- Los familiares estuvieron pendientes de que no se rascara en los momentos de más prurito y Don E. aprendió a controlarse.

DIAGNÓSTICO 9. ALTERACIÓN DEL PATRÓN DE SUEÑO; con relación a trastornos sensoriales y neuropatía periférica que se manifiesta por insomnio y alteración de las horas de sueño.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- Don E. mejorará su patrón de sueño.

OBJETIVOS:

- El paciente identificará los factores que alteran su patrón de sueño.
- Adquirirá alguna técnica de relajación que le permita conciliar el sueño.

EVALUACIÓN: Objetivos parcialmente cumplidos.

- Día 7. El señor E. empezó a comprender alguna técnica de relajación, sin embargo se desespera mucho ya que son varios días de insomnio.
- Día 8. 22:00 horas. Aún el paciente no ha logrado mejorar su patrón de sueño.

ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES:

- Se comunica al médico la persistencia del insomnio, a pesar de los intentos por relajar al paciente, e indica que se administre: Diazepam (Valium) 10 mg. por vía oral en dosis única.

### OBJETIVOS:

- El paciente logrará relajarse en un lapso no mayor a 30 minutos después de ministrado el medicamento, y
- Logrará conciliar el sueño en un periodo no mayor a 60 minutos.

### EVALUACIÓN: Objetivos cumplidos.

- El paciente logra dormir tranquilamente y por 6 horas corridas, despertando más relajado. Se continúa insistiendo en los ejercicios de relajación.

DIAGNÓSTICO 10. ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN POR DEFECTO; que se relaciona con incapacidad para la masticación y deglución; rechazo de los alimentos, alteraciones gustativas (sabor metálico), náuseas, restricciones dietéticas y diarrea.

### CRITERIOS DE RESULTADO:

- El paciente mantendrá un estado nutricional adecuado.

### OBJETIVOS:

- Don E. mantendrá un nivel nutricio adecuado, a pesar del proceso patológico y de las restricciones dietéticas.

### EVALUACIÓN: Objetivos parcialmente cumplidos.

- Días 6 y 7, el paciente no tolera los alimentos a causa del mal sabor de boca y las náuseas, come muy poco.

### ACTIVIDADES INTERDEPENDIENTES:

- Se comunica al médico la situación e indica: Ministración de Difenidol 25mg. por vía oral cada 6 horas.
- Hasta el día 8. El paciente toleró la dieta diseñada en quintos.
- En cuanto a la diarrea, ésta quedó controlada el día 6 por la tarde y se suspende la Loperamida indicada.
- En relación a las restricciones dietéticas se ha iniciado el plan prescrito. Del cual aún no es valorable su cumplimentación.

DIAGNÓSTICO 11. ALTO RIESGO DE LESIÓN CEREBROVASCULAR (EVC); relacionado con factores de riesgo internos bioquímicos como alteración de los factores de la coagulación e incremento de la presión arterial (encefalopatía hipertensiva).

### CRITERIOS DE RESULTADO:

- Don E. no presentará complicación cerebrovascular.

### OBJETIVOS:

- El paciente y la familia identificarán los factores que aumentan el riesgo de lesión cerebrovascular.
- Demostrarán interés en la instauración de medidas preventivas.
- Ayudar al paciente a minimizar los riesgos de una lesión cerebrovascular.

EVALUACIÓN: Objetivos cumplidos.

- Día 9. Se ha programado el alta del señor E. y hasta el momento, él y su familia identifican los factores que aumentan el riesgo de lesión cerebrovascular y muestran interés en tomar las medidas preventivas necesarias, se han comprometido a conseguir un baumanómetro y aprender su manejo y técnica adecuada para la toma de la presión arterial. Se replantean nuevos objetivos de enseñanza. (Éstos se retoman en el diagnóstico No. 15).

- Día 10 durante su hospitalización el paciente no presentó datos de complicación cerebrovascular, se controló la presión arterial y no presentó datos de hemorragia a ningún nivel.

DIAGNÓSTICO 12. AFECCIÓN DE LA MOVILIDAD; debilidad generalizada relacionada con alteraciones neuro-musculares, oxigenación hística inadecuada y anemia; así como con la falta de las falanges del pie izquierdo; manifestadas por fatiga, ostealgias, calambres y hemoglobina de 8.5 mg/dl., así como por una marcha lenta e insegura, que requiere de ayuda de otra persona y de bastón de apoyo

CRITERIOS DE RESULTADO:

- El paciente manifestará el mejoramiento de su bienestar físico y podrá realizar, con menor fatiga, las actividades de la vida diaria.

- Don E. mejorará y recuperará la seguridad para la marcha

OBJETIVOS:

- Coadyuvar al mejoramiento del estado de bienestar de Don E.

- Demostrará un incremento de tolerancia al ejercicio y las actividades de la vida diaria.

EVALUACIÓN: Objetivos cumplidos.

- Día 6 (martes), se ministra Eritropoyetina indicada, se toma control de hemoglobina el día 8, la cual reporta cifra de 9.5 (esperada).

- Día 8. El paciente manifiesta una mayor tolerancia a la actividad, comienza a participar más en su arreglo personal, sus posturas son más relajadas y manifiesta incremento de bienestar físico.

EVALUACIÓN: Objetivos no cumplidos en cuanto al mejoramiento de la marcha ya que:

- Durante su hospitalización don E permaneció en reposo relativo por lo que los objetivos planeados deberán cumplirse a largo plazo. Se estableció coordinación con el departamento de rehabilitación.

DIAGNÓSTICO 13. POSIBILIDAD DE DUELO DISFUNCIONAL; relacionado con la pérdida real del proceso corporal urinario; que se manifiesta por negación de la pérdida, cólera y tristeza.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- Don E. mostrará signos de progresión positiva del proceso de duelo y hará uso de mecanismos adaptativos ante su problema de salud y para con el tratamiento y participación en actividades de autocuidado.

OBJETIVOS:

- El paciente utilizará sistemas de apoyo.
- El paciente mostrará signos de progresión positiva del proceso de duelo,

- Expresará sus sentimientos a las personas significativas y al equipo de salud.

EVALUACIÓN: Objetivos parcialmente cumplidos.

- Se ha conseguido que el paciente exprese sus sentimientos a las personas significativas y al equipo de salud; sin embargo en cuanto a la progresiva del proceso de duelo aún no es valorable.

DIAGNÓSTICO 14. TEMOR; que se relaciona con la gravedad de la enfermedad y la amenaza de muerte; manifestado por la aprensión, desesperanza y las expresiones verbales de haber sufrido muchos agentes estresantes en su vida.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- Expresará, Don E, disminución sentimientos de temor e incertidumbre y un aumento del bienestar psicológico .

OBJETIVOS:

- Verbalizará el origen del temor.
- Aprenderá a poner en práctica técnicas de relajación y ejercicios de respiración profunda.
- Expresará su deseo de participar activamente en sus cuidados.

EVALUACIÓN: Objetivos parcialmente cumplidos.

- Al mejorar el bienestar físico, se ha observado un incremento significativo del bienestar psicológico de Don E., sus sentimientos de temor e incertidumbre han disminuido, siendo el origen de estos el temor a la muerte,

pero ante la notable mejoría, por el momento se han disipado. Sin embargo las actitudes de aprensión y desesperanza, con frecuencia vuelven a aparecer. A más largo plazo lograrán evidenciarse los avances del paciente en este aspecto.

