



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA A UN PACIENTE CON ALTERACION DE LA FUNCION RENAL LUPICA CON BASE EN EL MODELO DE ATENCION DE VIRGINIA HENDERSON

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTA: GUSTAVO ATESCATENCO PINEDA

[Firma manuscrita]

DIRECTORA DE TRABAJO: ARACELI JIMENEZ MENDOZA



19/04/01



MEXICO, D.F. Facultad de Enfermería y Obstetricia Coordinación de Servicio Social

FEBRERO DEL 2001



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

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
3. METODOLOGÍA	4
4. MARCO TEÓRICO	7
4.1. Teoría de Virginia Henderson	7
4.2. Necesidades básicas en la alteración en la función renal lúpica según el modelo de Virginia Henderson	11
4.2.1. Necesidad de oxigenación	11
4.2.1.1. Intervenciones de enfermería	15
4.2.2. Necesidad de nutrición	22
4.2.2.1. Intervenciones de enfermería	23
4.2.3.1. Necesidad de eliminación urinaria	24
4.2.3.1.1. Intervenciones de enfermería	25
4.2.3.2. Necesidad de eliminación intestinal	26
4.2.3.2.1. Intervenciones de enfermería	26
4.2.4. Necesidad de moverse	27

4.2.4.1. Intervenciones de enfermería	28
4.2.5. Necesidad de descanso y sueño	29
4.2.5.1. Intervenciones de enfermería	29
4.2.6. Necesidad de higiene y protección de la piel	31
4.2.6.1. Intervenciones de enfermería	32
4.2.7. Necesidad de comunicarse	33
4.2.6.1. Intervenciones de enfermería	33
4.2.8. Necesidad de aprendizaje	34
4.2.8.1. Intervenciones de enfermería	34
5. EJECUCIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA	37
6. CONCLUSIONES	51
7. GLOSARIO	52
8. BIBLIOGRAFÍA	57
9. ANEXOS	59

1. INTRODUCCIÓN.

La enfermería es una disciplina la cual es la encargada de dar los cuidados necesarios a los individuos, sanos o enfermos, para mantener o reestablecer la salud cuando ésta se ha perdido.

En la atención de enfermería es de suma importancia contar con un instrumento que sirva de guía, de referencia para la adecuada aplicación de los cuidados de enfermería hacia los individuos, sanos o enfermos, los cuales deben ser dados con la más alta calidad y calidez humana, apoyados siempre con un conocimiento científico.

El Proceso Atención de Enfermería es un instrumento que ayuda al personal de enfermería a llevar a cabo cuidados específicos a cada individuo dependiendo de su estado de salud .

El Proceso Atención de Enfermería consta de 5 pasos a seguir que son: Valoración, Dx de enfermería, Planeación, Ejecución y Evaluación.

Este trabajo se aplicó a un individuo que es paciente del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” , dicho individuo presenta alteración en la función renal.

En el Instituto Nacional de Cardiología “ Ignacio Chávez “ se da atención a individuos con alteraciones renales y que pueden ser candidatos a transplante renal. Por lo cual se cuenta con una unidad de hemodiálisis y Diálisis Peritoneal.

En el caso de este paciente se dará atención transitoria con varias sesiones de hemodiálisis mientras se reestablece su estado de salud. Posteriormente, de acuerdo a los criterios del Instituto y a las condiciones de salud que presente el individuo, se mantendrá en hemodiálisis hasta definir la opción de tratamiento a mediano y largo plazo .

En el Proceso Atención de Enfermería se utilizó la Teoría de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, la cual nos dice que todo individuo tiene 14 necesidades básicas que debe de satisfacer para mantener su salud tanto física, psicológica y socialmente para lograr un adecuado crecimiento y desarrollo.

Esta teoría se abordó más a fondo en el marco teórico y se señalan las 14 necesidades básicas.

En este trabajo se plantean los objetivos de aprendizaje y asistenciales , metodología , de un marco teórico el cual sirve como referencia para fundamentar las acciones que se van a llevar a cabo en la aplicación del proceso, la aplicación del proceso como tal en el individuo seleccionado, y contará al final con conclusiones , glosario , bibliografía y anexos

Se espera que con este Proceso Atención de Enfermería se logre el objetivo de realizar un trabajo que sirva de guía para la adecuada atención de enfermería en el individuo que cursa con alteración en la función renal lúpica.

2. OBJETIVOS.

- Realizar un Proceso Atención de Enfermería a un individuo con alteración en la función renal lúpica basado en el modelo de atención de Virginia Henderson.

- Proporcionar una adecuada atención de enfermería y cuidados específicos al individuo con alteración de la función renal lúpica.

- Proponer una alternativa metodológica del Proceso Atención de Enfermería utilizando el modelo de Virginia Henderson .

3. METODOLOGÍA.

El estudio de caso se realizó con base en la metodología del Proceso Atención de Enfermería

El universo de estudio fueron todos los pacientes hospitalizados en el cuarto piso en el servicio de nefrología del Instituto Nacional de Cardiología " Ignacio Chávez ", durante el tiempo comprendido del 29 de Marzo al 21 de Abril del año 2000.