DIAGNÓSTICO 15. DEFICIENCIA DE CONOCIMIENTO SOBRE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y EL TRATAMIENTO; que se relaciona con su limitación cognitiva, falta de interés en el aprendizaje e incapacidad para concentrarse; lo cual queda demostrado por un seguimiento inexacto de las instrucciones.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- El paciente y familia expresarán la comprensión de la Insuficiencia Renal Crónica, el procedimiento de diálisis peritoneal, los cuidados domiciliarios, los signos y síntomas de alarma y las instrucciones de seguimiento. Finalmente, harán una demostración práctica.

OBJETIVOS:

- El paciente y familia manifestarán su deseo de adquirir los conocimientos y habilidades para los cuidados domiciliarios.
- Aprenderán todos los aspectos necesarios, relacionados con la enfermedad y sus tratamientos.

EVALUACIÓN: Objetivos parcialmente cumplidos.

- El paciente y familia han manifestado su deseo de adquirir conocimientos y habilidades para el cuidado domiciliario de Don E. sin embargo, por ser esta una tarea a largo plazo, se habrán de programar, conjuntamente con el personal del programa de diálisis, las actividades

educativas, una vez que el paciente haya egresado. Por tanto la evaluación final de los objetivos del plan será a largo plazo

DIAGNÓSTICO 16. BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL; con relación al deterioro del estado fisiológico; que se manifiesta por verbalización de sentimientos negativos de desesperanza e inutilidad.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- El paciente recuperará una evaluación positiva de sí mismo y de sus capacidades.

OBJETIVOS:

- Hará una valoración realista de sus cualidades y limitaciones.
- Expresará una mayor confianza en su capacidad para afrontar el deterioro de su estado de salud.

EVALUACIÓN: Objetivos parcialmente cumplidos.

- Se logró que el usuario hiciera una valoración realista de sus cualidades y limitaciones, recordándole aspectos de su vida, como el que a pesar de ser huérfano y de carecer de instrucción académica, ha sacado a su familia adelante, de lo cual el se siente satisfecho, etc. Con ello el paciente comienza a incrementar su capacidad para enfrentar su situación. No obstante el resultado final será valorable a largo plazo.

DIAGNÓSTICO 17. MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO PERSONAL Y FAMILIAR; que tiene relación con la complejidad del régimen terapéutico y demandas excesivas a un familiar; como se demuestra por elección de actividades personales y familiares ineficaces e inapropiadas para alcanzar los objetivos del programa de tratamiento y prevención, aunados a la aceleración de los síntomas y curso de la enfermedad y sus complicaciones.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- El señor E. y su familia demostrarán un patrón adecuado de regulación e integración en la vida diaria, del tratamiento prescrito.

OBJETIVOS:

- Don E. y su familia harán una valoración realista de la situación.
- El señor E. adquirirá las habilidades requeridas para el autocuidado.
- La familia expresará su deseo de servir y apoyar a Don E. a iniciar y mantener los cambios necesarios en su estilo de vida.

EVALUACIÓN: Objetivos no cumplidos.

- Al igual que en diagnóstico anterior y conjuntamente con los objetivos del diagnóstico No. 15; se lograrán evidenciar los avances a largo plazo.

DIAGNÓSTICO 18. RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR; relacionado con la gravedad de la enfermedad, necesidad de cuidados intradomiciliarios e inestabilidad de la salud del receptor, aunados a la complejidad de los cuidados y falta de experiencia de los cuidadores; lo cual queda demostrado porque éstos

encuentran difícil realizar actividades de cuidados específicos, sentimientos de que brindar los cuidados interfiere con otros roles importantes en su vida y la sensación de depresión.

CRITERIOS DE RESULTADO:

- Los hijos del señor E. expresarán un aumento de la sensación de capacidad para afrontar la situación.

OBJETIVOS:

- Identificarán, los hijos de Don E. los factores estresantes.
- Demostrarán competencia en la realización de las técnicas y habilidades necesarias para brindar los cuidados.
- Manifestarán su deseo de seguir desempeñando el papel de cuidadores.
- La familia expresará su deseo de colaborar al máximo en los cuidados.

EVALUACIÓN: Objetivos parcialmente cumplidos.

- La valoración de los objetivos planeados para este diagnóstico deberá hacerse a largo plazo, pero en relación a que los cuidadores identifiquen los factores estresantes y manifiesten su deseo de seguir desempeñando su papel se dieron grandes avances en las pláticas que se sostuvieron con ellos.

## CONCLUSIONES

La evolución de la profesión de enfermera, ha sido bastante compleja, hemos visto que el cuidado fue el punto de partida, cuya finalidad, en sus inicios, era asegurar la continuidad de la vida y de la especie, de ahí que el propósito fundamental fuese el de proporcionar cuidados en torno a la fecundidad; cuidados para las mujeres por las mujeres mismas. También es aquí donde se comienza a tener una concepción de trabajo manual y, en el mejor de los casos, de arte; arte aprendido en condiciones sociales de desventaja, ya que la práctica era relegada a los esclavos y sirvientes y a las mujeres; quienes eran consideradas jurídicamente menores y sin posibilidades de desarrollo intelectual.

Con la presencia de Florence Nightingale se da un giro hacia la profesionalización, no obstante la enfermería a partir de ese momento se vio inmersa en la práctica medicalizada y dependiente de la enfermedad. No fue sino hasta mediados del siglo XX en que, con el surgimiento de teorías como la de Sistemas y de trabajos humanísticos como la jerarquización de necesidades de Maslow, que la enfermería también repunta hacia la teoría como la base del conocimiento y de la práctica.

Partiendo de la premisa de que una profesión debe contar con conocimientos, destrezas y preparación especial, y que a su vez, los individuos que la desarrollan deben estar comprometidos con su práctica, vemos que en enfermería, existe la necesidad de una formación prolongada, científica y especializada y que los criterios para la educación y la práctica deben estar

determinados por quienes la asumen, con el fin de conjugar una agrupación con intereses afines y de defensa de la autonomía.

Ahora bien, el modelo de Virginia Henderson constituye el marco ideal para el desarrollo profesional ya que en él se encuentran definidos los postulados y valores que sustentan el rol de la enfermera, el cual es altamente humanístico y proporciona cuidados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas.

La Teoría de Enfermería, conjugada con el Proceso, permite aplicar los conocimientos de una manera metódica, científica, reflexiva y resolutiva hacia los usuarios de los servicios de salud y, más aun, de manera holística y con un alto sentido humano.

Tanto la Teoría como el Proceso son sin duda, en la actualidad, valiosos instrumentos para brindar una atención verdaderamente profesional, sin embargo, se debe reconocer que aun estamos muy lejos de aplicarlos como el eje fundamental de la práctica, todavía las enfermeras estamos inmersas en la enfermería medicalizada y subordinada a la hegemonía médica.

Por lo tanto enfermería tiene que desmarcarse de la influencia médica, sin que ello signifique disociación de ideas, sino un establecimiento de funciones propias que en su conjunto deben ir encaminadas hacia la planificación y ejecución de un programa global, que evidencie la afirmación de Henderson, de que **todos los miembros del grupo de salud deben considerar a la persona que atienden como la figura central de la asistencia.**

En otro orden de ideas, la elaboración de este Proceso, particularmente para mí, significó un reto, ya que anteriormente y a pesar de una larga experiencia profesional, yo carecía de los conocimientos y las habilidades metodológicas para la aplicación del proceso de enfermería y menos aún con el enfoque de la Teoría enfermera y del modelo de Virginia Henderson, de ahí que la culminación del mismo, para mí, signifique un gran logro, el cual, al mismo tiempo, me ha dejado muchas satisfacciones e inquietudes con respecto a contribuir a la difusión de esta forma de trabajo y de conocimiento, que estoy segura, de alguna manera permitirán el reconocimiento social y por ende la adquisición de una identidad propia de la profesión de enfermería.

## SUGERENCIAS

Se ha reconocido que la profesión debe contar con un cuerpo de conocimientos, unificados y acordes a la realidad socio-histórica, económica y política del país, con un cuerpo ético que dicte los valores y las normas de la profesión.

Algunas de las tareas más importantes que, en este sentido, hay que emprender son las de dirigir nuestra atención al individuo sano o enfermo y no hacia la enfermedad, a la prevención más que a la curación y hacia la investigación de los elementos y naturaleza de los cuidados de enfermería, como la esencia de la práctica, lo que aunado a la desmarcación de la influencia médica, permitirán adquirir una profesión con identidad propia.

La Teoría y el Proceso de enfermería. que constituyen los elementos teórico-metodológicos para la práctica profesional, han de ser mayormente difundidos. Asimismo debe existir un compromiso tanto de las instituciones prestadoras de los servicios como de las educativas para conjugar esfuerzos que permitan diseñar modelos e instrumentos de trabajo para la aplicación práctica de ambos.

# ANEXOS

## ALTERACIONES DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

### VARIACIONES NORMALES DURANTE EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es parte del ciclo de la vida; los efectos varían ampliamente de un individuo a otro, no progresa a un ritmo uniforme y en un individuo pueden existir sólo algunas de sus características.<sup>55</sup>

A esta etapa de la vida se le puede definir como un proceso secuencial, acumulativo, irreversible, no patológico, de deterioro del organismo maduro, propio de todos los miembros de una especie, de manera que con el tiempo, se vuelve incapaz de hacer frente al estrés del entorno y, aunque no necesariamente, se encuentra vinculado a estados patológicos, que de alguna manera incrementan la posibilidad de morir.<sup>56</sup>

Aunque este proceso es altamente individual en sus manifestaciones y algunas personas se adaptan mejor que otras, por lo general, las personas mayores presentan cambios de diversa índole, que van desde alteraciones físicas, emocionales, laborales, sociales y económicas; las que en muchas ocasiones sobrecargan su habilidad de adaptación y hacen del anciano una persona muy vulnerable.

Con el incremento de la edad, aparecen cambios en los órganos sensoriales, experimentándose, una disminución de los impulsos nerviosos,

---

<sup>55</sup> Martin T. Susan, *et. al.*, *Normas para el Cuidado de Pacientes*, Ediciones Doyma, Barcelona, España. 1991 p. 34.

<sup>56</sup> Babb Stanley, Pamela, *Manual de Enfermería Gerontológica*, Ediciones Económicas de Enfermería, Mc. Graw-Hill. Interamericana, 1998 p. 3.

que da como resultado el abatimiento de la función integradora del sistema nervioso y de la capacidad de reserva hacia la presencia del estrés.<sup>57</sup>

Los cambios que comúnmente se observan a este nivel son: descenso en la velocidad de conducción que conlleva a la disminución del sentido del olfato, del gusto, de la posición, de la sensibilidad táctil y de la sensibilidad a las temperaturas extremadamente frías o calientes.

En cuanto a los cambios físicos más frecuentes se observa: disminución de la talla, pérdida o incremento ponderal, orejas y nariz de apariencia mayor, formación de arrugas, resequedad de la piel, decoloración de la esclerótica, disminución de la visión periférica, pérdida auditiva, pérdida de la percepción del gusto, retracción de las encías, adelgazamiento de la piel y del cabello así como decoloración de éste último, entre otras. Dentro de las variaciones por aparatos y sistemas se pueden presentar:

\* Sistema respiratorio.- descenso del volumen corriente, descenso de la perfusión periférica y desviación traqueal, en caso de escoliosis.

\* Sistema cardiovascular.- descenso de la frecuencia y del gasto cardíaco y pulso arterial fácilmente palpable.

\* Aparato gastrointestinal.- disminución de la salivación, disminución de la secreción ácida gástrica y estreñimiento.

\* Aparato genitourinario.- frecuente micción nocturna (nicturia) e incontinencia urinaria en algunos casos.

---

<sup>57</sup> Babb Stanley, Pamela, *Op. Cit.*, p. 11-13.

\* Sistema músculo- esquelético.- descenso de la rapidez de los movimientos, disminución de la masa muscular y postura con amplia base.<sup>58</sup>

En otro orden de ideas y dado que el tema que nos ocupa en este proceso es con relación a un paciente, adulto mayor, con enfermedad renal crónica (nefropatía), a continuación se abordan algunas de las alteraciones más comunes que se observan en este padecimiento, a fin de tener un marco de referencia que permita definir la problemática fisiopatológica que presenta nuestro paciente, en lo particular.

#### **ALTERACIONES DE SALUD EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) puede tener origen en múltiples entidades, tanto primarias como secundarias, dentro de las primeras están las glomerulonefritis primarias sin enfermedad sistémica, en las secundarias se encuentran alteraciones metabólicas como la Diabetes Mellitus, inmunológicas como el Lupus Eritematoso, neoplásicas, etc., en este sentido y según las estadísticas norteamericanas, el 29% de los casos es debido a Nefropatía Diabética.<sup>59</sup>

Para las estadísticas del IMSS, y de acuerdo al diagnóstico situacional elaborado para evaluar el impacto alcanzado del Programa de Diálisis

---

<sup>58</sup> Martin T. Susan. *Op.Cit.*, 35-36.

<sup>59</sup> Cala H. R. Alfredo, *et. al.*, *Fundamentos de Medicina. Nefrología*, 3ª edición, Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín, Colombia, p.192.

Peritoneal en 1993, se estableció que el 50% de los enfermos atendidos corresponde a esta patología de origen.<sup>60</sup>

La IRC causada por Nefropatía Diabética es una complicación tardía de la Diabetes Mellitus que ocurre en cerca de la mitad de los pacientes dependientes de insulina, de igual manera, las probabilidades de desarrollarla se presentan en mayor grado en pacientes con menor control glucémico.

La primera manifestación de la nefropatía generalmente es la albuminuria, la cual se presenta 15 o 20 años después del comienzo de la enfermedad. Una vez que la proteinuria aumenta se presenta el síndrome nefrótico, hipertensión arterial e insuficiencia renal.<sup>61</sup>

Se define como insuficiencia renal crónica (IRC), al deterioro progresivo e irreversible de la función renal, que puede originarse en patologías metabólicas, vasculares o inmunológicas, las cuales comprometen tanto el glomérulo como el túbulo-intersticio o los vasos, y que causan en la fase más avanzada de la enfermedad un cuadro originado en la retención de sustancias tóxicas, conocido como uremia.<sup>62</sup>

Hasta el momento no existe una clasificación de la IRC, sin embargo, con fines de diagnóstico, tratamiento y pronóstico puede dividirse en:

**Leve:** cuando se conserva entre el 50-70% de la función, el paciente es

---

<sup>60</sup> Dirección de Prestaciones Médicas. *Criterios Técnico-Médicos para el tratamiento dialítico de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en etapa avanzada*, IMSS, 1996., p. 1.