La población fueron los pacientes que cursaron con nefropatía lúpica y que estuvieron hospitalizados durante el tiempo de la elaboración del Proceso Atención de Enfermería .

Técnicas e instrumentos .

a) Las técnicas utilizadas fueron la entrevista y la observación .

b) Los instrumentos utilizados fueron la historia clínica de enfermería , historia médica , expediente clínico , historia socioeconómica , fichas de trabajo , etc .

Como guía fundamental en la elaboración del presente trabajo , se utilizó el Proceso Atención de Enfermería . El 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 corto, mediano y

largo plazo. Está caracterizado por su humanidad, porque el plan de cuidados se desarrolla y se pone en práctica de la forma que los intereses e ideales únicos del paciente y de las personas significativas para él reciban la mayor consideración.

El proceso atención de enfermería se divide en cinco etapas que son valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación.

Valoración. Durante la fase de valoración se reunió toda la información con el fin de obtener todo los hechos necesarios para definir el estado de salud del paciente y describir sus capacidades y necesidades. Esta información se recabó a partir de fuentes de información como son las fuentes directas que fueron a través del mismo paciente , de su exploración física . De fuentes indirectas que fueron los familiares , de la misma atención diaria al paciente , de la historia clínica médica , del expediente clínico, del departamento de trabajo social , etc. Además se utilizaron técnicas e instrumentos antes descritos .

Diagnóstico de enfermería. Un diagnóstico es la definición de un problema actual o potencial del paciente que el personal de enfermería, en virtud de su formación y experiencia, está capacitado para cuidar. La formulación del diagnóstico de enfermería se realizó a partir de la información recabada en la valoración y de las cuales se extrajo una explicación del problema y de su causa. Los diagnósticos formulados de esta manera orientaron el trabajo de enfermería y dieron a sus intervenciones objetivos precisos. Dirigieron su actividad tanto en su papel profesional autónomo como en sus funciones de colaboración con el equipo de salud.

Planeación. Una vez identificados los problemas reales y potenciales del paciente se comenzó a trabajar con el paciente para desarrollar un plan de cuidados que redujo los problemas y promovió la salud. La planificación incluyó la determinación de prioridades, el establecimiento de objetivos, decisión de las intervenciones de enfermería, anotación del plan de cuidados.

Ejecución. Durante esta etapa se puso en práctica el plan de cuidados, lo que implicó realizar las intervenciones y sus actividades, seguir valorando al paciente, comunicar y anotar cambios que pueda indicar la necesidad de tratamiento adicional.

Evaluación. El personal de enfermería debe decidir si el plan de cuidados fue eficaz para resolver los problemas del paciente o surge la necesidad de crear nuevas intervenciones o modificar las actuales para cumplir con los objetivos trazados en la etapa de planeación. Esta etapa del proceso es dinámica y fue evaluada dependiendo de cada actividad que se realizó.

4. MARCO TEORICO.

4.1. Teoría de Virginia Henderson.

Virginia Henderson creó una teoría de enfermería la cual consiste en que cualquier individuo , sano o enfermo , tiene 14 necesidades básicas que debe satisfacer . También creó una definición de enfermería la cual es :

“ 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.” (1)

Sus principales conceptos y definiciones son las siguientes.

Salud. Henderson no especifica una definición propia de salud, pero en su obra equipara la salud con la independencia. En la sexta edición del Textbook Principles and Practice of Nursing, cita varias definiciones de salud de diferentes fuentes, incluida la de la Organización Mundial de la Salud. Considera la salud en función de la capacidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes de la asistencia de enfermería. Dice que es la calidad de la salud más que la vida en sí misma , esa reserva de energía mental y

1) FERNÁNDEZ , Carmen . El modelo de Henderson y el proceso de Atención de Enfermería . p . 82 .

física que permite a la persona trabajar de una forma más efectiva y alcanzar su mayor nivel potencial de satisfacción en la vida.(2)

Entorno. Tampoco hace Henderson una definición propia del entorno. Remite al Webster's New Collegiate Dictionary, 1961, que define el entorno como el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.(3)

Persona (Paciente). Henderson considera al paciente como un individuo que requiere asistencia para obtener salud e independencia o una muerte tranquila. La mente y el cuerpo son inseparables. Considera al paciente y su familia como una unidad.(4)

Necesidades. No se encuentra una definición de necesidad, pero Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente , que constituyen los componentes de la asistencia de enfermería. Dichas necesidades son:

1. Necesidad de oxigenación .
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

2) MARRINER , Ann . Modelos y Teorías en enfermería . p. 104 .

3) IBIDEM . p . 105 .

4) IBIDEM . p . 105 .

7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene y protección a la piel.
9. Necesidad de evitar los peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.(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.(6)

Dependencia. Es la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades básicas. Por otro lado, puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.(7)

Henderson considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En ese sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continua, con el fin de mantener en

5) FERNÁNDEZ . op cit . p . 83 .