<sup>61</sup> Cala H. R. Alfredo, *Op. Cit.*, p. 387 y 126.

<sup>62</sup> *Ibid.*, p. 191

asintomático y la creatinina sérica se conserva en niveles cercanos a 2 mg%. **Moderada:** cuando la función renal se mantiene entre el 20 y 49%, hay retención de nitrogenados y valores de creatinina entre 2 y 6 mg%, y donde se hacen evidentes algunos cambios como anemia leve, alteraciones dermatológicas y aliento urémico, entre otros. **Severa:** cuando la función se encuentra entre 10 y 19%, con niveles de creatinina entre 8 y 10 mg%, haciéndose evidente la enfermedad, manifestándose por temblor, fatigabilidad, astenia, adinamia, alteraciones del sueño, etc. **Terminal:** cuando la función es menor del 10% en el que ya se considera un estado (uremia) que requiere medidas drásticas de sostenimiento como la diálisis peritoneal, hemodiálisis y/o trasplante renal.<sup>63</sup>

Para establecer el diagnóstico, como ya se ha mencionado, se hace a través de la valoración de los **niveles séricos de creatinina**, siendo su valor normal de 0.5-1.5 mg/dl; por otro lado, también existe la **prueba de depuración de creatinina** con la cual se determina el grado de función renal, esta prueba se basa en que la creatinina es un producto del metabolismo de la creatina en el músculo esquelético y su liberación al plasma es relativamente constante aún con cambios importantes en la ingesta, lo que hace que su concentración plasmática (Pcr) sea también constante mientras su excreción no se vea alterada. Otra de sus características es que tiene libre filtración glomerular y no experimenta reabsorción tubular ni metabolismo renal. Sin embargo, hay cierto grado de secreción a nivel del túbulo proximal que hace que la creatinina urinaria (Ucr) sea alrededor de un 10% mayor que la Pcr, lo cual, al hacer la cuantificación en el laboratorio, pudiera considerarse como un

---

<sup>63</sup> Cala H. R. Alfredo, *Op. Cit.*, p. 192-193.

error, sin embargo esto queda compensado ya que al cuantificar la creatinina plasmática, con los métodos de laboratorio, ésta se sobrestima en alrededor de un 10%; por lo tanto la depuración de creatinina (Dcr) es una muy buena aproximación para determinar la función glomerular. Para tal efecto se aplica la siguiente fórmula:  $\frac{V \times U_{rc}}{P_{cr}} = D_{cr}$

Pcr

Donde V es el volumen urinario por minutos calculado sobre la recolección de orina de 24 horas, multiplicado por el valor de creatinina urinaria, sobre el valor de creatinina plasmática, de ahí la importancia de realizar una adecuada recolección de orina para este estudio. El valor normal se estima alrededor de 100 ml/min para 1.73 m<sup>2</sup> de superficie corporal en el adulto.<sup>64</sup>

Otro examen diagnóstico significativo es la Biometría Hemática en la que se cuantifican variables grados de anemia, derivada de la inhibición de la función renal de eritropoyesis.

La uremia es un síndrome clínico, resultado de la falla renal crónica y terminal, ocasionado por la acumulación de toxinas que normalmente son eliminadas por el riñón. En el paciente urémico se presentan alteraciones de varios sistemas, dentro de los que se destacan los síntomas neurológicos, cambios mentales, fatigabilidad, astenia, calambres musculares, estupor, convulsiones y coma, como preámbulo de la muerte inminente.

---

<sup>64</sup> Cala H. R. Alfredo, *Op. Cit.*, p. 62-63.

Son muchos los elementos considerados como toxinas urémicas, sin embargo, los más importantes y generadores de la mayoría de las alteraciones que se presentan en los pacientes son: **Urea**: el cual es el principal producto del metabolismo nitrogenado, y cuando la función renal se deteriora se acumula en todos los líquidos orgánicos. **Creatinina**: que es un derivado de la creatina, existente básicamente en la musculatura esquelética y se ha observado que inhibe la proliferación y maduración de los glóbulos rojos. **Ácido úrico**: es el producto final del metabolismo de las purinas, y aunque en el paciente urémico los niveles son muy elevados, rara vez se presentan manifestaciones articulares.<sup>65</sup>

Los mecanismos mediante los cuales se presentan las principales alteraciones clínicas de esta entidad patológica son los siguientes:

El daño glomerular puede permitir que las proteínas y glóbulos rojos escapen hacia la orina, provocando albuminuria (proteinuria) y hematuria. Cuando la destrucción glomerular es severa, se presentará oliguria, así como retención de nitrógeno ureico en la sangre, creatinina, ácido úrico, fosfatos y potasio. Conforme la función tubular también disminuye, la orina permanece en una densidad fija alrededor de 1.010, y ocurre acidosis, a causa de la disminución de la capacidad tubular para secretar iones de hidrógeno y regenerar el bicarbonato. La conservación de los niveles normales de sodio, potasio y bicarbonato en suero, no puede ser llevada a cabo. La concentración de sodio en el suero puede estar alta o baja en una insuficiencia renal avanzada, porque tanto la excreción como la conservación renal del sodio son

---

<sup>65</sup> Cala H. R. Alfredo, *Op. Cit.*, p. 194.

anormales. La elevación de potasio en el suero es uno de los problemas más peligrosos, por el riesgo inminente de arritmias e insuficiencias cardíacas.

El fosfato también es retenido por el riñón, lo que causa disminución del calcio en suero. Además la vitamina D no puede ser utilizada en forma adecuada para contribuir a la regulación del calcio y fósforo, y aparece hipoparatiroidismo secundario. El resultado de este conjunto de circunstancias es la osteodistrofia renal, manifestada por dolor de huesos, calcificaciones peri-articulares o de otros tejidos blandos y fracturas patológicas.

A menudo se desarrollan graves problemas cardiovasculares. La hipertensión, que causa aún mayor daño e izquemia a los riñones, corazón y cerebro, se debe comúnmente a la retención de sodio y agua, más que al mecanismo renina-angiotensina. La retención de agua y sodio, hipocalcemia, hipermagnesemia, hiperpotasemia, acidosis, anemia y enfermedad vascular hipertensiva, predisponen a insuficiencia cardíaca congestiva e irritabilidad cardíaca y en ocasiones se desarrolla pericarditis con derrame. La encefalopatía hipertensiva causa un aumento de la presión intracraneana, cefaleas, irritabilidad, ataques de apoplejía, coma y, combinada con deficiencias de la coagulación, contribuyen a alteraciones retinianas y accidentes cerebrovasculares.

El sistema nervioso es afectado no sólo por las alteraciones vasculares, sino también por otras alteraciones funcionales diseminadas y variadas del tejido nervioso autónomo, central y periférico. Los cambios en la función mental y la personalidad causan gran aflicción al paciente y su familia así como al equipo médico. Al avanzar la hiperazoemia, el paciente puede

mostrar disminución de su capacidad para concentrarse, recordar o cooperar, así como somnolencia, estupor y coma. Emocionalmente, puede volverse apático y retraído, o irritable, exigente, agitado o psicótico. A menudo se presentan contracciones musculares involuntarias, calambres y ataques, así como neuropatía periférica progresiva.

El aparato gastrointestinal también está profundamente afectado por la insuficiencia renal. La hemorragia de cualquiera de sus partes (manifestada por hematemesis o melena) es probable dada la alteración en la función plaquetaria y un aumento de la fragilidad capilar. La estomatitis, esofagitis y gastritis son comunes. EL sabor metálico, pérdida del olfato, aliento con olor de orina, anorexia y vómitos contribuyen grandemente al infortunio del paciente y la dificultad de mantener una ingestión óptima de alimentos, líquidos y medicamentos. El desequilibrio electrolítico suele causar náusea, vómito y diarrea.

Como se ha mencionado, la disminución en la cohesión de las plaquetas causa un aumento del tiempo de hemorragia. Además, hay otra deficiencia hemática en la producción de eritropoyetina, sin ella, la médula ósea produce eritrocitos que son inadecuados en número y vida media, por lo cual el paciente está pálido anémico y fatigado.

La piel del paciente no es solamente pálida a causa de la anemia, sino amarilla o grisácea, como resultado de los pigmentos de urocromo; también pueden aparecer cristales de urea (escarcha urémica). Asimismo las glándulas sebáceas y sudoríparas se vuelven menos activas, dando como resultado una piel seca escamosa y pruriginosa que atormenta al paciente y que éste, en un

intento por disminuir las molestias, se rasca, produciéndose lesiones e infección.

El aparato respiratorio suele estar afectado por la sobrecarga de líquidos, produciéndose, edema pulmonar, hemorragia intrapulmonar, derrame pleural y neumonía.<sup>66</sup>

Desde el punto de vista sexual existe una disfunción, manifestada por impotencia producida por enfermedad vascular, anemia y disminución de los niveles de testosterona circulante, también se presenta oligospermia y displasia de las células germinales.<sup>67</sup>

## TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Se ha visto que son múltiples y muy variadas las alteraciones encontradas en estos pacientes, por lo que el tratamiento médico a seguir, se enfoca hacia tres aspectos fundamentales: La dieta, el tratamiento medicamentoso y la diálisis peritoneal.

\* Dieta: La dieta constituye uno de los manejos más importantes de la IRC, ya que puede disminuir la progresión de la enfermedad renal en estadios iniciales, o ayudar a aliviar algunos de los síntomas en el estado terminal. Los aportes calóricos deben corresponder a las necesidades del paciente. En cuanto a las **proteínas** su consumo dependerá del grado de pérdida de la función renal, recomendándose de 0.4 a 0.6 g/Kg de peso/ día, con una función

---

<sup>66</sup> Brooks, Stewart M., et. al. *Guía para el Examen Profesional de Enfermería*, 1ª edición, Mc Graw-Hill. Interamericana, México, 1981 p. 62-63.

<sup>67</sup> Cala, H. R. Alfredo, *Op. Cit.*, p. 367

glomerular menor de entre 25 y 79 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> de superficie corporal; destinando la mitad al consumo de alimentos de alto valor biológico (huevo, leche, carne). Esto puede ser modificable de acuerdo a si el paciente se encuentra bajo tratamiento dialítico o no; en cuyo caso el aporte proteico se debe aumentar ya que a través de la diálisis se pierde gran cantidad de proteína. **Los lípidos** se encuentran elevados debido a la depuración deficiente, por lo que su manejo debe estar bajo permanente vigilancia, sobre todo en cuanto a las grasas saturadas y no saturadas. Asimismo los **carbohidratos** deben tener estricto control y deben constituir entre el 45 y 55% del valor calórico total de la dieta, sin embargo es importante tener siempre en mente otras situaciones del paciente como obesidad, diabetes, etc.

Se ha mencionado la existencia de **hiperfosfatemia** conjuntamente con la reducción de calcio sérico, situación que debe ser abatida por medio de la restricción de la ingesta de **fósforo** la cual queda restringida al disminuir la ingesta de proteínas; no obstante cuando el paciente se está dializando y es necesario el incremento de proteínas en la dieta, se hace necesario recurrir a la ministración de quelantes del fósforo, tales como el hidróxido de aluminio y el carbonato de calcio, el cual sirve a su vez, para recuperar los niveles de calcio sérico disminuidos a causa del fosfato retenido. La **hipermagnesemia** también se reduce al disminuir el aporte proteico, pero hay que tener cuidado en evitar medicamentos que contengan magnesio, como los laxantes y los antiácidos. En cuanto a las restricciones de agua y sodio, éstas deben ser bajo estrictos balances, siendo positivo el balance de sodio ante el incremento de peso y la presencia de edema, se recomienda un aporte de sal de 4-5 gramos al día. En cuanto a la **hiperkalemia** las medidas de control es mediante la

restricción en el consumo de alimentos ricos en potasio tales como plátano, uvas, cítricos y frutas en conserva, pero a veces es necesario, ministrar un ligador de potasio además de tener la precaución de que, cuando sea necesario ministrar diuréticos, éstos no sean del tipo ahorradores de potasio, también la sal sustituta (KCL) se debe evitar y se recomienda un aporte de 2g/día. <sup>68</sup>

\* Terapia medicamentosa: Es importante aclarar que se debe poner especial cuidado en la ministración de medicamentos a estos pacientes, porque aunque los requerimientos medicamentosos son muy altos debido al compromiso de diversos aparatos y sistemas de la economía, se debe recordar que el principal órgano afectado es el riñón y por ende la función excretora está nulificada.

Normalmente la terapéutica va encaminada a medidas de sostén a través de **Hidróxido de aluminio y Carbonato de Calcio** como quelantes del fósforo, estando contraindicados los geles con magnesio, se recomienda administrarlos inmediatamente después de las comidas. El **Carbonato de Calcio**, además de tener la función mencionada, y conjuntamente administrado con **vitamina D** sirve para mejorar su absorción abatiéndose la **hipocalcemia sérica** que se presenta. El **sulfonato sódico de poliestireno (kayexalate)** como ligador de potasio; sirve para disminuir la hiperkalemia.

En cuanto a los **complementos vitamínicos**, se recomienda en general dar un aporte de **ácido fólico** de 1mg/día, **Piridoxina** 5mg/día, **ácido ascórbico** 70 a 100 mg/día, el **sulfato ferroso** también está indicado, más aún

---

<sup>68</sup> Cala, H. R. Alfredo, *Op. Cit.*, p. 405-406

cuando los pacientes están siendo tratados con **eritropoyetina**. La **vitamina A** **está contraindicada**, pues en la uremia se encuentra elevada. Con cierta frecuencia se puede indicar el uso de **emolientes** y **drogas antihistamínicas** en un intento de disminuir las molestias del prurito.<sup>69</sup>

Por otro lado uno de los más importantes y significativos avances en el tratamiento de los pacientes con falla renal crónica, en los últimos cinco años, ha sido la eritropoyetina, ésta es una glicoproteína secretada por el riñón, en respuesta a la hipoxia causada por la anemia, mecanismo que se encuentra inhibido en estos pacientes. En el laboratorio se ha logrado crear la eritropoyetina recombinante humana (EPO) para tratamiento de la anemia de estos pacientes.<sup>70</sup>

En el IMSS se han establecido ciertos lineamientos para el tratamiento con EPO; siendo sus principales objetivos: elevar la hemoglobina a 10 mg, incrementar el estado de bienestar del paciente, mejorando sus capacidades cognoscitivas, sexuales, de trabajo y de tolerancia al ejercicio y disminuir o evitar las transfusiones sanguíneas. La dosis inicial será de 25 a 50 UI/kg por vía subcutánea tres veces por semana durante 2 semanas, incrementándose la dosis según sea necesario hasta lograr recuperar las cifras de hemoglobina y posteriormente se dan dosis de mantenimiento con controles de hemoglobina cada cuatro semanas.<sup>71</sup>

---

<sup>69</sup> Cala, H. R. Alfredo, *Op. Cit.*, p. 195-200

<sup>70</sup> *Ibid.*, p. 204.