6) IBIDEM . p . 85 .

7) IBIDEM . p . 85 .

ese estado óptimo la salud. Cuando esto no es posible, aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como " falta de fuerza ", " falta de conocimientos ", " falta de voluntad ".

1.Falta de fuerza. Interpretamos como fuerza no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

2.Falta de conocimientos. En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de la enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

3.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 básicas.(8)

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

Los postulados sobre los que basa el modelo de Virginia Henderson son:

a) Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.

8) IBIDEM p . 86 .

- b) El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.

- c) Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está completo, entero, independiente.

Los valores que fundamenta el modelo de Virginia Henderson son:

- a) La enfermera tiene funciones que le son propias.

- b) Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no cualificado.

- c) La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.(9)

4.2. Necesidades básicas en la alteración en la función renal lúpica según el modelo de Virginia Henderson.

4.2.1. Necesidad de oxigenación.

El Lupus Eritematoso Sistémico (L.E.S.) es una enfermedad febril, inflamatoria, multisistémica, de manifestaciones proteiformes y evolución variable. Clínicamente es impredecible, remitente, recurrente, de inicio insidioso o agudo que puede afectar a casi

9) PHANEUF , Margot . Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson . p . 117 .

cualquier órgano, pero principalmente a piel, riñones, membranas serosas, articulaciones y corazón. Anatómicamente, los sitios de afección tienen en común lesiones vasculares con depósitos fibrinoides. Desde el punto de vista inmunológico, comprende un sorprendente conjunto de anticuerpos de probable origen autoinmunitario, en especial anticuerpos antinucleares.

El cuadro clínico inicial es tan variable y muy parecido al de otras enfermedades autoinmunitarias del tejido conjuntivo que ha sido necesario establecer criterios diagnósticos. Si en un paciente se cumplen 4 ó más de los criterios durante cualquier periodo de observación, se diagnostica L.E.S.(10)

Criterios revisados para la clasificación de L.E.S. :

1)Exantema en alas de mariposa; 2)Lupus discoide; 3)Fotosensibilidad; 4)Úlceras bucales; 5)artritis; 6)Pleuritis, frote a la auscultación o derrame pleural, pericarditis; 7)Trastorno renal, proteinuria persistente, cilindros celulares; 8)Trastornos neurológicos como convulsiones, psicosis; 9)Trastornos hematológicos como anemia hemolítica, leucopenia, linfopenia, trombocitopenia; 10)Trastornos inmunitarios como presencia de anticuerpos contra DNA no tratado en titulación anormal; 11)Anticuerpos antinucleares, titulación anormal de anticuerpos antinucleares mediante inmunofluorescencia o una prueba equivalente en cualquier momento y en ausencia de fármacos que se sabe se relacionan con síndrome de Lupus inducido por fármacos.(11)

10) WALTER , Jhon . Patología Humana . p . 144 , 145 .

11) KUMAR , Contran . Patología Humana . p . 143 .

La afección renal es una de las características anatómicas más importantes del L.E.S., ya que la insuficiencia renal es la principal causa de muertes. Si bien en 30 a 40% de los enfermos el riñón aparece normal al microscopio óptico, casi todos los casos de L.E.S. muestran alguna anormalidad renal si se examinan mediante inmunofluorescencia y microscopio electrónico. La Organización Mundial de la Salud reconoce la siguiente clasificación morfológica de la nefritis lúpica: 1) normal al microscopio óptico, electrónico e inmunofluorescencia (clase I), que es muy rara; 2) glomerulonefritis lúpica y mesangial (clase II); 3) glomerulonefritis focal (clase III); 4) glomerulonefritis proliferativa difusa (clase IV); 5) glomerulonefritis mesangial (clase V).⁽¹²⁾

El paciente que fue objeto de este estudio cursó con una glomerulonefritis proliferativa difusa que es la forma más frecuente de lesión renal, afecta 45 a 50% de los enfermos. En los cambios anatómicos predominan la proliferación de células endoteliales, mesangiales y, en ocasiones epiteliales; por tanto, hay hiper celularidad del glomérulo. A veces, los macrófagos y la proliferación de células endoteliales llenan el espacio de Bowman para crear masas de células en forma de media luna, llamadas en consecuencia " medias lunas ". Con el tiempo esos cambios originan esclerosis del glomérulo. Están afectados muchos o todos los glomérulos en ambos riñones y casi siempre hay afección del glomérulo completo. Estos pacientes son sintomáticos. La mayoría tienen hematuria con proteinuria moderada a intensa, hipertensión e insuficiencia renal.⁽¹³⁾

El tratamiento de la nefritis lúpica es bastante polémico y se basa, en principio, en la clase

12) IBIDEM . p . 147 .

13) KUMAR . op cit . p . 148 .

del daño y la actividad de la enfermedad. Existe muy poca relación entre las manifestaciones clínicas (datos del análisis de orina, creatinina sérica) y la clase histológica; por eso, los hallazgos de la biopsia renal constituyen una importante guía para el tratamiento.

La glomerulonefritis proliferativa difusa evoluciona hacia una Insuficiencia Renal Crónica (I.R.C.), que es el deterioro lento progresivo e irreversible de las funciones renales, como consecuencia de la destrucción de las nefronas. La IRC evoluciona en periodos variables, que oscilan desde unos meses a muchos años, hasta llegar a una fase terminal, en la que sólo la diálisis o el trasplante renal permiten la supervivencia del paciente.(14)

La IRC puede afectar muchos órganos. Las enfermedades cardiovasculares son factor importante de mortalidad en pacientes con IRC. La miocardiopatía urémica no es una enfermedad solitaria o específica, sino multifactorial. Entre sus causas se cuentan la hipertensión, hiperlipidemia, toxinas urémicas, hipervolemia, depósitos miocárdicos de calcio, sobrecarga de hierro, desequilibrios electrolíticos, trastornos hormonales y anemia.

El edema pulmonar, el derrame pleural y la infección son las complicaciones pulmonares más frecuentes en los pacientes en diálisis. Ortopnea, disnea, estertores, distensión venosa yugular y, en ocasiones, edemas periféricos están presentes en el paciente. No sólo se debe a la retención hídrica, sino también a permeabilidad de los capilares pulmonares y presión transcilar mayores. En los pacientes urémicos puede estar incrementada la permeabilidad capilar; como consecuencia de ello podría aparecer edema pulmonar con presión capilar

pulmonar sólo discretamente aumentada . La sobrehidratación debe suponerse en personas con nefropatía terminal e infiltrado pulmonar en la radiografía de tórax , falta de aire o tos crónica. (15)

La hiperpotasemia grave también puede causar insuficiencia respiratoria aguda a causa de la debilidad muscular.

La anemia es un hallazgo relativamente precoz en la IRC . Es de causa multifactorial , siendo el principal factor responsable el déficit en la síntesis de eritropoyetina. Otros factores que contribuyen a la anemia son la disminución de la vida media eritrocitaria y de la eritropoyesis , a causa de presencia de toxinas urémicas , así como la desnutrición y el déficit de hierro y ácido fólico .(16)

4.2.1.1. Intervenciones de enfermería.

4.2.1.1.a. Proporcionar al paciente la información sobre el procedimiento a realizar .

La información oportuna hacia el paciente hace que disminuya su temor y angustia hacia lo desconocido . Además ayuda a que el paciente coopere a su tratamiento .

4.2.1.1.b. Participar en la colocación , junto con el médico , de un acceso vascular para

15) LEVINE , David . Cuidados del paciente renal . p . 5 , 6 .

16) ANDREU .op cit . p . 29 .

hemodiálisis (H.D.).

La necesidad de acceso vascular en pacientes con IR puede ser transitoria o permanente . El acceso temporal utilizado con mayor frecuencia para la H.D. es el catéter venoso percutáneo . Las localizaciones habituales para los catéteres percutáneos venosos son las venas subclavias , femoral y yugular interna . En los catéteres de doble luz actuales cada una de las dos luces se abre en distintos puntos de la cánula , minimizando de esta forma la recirculación .(17)

4.2.1.1.c. Corroborar por medio de radiografía de tórax la correcta colocación del catéter .

La correcta colocación del catéter evita complicaciones en el paciente , como un neumotórax o hemotórax , y permite un buen flujo sanguíneo para la correcta sesión de H.D.

4.2.1.1.d. Ingresar al paciente a la unidad de H.D. para su sesión .

La diálisis es un proceso mediante el cual la composición de solutos de una solución A es modificada al exponer dicha solución A a una segunda solución B , a través de una membrana semipermeable . Conceptualmente se puede imaginar una membrana semipermeable como una lámina perforada por agujeros o poros . Las moléculas de agua y los solutos de bajo peso molecular en las dos soluciones pueden pasar a través de los poros de la membrana y entremezclarse , pero los solutos de mayor peso molecular (como las

17) DAUGIRDAS , Jhon . Manual de diálisis . p . 51 , 52 .

proteínas) no pueden pasar a través de la barrera semipermeable , de tal manera que la cantidad de solutos de alto peso molecular a cada lado de la membrana permanecerá sin modificaciones .

Mecanismos para el transporte de solutos .

Difusión. El movimiento de los solutos por difusión es el resultado de un movimiento molecular aleatorio . Cuando una molécula de soluto de la solución A se mueva , colisionará de vez en cuando con la membrana . Si la molécula del soluto se encuentra con un poro de la membrana de suficiente tamaño , la molécula pasará a través de la membrana a la solución B . Asimismo , un soluto de bajo peso molecular en la solución B puede pasar a través de la membrana en sentido contrario hacia la solución A .

La tasa de peso molecular relativo de un soluto dado desde la solución A hacia la solución B , y viceversa , dependerá de la frecuencia de colisiones de las moléculas del soluto a cada lado de la membrana . La frecuencia de las colisiones estará a su vez relacionada con la concentración del soluto a cada lado de la membrana .