<sup>71</sup> Dirección de Prestaciones Médicas, *Op. Cit.*, p. 29 y 30

\* Diálisis peritoneal: Otro de los logros más significativos en el tratamiento de los pacientes con IRC, ha sido la diálisis peritoneal, sistema el cual desde sus inicios en 1965, se ha venido perfeccionando para beneficio de los usuarios. En la actualidad existen dos modalidades en su aplicación: La Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) y la Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI); la primera es considerada la ideal ya que por medio de ella se consigue una mayor libertad del paciente en la realización de sus actividades cotidianas y se reducen las estancias hospitalarias con la consecuente reducción de gastos, En la segunda no se dan del todo estas condiciones, sin embargo el principal objetivo es que el paciente, en el menor tiempo posible, pase a la primera modalidad, por lo que se considera transitoria.

Los principios de funcionamiento de la diálisis se basan en los experimentos efectuados por Thomas Graham, físico escocés, que datan de más de 130 años, en los que interponiendo un parche de corteza vegetal entre soluciones con coloides y cristaloides, obtuvo el paso de agua y cristaloides, pero no de coloides. Usando la orina como substrato pudo remover una sustancia, la cual llamó Urea y al método diálisis (paso de sustancias a través de una membrana semipermeable).

Para los procedimientos de diálisis se utilizan membranas semipermeables, en este caso dicha membrana es el peritoneo, que separan dos compartimentos, uno para la sangre que contiene las sustancias a dializar: urea, creatinina, ácido úrico, potasio, magnesio, hormonas y otras toxinas urémicas llamadas moléculas de tamaño intermedio y el otro para la solución tampón o dializante que se desplace en sentido contrario y tiene una

concentración de solutos similar al suero (sodio, cloro, calcio, magnesio, bicarbonato y glucosa). La membrana permite el paso de esas sustancias por medio de leyes físicas basadas en gradientes de concentración y de presiones; osmótica e hidrostática.<sup>72</sup>

El peritoneo es una membrana semipermeable con una amplia red vascular la cual expone las sustancias a depurar, su superficie varía de 1.5 a 4 metros cuadrados según el tamaño del paciente.

El líquido de diálisis es introducido a la cavidad peritoneal a través de un catéter, comúnmente el desarrollado por Tenckhoff, el cual es flexible y adaptado para tener un segmento subcutáneo para disminuir así el desarrollo de infecciones. Después de un tiempo determinado de permanencia de la solución en esta cavidad (equilibrio), es descartada y reemplazada por otra.<sup>73</sup>

Es pertinente mencionar, que en el campo de sistemas de entrada y salida y de las soluciones dializantes los laboratorios Baxter han tenido una gran y comprometida participación, habiendo desarrollado hasta hoy día, el llamado “sistema de bolsas gemelas”, que por su diseño, permiten, por un lado, mayor libertad del paciente para el desarrollo de sus actividades cotidianas y por ende una mejor calidad de vida y por el otro la reducción de las temidas infecciones peritoneales. La participación de estos laboratorios no solamente se circunscribe a estos aspectos; sino que, conjuntamente con el Sector Salud, llevan a cabo convenios para ofrecer un servicio completo a los usuarios que ingresan al programa de DPCA; que incluye aspectos de atención

---

<sup>72</sup> Cala, H. R. Alfredo, *Op. Cit.*, p. 361.

<sup>73</sup> *Ibid.*, p. 364.

domiciliaria y de educación continua tanto a pacientes y familiares como a instituciones de salud.<sup>74</sup>

El Instituto Mexicano del Seguro Social dada la gran demanda de sus derechohabientes hacia este tipo de tratamiento, se ha visto en la necesidad de establecer lineamientos pertinentes para su control, y define a la DPCA como el procedimiento dialítico que el paciente con Insuficiencia Renal Crónica en Etapa Avanzada (IRCEA) puede realizar por sí mismo o asistido por un familiar, previa capacitación corroborada por parte del equipo multidisciplinario, para lo cual se utilizará un promedio de 8 litros de solución dializante, distribuidos en 4 cambios diarios durante los 7 días de la semana.

La inclusión de los pacientes al programa, se hace a través de establecer una IRCEA con irreversibilidad demostrada, independientemente de la etiología, con una prueba de depuración de creatinina igual o menor a 10ml/min en pacientes diabéticos y con existencia de cavidad abdominal útil.

Ante la falta de cooperación del paciente o de la familia y en casos de pacientes dependientes, la modalidad será la de DPI; la que se define como el procedimiento de diálisis peritoneal programado, que se realiza intrahospitalariamente utilizando un catéter blando o rígido, como parte del tratamiento de los pacientes con IRCEA y que es transitorio en tanto ingresan a un programa de tratamiento ambulatorio. Esta modalidad terapéutica no es técnicamente superior a la diálisis ambulatoria y la calidad de vida que ofrece no es superior a la ofrecida por ésta última y por la hemodiálisis. El

---

<sup>74</sup> Baxter, *Manual de Capacitación del Paciente en Diálisis Peritoneal*, editado por la División Renal, México, 1997 p. 5-73.

procedimiento puede ser manual o por medio de máquinas cicladoras una vez por semana, los criterios para la inclusión a esta modalidad, son los mismos que los de la DPCA.<sup>75</sup>

---

<sup>75</sup> Dirección de Prestaciones Médicas. *Op. Cit.*, p. 7-14.

## **GLOSARIO**

**Albuminuria.** Presencia de albúmina en la orina.

**Anasarca.** Acumulación de suero en los tejidos conectivos del organismo.

**Anemia.** Trastorno en el cual la sangre es deficiente en cantidad o calidad; más precisamente una disminución de glóbulos rojos, hemoglobina o ambos.

**Anorexia.** Pérdida del apetito.

**Apoplejía.** Estado patológico agudo caracterizado por daño neurológico causado por una lesión vascular aguda del cerebro (hemorragia, trombosis o embolia).

**Calcificación.** Endurecimiento de un tejido por depósito patológico de sales insolubles de calcio.

**Catéter.** Sonda usada para sacar el líquido de las cavidades corporales.

**Creatinina.** Anhídrido de creatina (derivado de la creatina y presente en la orina. Valores normales séricos: 0.7 a 1.5 mg/dl. Valores urinarios normales: 15 a 25 mg/kg/día.

**Diagnóstico.** Determinación de una enfermedad por los síntomas.

**Diálisis.** Propiedad que tienen ciertos cuerpos de atravesar las membranas porosas. Método terapéutico para eliminar los desechos del organismo producidos por la Insuficiencia Renal.

**Duelo.** Dolor, pena. Sentimiento por la muerte de una persona.

**Edema.** Exceso de líquidos en los espacios intercelulares.

**Emoliente.** Que ablanda.

**Encefalopatía hipertensiva.** Alteración degenerativa del encéfalo causada por hipertensión arterial sistémica crónica.