Cuanto sea mayor el peso molecular de un soluto , menor será su tasa de transporte a través de una membrana semipermeable . Las razones que lo explican se relacionan con la velocidad y el tamaño . La velocidad de una molécula en una solución es inversamente proporcional a su peso molecular . Las moléculas pequeñas se mueven a gran velocidad , colisionarán a menudo con la membrana , las moléculas grandes , difundirán a través de la membrana lentamente , ya que se moverán a baja velocidad .(18)

18) IBIDEM . p . 13 , 14 .

Ultrafiltración . Las moléculas de agua son muy pequeñas y pueden pasar a través de todas las membranas semipermeables . La ultrafiltración se produce cuando el agua es empujada por una fuerza hidrostática u osmótica a través de la membrana . Durante la H.D. , el agua se mueve en el dializador desde la sangre al líquido o solución de diálisis como resultado de un gradiente de presión hidrostática entre los compartimientos de la sangre y del dializado.(19)

4.2.1.1.e. Toma , registro y valoración de los signos vitales y del peso corporal del paciente

Los signos vitales nos informan sobre el estado hemodinámico del paciente como son la presión arterial , frecuencia cardíaca , frecuencia respiratoria y temperatura corporal . Además , basándose en las cifras de la presión arterial y el peso corporal , se calcula el total de cantidad de ultrafiltración que se puede realizar al paciente . Los pacientes que ingresan a H.D. la mayoría presentan hipertensión arterial por arriba de cifras de 150/100 mmHg principalmente debido a la hipervolemia . Teniendo en cuenta el peso corporal actual y comparándolo con el peso que anteriormente tenía se puede tener una idea de la cantidad de líquido que tiene retenido . No existe una fórmula para saber el peso ideal que debe tener un paciente , sino que se va calculando por medio de las sesiones y del estado físico de cada paciente como por ejemplo si ya no existe edema , masa muscular , que se mantenga normotenso entre cifras alrededor de 120/70 mmHg , que tenga más capacidad física para realizar actividades .

4.2.1.1.f. Conectar al paciente al riñón artificial de acuerdo a la técnica prescrita .

19) IBIDEM . p . 15 .

La técnica es la siguiente :

- a) Se retira el parche protector del catéter .
- b) Con técnica estéril se realiza asepsia de la entrada de ambos puertos del catéter con yodopovilona , se retira el exceso con una gasa estéril y se retiran los tapones .
- c) Se purgan ambas vías del catéter succionando con una jeringa hasta que den flujo sanguíneo .
- d) Se conecta las líneas del circuito de H.D. a cada puerto del catéter y se fijan al hombro del paciente para evitar que se pueda jalar y se pueda salir el catéter .
- e) Se comienza a dar flujo sanguíneo y se programa el tiempo de diálisis y la cantidad de ultrafiltración

4.2.1.1.g. Toma , registro y valoración de los signos vitales y posibles apariciones de signos de reacción anafiláctica .

Las cifras de los signos vitales al comienzo de la sesión de H.D. no deben variar demasiado en comparación con los parámetros obtenidos antes de iniciar la sesión . Si por ejemplo al inicio de la sesión tenía una presión de 160/110 mmHg , al empezar el procedimiento puede bajar hasta 140/90 mmHg . Esto se debe a que baja el gasto cardiaco , el volumen que se necesita para el circuito extracorpóreo es de aproximadamente de 200 a 250 ml. Y es por eso que existe una baja de presión arterial al inicio de la sesión , pero no debe de ser brusca o de otra manera hay que buscar las causas , por ejemplo un choque anafiláctico .La aparición de signos de reacción anafiláctica se pueden observar debido a la sensibilidad de cada paciente, ya que los filtros y líneas utilizadas se esterilizan con gas de etileno . También se puede observar el síndrome de primer uso , el cual aparece con la primera

sesión de H.D. o cuando se utiliza un filtro nuevo . Estos signos aparecen inmediatamente después de empezar la sesión y se caracterizan por presentar sensación de hormigueo por todo el cuerpo , lengua adormecida , cefalea , hipotensión , dolor de espalda , y se corrige aumentando el flujo dializante por un lapso de tiempo hasta que desaparecen los síntomas y en casos extremos se pueden administrar corticoesteroides del tipo de hidrocortisona en dosis única .

4.2.1.1.h. Monitorización continua de los signos vitales y vigilancia del paciente durante la sesión de H.D. .

La adecuada vigilancia del paciente durante la sesión previene , y en caso de que se presenten dar una adecuada atención oportuna . Las complicaciones más comunes que se presentan son hipotensión , calambres , náuseas y vómitos , cefalea , dolor de espalda prurito , fiebre y escalofríos . Cada complicación se deberá valorar su causa y dar un tratamiento específico . Por ejemplo , la hipotensión se trata administrando soluciones hipertónicas como es la glucosa al 50% para reponer el volumen ultrafiltrado , y en dado caso que se repita la hipotensión en dos sesiones seguidas o más , revalorar el peso seco del paciente y aumentarlo , ya que si se ultrafiltra líquido de más al paciente aparece la hipotensión . Vigilar datos de insuficiencia respiratoria para ir valorando la ultrafiltración y, en caso necesaria , aumentarla .

4.2.1.1.i. Toma , registro y valoración de signos vitales al término de la sesión de H.D.

La toma de signos vitales al término de la sesión nos informa el estado hemodinámico del paciente , así como de alguna complicación que se pueda presentar posthemodiálisis . El

paciente debe de salir de la sesión de H.D. normotenso , es decir , manejando cifras de presión arterial alrededor de 120/70 mmHg . La temperatura corporal debe de ser normal , no más de 37.5°C. Cualquier cifra diferente a las anteriores , debe de suponer que existe alguna complicación y debe ser estudiado el paciente para su tratamiento dependiendo de los problemas encontrados .

4.2.1.1.j Al término de la sesión de H.D. , desconectar al paciente con la técnica prescrita y realizar curación del catéter .

La técnica es la siguiente :

- a) Se desconecta la línea arterial del paciente y se regresa la sangre del circuito hacia el paciente pasando 200 ml aproximadamente de solución fisiológica .
- b) Una vez que la sangre a regresado al paciente , desconectar la línea venosa del circuito del catéter del paciente y purgar ambos puertos del catéter, tanto arterial como venoso, con 10 ml de solución fisiológica .
- c) Heparinizar ambos puertos con 2000 unidades de heparina en cada uno y colocar los tapones correspondientes a cada uno .
- d) Realizar con técnica estéril la curación del catéter con yodopovidona , envolver el catéter con gasas estériles y colocar el parche de forma que el paciente no le lastime y pueda permitirle un adecuado movimiento del cuello .

4.2.1.1.k. Toma , registro y valoración de signos vitales posthemodiálisis , así como el peso corporal del paciente.

Los signos vitales nos informan sobre el estado hemodinámico del paciente una vez terminada la sesión de H.D. y el peso corporal nos indica la pérdida de agua que tuvo el paciente durante el tratamiento .

4.2.1.1.1. Trasladar al paciente a su unidad y dejarlo cómodo .

El adecuado trato hacia el paciente , así como la comodidad del mismo y del ambiente , ayuda a la pronta recuperación del paciente y que su estancia hospitalaria sea más agradable.

4.2.2. Necesidad de nutrición .

El Lupus Eritematosos Sistémico , como ya se ha descrito anteriormente , ocasiona daño renal llevando con ello al paciente a una insuficiencia renal , que en el caso de este paciente, se convirtió en crónica. La enfermedad renal se caracteriza , entre otros factores , por alteraciones metabólicas y nutritivas que en muchos casos conducen a una desnutrición proteico-calórica , que consecuentemente producirá un estado de enfermedad con fatiga , aumento de infecciones y poca rehabilitación .

Las consecuencias adversas de un pobre estado nutricional incluyen un incremento de la mortalidad , deterioro de la cicatrización de las heridas , mayor sensibilidad a las infecciones , malestar general , fatiga y escasa rehabilitación .

La causa más importante de malnutrición en pacientes renales es la escasa ingesta de alimentos . Habitualmente la causa primaria es la anorexia ; sin embargo , factores económicos , culturales y psicosociales pueden desempeñar un papel fundamental en algunos pacientes. La anorexia puede deberse a la uremia y diálisis inadecuada, depresión, gastroparesia, náuseas y vómitos , enfermedades intercurrentes , alteración del sentido del gusto .(20)

La uremia se asocia a resistencia a la insulina , disminución de la actividad biológica de los factores de crecimiento similares a la insulina y disminución de los niveles circulantes de hormonas catabólicas , como cortisol , glucagón y hormona paratiroidea . Se producen múltiples trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono , proteínas y lípidos . Asociadas en conjunto , estas alteraciones hormonales conducen a una disminución de la síntesis proteica y a un aumento del catabolismo proteico (21). En el anexo 1 se observa una tabla con los requerimientos alimenticios diarios de los pacientes sometidos a tratamiento con H.D.

4.2.2.1. Intervenciones de enfermería .

4.2.2.1.a. Mantener un adecuado aporte de calorías , carbohidratos y bajos en proteínas , potasio , sodio y agua .

Los alimentos ricos en carbohidratos proporcionan calorías para el consumo de energía y

20) IBIDEM , p . 359 , 360 .

21) ANDREU . op cit . p .206 , 207 .

permite un almacenaje de proteínas dietéticas . La restricción del potasio , sodio y agua es necesaria para prevenir la sobrecarga de volumen . Se restringen las proteínas para controlar los niveles de toxinas urémicas y el grado de uremia .(22)

4.2.2.1.b. Enseñar al paciente un régimen de cuidados bucales adecuados que incluyan enjuagues con sabor agradable , utilizando un cepillo de dientes blando para prevenirle sabor de boca desagradable relacionado con los efectos de la urea .

Los lavados de boca mejoran el mal sabor de boca y la halitosis . Un cepillo de dientes blando previene hemorragias , y los cuidados de boca frecuentes disminuyen las bacterias y la probabilidad de infección .(23)

4.2.2.1.c. Consultar con un dietista para incluir las preferencias del paciente en la dieta diaria .