**“Fetor Uremicus”.** Aliento con olor a orina.

**Glomerulonefritis.** Enfermedad renal caracterizada por alteraciones inflamatorias de los glomérulos.

**Hematemesis.** Vómito de sangre, proveniente de tubo digestivo alto.

**Hematuria.** Presencia de sangre en la orina.

**Hemoglobina.** Pigmento portador de oxígeno de los eritrocitos. Valores normales en hombres: 13 a 16 mg/dl.

**Hiperazoemia.** Exceso de urea u otros compuestos nitrogenados en la sangre.

**Holístico.** Un todo interactivo, unificado.

**Insomnio.** Falta de sueño, dificultad para dormir normalmente.

**Insuficiencia.** Incapacidad, disminución cualitativa o cuantitativa del funcionamiento de un órgano.

**Melena.** Evacuación negruzca debido a la presencia de sangre digerida.

**Método.** Modo de decir o hacer una cosa con orden y según ciertos principios.

**Metodología.** Parte de una ciencia que estudia los métodos que ella emplea. Aplicación de u método.

**Modelo.** Objeto que se reproduce o imita, representación de alguna cosa en pequeña escala.

**Necrobiosis.** Muerte localizada de tejido, producida por la proliferación de organismos patógenos.

**Nefropatía.** Enfermedad del riñón

**Neuropatía periférica.** Compromiso de los nervios sensitivos distales en las extremidades, manifestada por movimientos constantes de los pies.

**Nicturia.** Incremento de la frecuencia de micciones durante la noche.

**Oliguria.** Eliminación de volumen de orina menor de 500 ml. en 24 horas.

**Ortopnea.** Incapacidad para respirar, salvo cuando se está en posición sentada.

**Ostealgias.** Dolor de huesos.

**Paradigma.** Ejemplo, modelo.

**Peritoneo.** Membrana serosa que recubre la cavidad abdominal y su contenido.

**Postulados.** Proposición que hay que admitir sin pruebas para establecer una demostración. Principio muy claro y evidente.

**Presión hidrostática.** Presión dentro de los capilares que tiende a sacar líquido a través de las paredes de éstos.

**Presión osmótica (presión oncótica).** Presión del plasma sanguíneo debida principalmente a albúmina sérica.

**Prurito.** Comezón intensa.

**Quelante.** Propiedad de un metal de incorporarse a un anillo orgánico.

**Semiología.** Parte de la medicina que trata de los síntomas de las enfermedades.

**Taxonomía.** Clasificación.

**Teoría.** Conocimientos especulativo puramente racional, opuesto a práctica.

**Urocromo.** Pigmento amarillo de la orina.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- BALDERAS P. Ma. de la Luz., Administración de los Servicios de Enfermería, Interamericana. Mc. Graw-Hill, México, 2ª edición, 1988. 257 p.
- POLIT Denise F., Investigación Científica en Ciencias de la Salud, 3ª edición, Interamericana. Mc. Graw-Hill, México, 1991. 563 p.
- HERNÁNDEZ C. Juana., Historia de la Enfermería. Un análisis Histórico de los Cuidados de Enfermería, 1ª edición, Interamericana. Mc. Graw-Hill, Madrid, 1995. 195 p.
- COLLIÈRE Marie F., Promover la Vida, 1ª edición, Interamericana. Mc. Graw-Hill, Madrid, 1993. 395 p.
- DONAHUE M. Patricia., Historia de la Enfermería, Tr. Maria Picazo y Carmen Hernández, Edit. Doyma, Barcelona, 1998.
- KOZIER Bárbara, *et. al.*, Enfermería Fundamental I, Carlos J. Bermejo Ceja y otros, 4ª edición, Interamericana. Mc. Graw-Hill, Madrid, 1993.
- WESLEY Ruby L., Teorías y Modelos de Enfermería, 2ª edición, Mc. Graw-Hill, Interamericana, México, 1997. 179 p.
- FERNÁNDEZ Ferrín Carmen, *et. al.*, El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos, Masson-Salvat, Barcelona, 1995. 113 p.
- PHANEUF Margot, Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de Enfermería, Tr. Carlos Ma. López González y Julia López Ruiz, Mc. Graw-Hill, 1993.
- ALFARO Rosalinda, Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica, Tr. Ma. Tera Luis Rodrigo, 3ª edición, Mosby-Doyma, Madrid, 1996. 251p.
- IYER Patricia W., *et. al.*, Proceso y Diagnóstico de Enfermería, Tr. Carmen Vallador Martínez, 3ª edición, Mc. Graw-Hill, Interamericana. México, 1997. 447 p.

- TAPTICH Bárbara J., Diagnóstico de Enfermería y Planeación de Cuidados, Tr. Ma. Teresa Aguilar Ortega. 1ª edición, Interamericana. Mc. Graw-Hill, México, 1992. 257 p.

- MARTIN T. Susan, *et. al.*, Normas para el Cuidado de Pacientes, 1ª edición española, Ediciones Doyma, Barcelona, España, 1991. 1005 p.

- VELEZ A. Hernán., *et. al.*, Fundamentos de Medicina. Nefrología, 3ª edición, Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín, Colombia, 1993. 426 p.

- BROOKS Stewart M., *et. al.*, Guía para el Examen Profesional de Enfermería, Tr. Victor de la Garza Estrada y Ma. Emilia Picazo Guadarrama, 1ª edición en español, Nueva Editorial Interamericana, México, 1981. 494 p.

- HENDERSON Virginia A., La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después, Tr. Susan Hasse Casanovas, 1ª edición, Mc. Graw-Hill. Interamericana de España S. A., Madrid, 1994. 115 p.

- BABB Stanley Pamela., Manual de Enfermería Gerontológica, 1ª edición en español, México, 1998. 42 p.

- KOZIER B. Bárbara, *et. al.*, Tratado de Enfermería Práctica, Tr. Dr. Santiago Sapiña Renard, 1ª edición, Editorial Interamericana S. A., México, 1970. 373 p.

- LUIS Rodrigo Ma. Teresa, Diagnósticos Enfermeros. Un Instrumento para la Práctica, 3ª edición, Harcourt Brace, Madrid. 231 p.

- GARCÍA-PELAYO y Goss Ramón, Nuevo Diccionario Enciclopédico Larousse Ilustrado, tomos I, II y III, 2ª edición, Ediciones Larousse, México, 1984. 997 p.

- ALPERT Elmer, El Manual Merck, 5ª edición, Merck Sharp & Dohme International, New Jersey, E. U. A., 1974. 1683 p.

- RODRÍGUEZ Carranza Rodolfo, Vademécum Académico de Medicamentos, 3ª edición, Mc. Graw-Hill. Interamericana, México, 1999. 1025 p.

- BAXTER, Manual de Capacitación en Diálisis Peritoneal, editado por la División Renal, México, 1997. 73 p.
- PRESTACIONES MÉDICAS Dirección de., Criterios Técnico-Médicos para el Tratamiento Dialítico de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Etapa Avanzada, IMSS, 1996. 40 p.
- HIGASHIDA H. Bertha Yoshiko, Ciencias de la Salud, 1ª edición, Mc. Graw-Hill, México, 1983. 461 p.