Incluyendo las preferencias de alimentos . hacer la dieta más apetitosa para aumentar la adaptación dietética .

4.2.3.1. Necesidad de eliminación urinaria .

La progresión de la enfermedad renal provoca alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido-base . La reducción del filtrado glomerular causa una disminución de la

22) IBIDEM . p . 206 .

23) DAUGIRDAS . op cit . p . 361 .

capacidad de concentración de la orina . En estadios muy avanzados aparece retención hidrosalina y oliguria con tendencia a la hiperpotasemia . La acidosis metabólica también es frecuente y refleja la dificultad del riñón para excretar hidrogeniones . Existe retención de toxinas urémicas , trastornos metabólicos y hormonales .(24)

4.2.3.1.1.Intervenciones de enfermería .

4.2.3.1.1.a. Ingresar al paciente a la unidad de H.D. para su tratamiento .

La H.D. es el método sustitutivo de algunas de las funciones renales . En la H.D. se depuran sustancias que el riñón ya no puede depurar cuando presenta insuficiencia . Además , el exceso de agua acumulada en el cuerpo es extraída por medio de la ultrafiltración . Con todo esto hacemos que el paciente se libere de sustancias tóxicas y del exceso de agua .

4.2.3.1.1.b. Llevar un estricto control de líquidos .

El adecuado control de líquidos permite llevar un mejor control del equilibrio hidrico en el paciente .

4.2.3.1.1.c. Indicarle al paciente la cantidad de líquidos que puede ingerir .

Al estar informado el paciente , se podrá contar con su cooperación y ayuda la cual evitará

complicaciones posteriores . La adecuada ingesta de líquidos mantendrá al paciente estable.

4. 2.3.1.1.d. Recolectar y medir la diuresis del paciente .

Existe una función residual del paciente que en ocasiones llega a tener diuresis alrededor de 100 ml / 24 horas .

4.2.3.2. Necesidad de eliminación intestinal .

La diarrea aguda indica algunas veces la presencia de impactación fecal . En otras situaciones , es atribuida a la uremia del paciente , la cual provoca alteraciones en el transito intestinal haciendo que el paciente curse con evacuaciones continuas líquidas .

4.2.3.2.1. Intervenciones de enfermería .

4.2.3.2.1.a. Ingresar al paciente a la unidad de H.D. para su tratamiento .

La H.D. hace que los niveles de urea en sangre disminuyan y mantiene al paciente en niveles casi normales .

4.2.3.2.1.b. Administrar antidiarreico como la loperamida .

La loperamida es un medicamento que ayuda a disminuir la motilidad intestinal y por efecto elimina la diarrea .

4.2.4. Necesidad de moverse .

En el L.E.S. se producen lesiones de la colágena las cuales originan que el paciente tenga dificultades en su actividad física diaria . El paciente presenta una flogosis en ambas rodillas , crepitación a la deambulación , edema en ambos maleolos hasta la rodilla con predominio izquierdo .La reclusión total o parcial en la cama pone en riesgo al cuerpo , y se han identificado varios efectos adversos importantes sobre la salud de las personas cuya actividad física se restringe .

La inmovilidad origina la disminución de la profundidad y la frecuencia de las respiraciones . Disminuye el movimiento de las secreciones corporales en las vías respiratorias cuando una persona está inmovilizada , de esta manera resulta su acumulación y la congestión de tales vías .

La inmovilidad provoca un aumento de carga de trabajo en el corazón . La inmovilidad predispone a la formación de trombos por éstasis venosa , especialmente en el miembro inferior . La inmovilidad predispone a las úlceras por decúbito cuando la presión a la que se ven sometidas las prominencias óseas inhibe la circulación normal .

Es frecuente que la inmovilidad sea causa de contracturas , que son contracciones permanentes de un músculo , y de anquilosis , que es la consolidación y la inmovilización de un músculo .

La actividad muscular normal del aparato digestivo se vuelve más lenta en la persona inmóvil .

Es frecuente que con la inmovilidad se reduzcan la motivación de una persona para las actividades cotidianas . Además , tiende a hacer que la reacción emocional a los factores estresantes de la vida cotidiana sea excesiva e influye en el concepto que el individuo tiene de sí mismo en cuanto a su imagen corporal , lo cual puede originar trastornos psicológicos, en especial si la persona considera que su cuerpo ya no es un todo integrado .

El tratamiento preferible de las complicaciones que resultan de la inmovilización es su prevención . Es necesario esforzarse al máximo en limitar la reclusión en cama y , cuando resulta necesaria , brindar la atención de enfermería requerida para ayudar a que el paciente esté tan activo como lo permita su estado .(25)

4.2.4.1. Intervenciones de enfermería .

4.2.4.1.a. Planificar un programa de ejercicios según las capacidades del paciente .

El ejercicio sirve para preservar la fuerza y el tono muscular .

4.2.4.1.b. Cambios posturales cada 2 horas , además de masaje en los puntos de presión .