# FORMATO PARA LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Procedencia: \_\_\_\_\_ Fuente de información: \_\_\_\_\_  
Fiabilidad: (1-4): \_\_\_\_\_ Miembro de la familia / persona significativa \_\_\_\_\_

## VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1. Necesidades básicas de oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación

### a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: \_\_\_\_\_ Tos productiva /seca: \_\_\_\_\_ Dolor asociado con la  
respiración \_\_\_\_\_ Fumador: \_\_\_\_\_  
Desde cuándo fuma /cuántos cigarrros al día /varia la cantidad según su estado emocional :  
\_\_\_\_\_

Objetivo:

Registro de signos vitales y características : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tos productiva /seca: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia: \_\_\_\_\_  
Coloración de piel /lechos ungueales /peribucal: \_\_\_\_\_  
Circulación del retorno venoso: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

## b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): \_\_\_\_\_, Número de comidas diarias: \_\_\_\_\_  
Trastornos digestivos: \_\_\_\_\_  
Intolerancia alimentaria /alergias: \_\_\_\_\_  
Problemas de la masticación y deglución: \_\_\_\_\_  
Patrón de ejercicio: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Turgencia de la piel: \_\_\_\_\_  
Membranas mucosas hidratadas /secas: \_\_\_\_\_  
Características de uñas /cabello: \_\_\_\_\_  
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: \_\_\_\_\_  
Aspecto de los dientes y encías: \_\_\_\_\_  
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

## c) eliminación

subjetivo:

Hábitos intestinales: \_\_\_\_\_, características de las heces, orina y menstruación: \_\_\_\_\_  
Historia de hemorragias /enfermedades renales /otros: \_\_\_\_\_  
Uso de laxantes: \_\_\_\_\_, Hemorroides: \_\_\_\_\_  
Dolor al defecar /menstruar /orinar: \_\_\_\_\_  
Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Abdomen /características: \_\_\_\_\_  
Ruidos intestinales: \_\_\_\_\_  
Palpación de la vejiga urinaria: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

---

2.- Necesidades básicas de : Moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel..

### a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: \_\_\_\_\_

Actividades en el tiempo libre: \_\_\_\_\_

Hábitos de descanso: \_\_\_\_\_

Hábitos de trabajo: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético / fuerza: \_\_\_\_\_

Capacidad muscular tono / resistencia / flexibilidad: \_\_\_\_\_

Posturas: \_\_\_\_\_

Ayuda para la deambulación: \_\_\_\_\_

Dolor con el movimiento: \_\_\_\_\_

Presencia de temblores: \_\_\_\_\_ Estado de conciencia \_\_\_\_\_

Estado emocional: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

### b) Descanso y sueño

subjetivo:

Horario de descanso: \_\_\_\_\_ Horario de sueño: \_\_\_\_\_

Horas de descanso: \_\_\_\_\_ Horas de sueño: \_\_\_\_\_

Siesta: \_\_\_\_\_ Ayudas: \_\_\_\_\_

¿Padece insomnio?: \_\_\_\_\_

A que considera que se deba : \_\_\_\_\_

¿Se siente descansado al levantarse? \_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado mental: ansiedad / estrés / lenguaje: \_\_\_\_\_

Ojeras: \_\_\_\_\_ Atención: \_\_\_\_\_ Bostezos: \_\_\_\_\_ Concentración \_\_\_\_\_

Apatía \_\_\_\_\_ Cefaleas: \_\_\_\_\_

Respuesta a estímulos: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

### c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir? \_\_\_\_\_

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir? \_\_\_\_\_

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría? \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario? \_\_\_\_\_

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: \_\_\_\_\_

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: \_\_\_\_\_

Vestido incompleto: \_\_\_\_\_ Sucio: \_\_\_\_\_ Inadecuado: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

### d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: \_\_\_\_\_

Ejercicio /tipo y frecuencia: \_\_\_\_\_

Temperatura ambiental que le es agradable: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Características de la piel: \_\_\_\_\_

Transpiración: \_\_\_\_\_

Condiciones del entorno físico: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**e) Necesidades de higiene y protección de la piel**

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: \_\_\_\_\_

Momento preferido para el baño: \_\_\_\_\_

Cuántas veces +se lava los dientes al día: \_\_\_\_\_

Aseo de manos antes y después de comer: \_\_\_\_\_ Después de eliminar : \_\_\_\_\_

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos: \_\_\_\_\_

Objetivos:

Aspecto general: \_\_\_\_\_

Olor corporal: \_\_\_\_\_

Halitosis: \_\_\_\_\_

Estado del cuero cabelludo: \_\_\_\_\_

Lesiones dérmicas, que tipo: \_\_\_\_\_

(Anotar su ubicación en el diagrama )

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**d) Necesidad de evitar peligros**

Subjetivo:

Que miembros componen su familia de pertenencia: \_\_\_\_\_

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: \_\_\_\_\_

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: \_\_\_\_\_  
En el hogar: \_\_\_\_\_  
En el trabajo: \_\_\_\_\_  
¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: \_\_\_\_\_  
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objetivo:

Deformidades congénitas: \_\_\_\_\_  
Condición del ambiente en su hogar : \_\_\_\_\_  
Trabajo: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_  
3.-Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

### c) Necesidades de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: \_\_\_\_\_ Años de relación: \_\_\_\_\_ Vive con : \_\_\_\_\_  
Preocupaciones /estrés: \_\_\_\_\_ Familiares: \_\_\_\_\_  
Otras personas que pueden ayudar : \_\_\_\_\_  
Rol en la estructura familiar : \_\_\_\_\_  
Comunica sus problemas debido a la enfermedad : \_\_\_\_\_  
Cuánto tiempo pasas sola : \_\_\_\_\_  
Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objetivo:

Habla claro : \_\_\_\_\_ Confusa: \_\_\_\_\_  
Dificultad en la visión : \_\_\_\_\_ Audición: \_\_\_\_\_  
Comunicación verbal /no verbal con la familia /con otras personas significativas: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa : \_\_\_\_\_  
¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? : \_\_\_\_\_  
Principales valores en su familia : \_\_\_\_\_  
Principales valores personales : \_\_\_\_\_  
Es congruente su forma de con su forma de vivir? : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objetivo:

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): \_\_\_\_\_  
¿Permite el contacto físico? : \_\_\_\_\_  
¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias? : \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivos:

¿Trabaja actualmente?: \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo \_\_\_\_\_  
Riesgos: \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo le dedica al trabajo \_\_\_\_\_  
¿Está satisfecho con su trabajo?: \_\_\_\_\_ ¿Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y /o las de su familia?: \_\_\_\_\_  
¿Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Objetos:

Estado emocional /calmado /ansioso /enfadado /retraído / temeroso /irritable /inquieto / eufórico:  
\_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: \_\_\_\_\_

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: \_\_\_\_\_

Existen recursos en su comunidad para la recreación?: \_\_\_\_\_

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: \_\_\_\_\_

¿Rechaza las actividades recreativas?: \_\_\_\_\_

¿Su estado de ánimo es apático /aburrido /participativo?: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

#### e) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: \_\_\_\_\_

Problemas de aprendizaje: \_\_\_\_\_

Limitaciones cognitivas: \_\_\_\_\_

Preferencias: leer /escribir: \_\_\_\_\_

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: \_\_\_\_\_

¿Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo?: \_\_\_\_\_

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: \_\_\_\_\_

Órganos de los sentidos: \_\_\_\_\_

Estado emocional /ansiedad /dolor: \_\_\_\_\_

Memoria reciente: \_\_\_\_\_

Memoria remota : \_\_\_\_\_

Otras manifestaciones: \_\_\_\_\_