25) WOLFF , et at . Curso de enfermería moderna . p . 515 .

Evita la aparición de úlceras por decúbito sobre todo en puntos de las prominencias óseas y favorece la circulación con el masaje .

4.2.4.1.c. Realizar fisioterapia pulmonar por lo menos cada 2 horas , además del drenaje postural .

La fisioterapia pulmonar y el drenaje postural facilitan la expulsión de las secreciones y así evitar las neumonías intrahospitalarias .

4.2.4.1.d. Mantener la ropa de cama sin arrugas y limpia .

Las arrugas de la cama , así como mantenerla limpia evita que los pliegues ejerzan presión sobre la piel o posibles infecciones de ésta .

4.2.5. Necesidad de descanso y sueño.

Los individuos , sea cual sea su edad , pueden , de vez en cuando , tener dificultad de conciliar el sueño o de dormir . Este insomnio puede estar provocado por la ansiedad , por una enfermedad o un entorno inadecuado . La incomodidad puede ser el resultado tanto de un estímulo físico como psicológico . El miedo , la ansiedad , el dolor , el entorno nuevo , son fuente de incomodidad para el paciente .(26)

4.2.5.1. Intervenciones de enfermería .

26) RIOPELLE , et al . Cuidados de enfermería . p . 183 .

4.2.5.1.a. Valorar el estilo del paciente para afrontar las situaciones y la etapa de aceptación de su enfermedad . Observar los comportamientos del paciente y hablar con la familia y otros profesionales de la salud , según sea necesario .

Cada persona responde distinto a la enfermedad . Cuando se sienten amenazadas , la mayoría de las personas inicialmente recuperan mecanismos de adaptación familiares y los profesionales de la salud deben conocerlos al establecer una comunicación terapéutica . La valoración de la etapa de aceptación ayuda a dirigir las actuaciones .(27)

4.2.5.1.b. Apoyar los mecanismos de aceptación .Evitar forzar al paciente a que se enfrente con sus problemas emocionales .

Todos los pacientes atraviesan distintas etapas , en diversos momentos , al hacer frente a esa última amenaza a la individualidad . El forzar los temas es contraproducente y puede dañar la relación terapéutica .El respeto por la persona promueve la confianza .(28)

4.2.5.1.c. Dirigir al paciente a los profesionales adecuados , como un sacerdote , un psicólogo , una persona voluntaria , una trabajadora social .

El paciente y la familia pueden no estar conscientes de los recursos de que disponen .

Incluso si no son enviados a ningún otro profesional , el saber que dispone de ellos puede

27) HOLLOWAY , Nancy . Planes de cuidado en enfermería médico-quirúrgica . p . 11 .

28) IBIDEM . p . 11 .

confortarles .(29)

4.2.5.1.d. Proporcionarle compañía cuando sea posible .

Simplemente el sentarse en silencio junto al paciente transmite interés por él y disminuye su sensación de aislamiento .

4.2.5.1.e. Incrementar la sensación del paciente de poder personal promoviendo al tiempo la aceptación de la realidad de su estado .

Los pacientes hospitalizados deben renunciar a muchas de sus libertades , independientemente de cuál sea la causa de su hospitalización . Permitirles tantas elecciones como sea posible promueve la sensación de control y aumenta la capacidad de adaptación del paciente . Asumir estas decisiones por parte del personal de salud disminuye la autoestima del paciente y debería evitarse , a menos que sea absolutamente necesario .

4.2.6. Necesidad de higiene y protección de la piel .

El prurito se encuentra entre las complicaciones más habituales de la I.R. Es posible su remisión y recurrencia , además de que sus causas son multifactoriales e incluyen aumento de los valores de hormona paratiroidea , anormalidades del metabolismo del calcio y fosfatos , y atrofia de las glándulas sebáceas y sudoríparas . La uremia puede hacer que el

29) IBIDEM . p . 15 .

color de la piel cambie a amarillo o pardo amarillento por efecto de la acumulación de urocromo o metabolitos pigmentados .(30)

Además de lo descrito anteriormente , el reposo hace que la circulación se altere y esté más propenso a tener problemas en la piel . También por la presión en las partes óseas está propenso a sufrir úlceras por decúbito .

4.2.6.1. Intervenciones de enfermería .

4.2.6.1.a. Mantener al paciente en niveles de azoados lo más cercanos posible a las cifras normales .

Con la H.D. y una dieta adecuada se mantienen los niveles de azoados en niveles casi normales .

4.2.6.1.b. Baño y cambio de ropa diario .

Por medio del baño se arrastran células muertas que se depositan en la piel , además la mantiene limpia de microorganismos patógenos , así como el cambio de ropa diaria . El baño también ayuda a la circulación .

4.2.6.1.c. Mantener la piel lubricada por medio de cremas adecuadas .

La lubricación previene zonas de resequedad y la mantiene lubricada . Al ponerla también se ayuda a la circulación .

30) LEVINE . op cit . p . 6 .

4.2.6.1.d. Mantener un estado óptimo de hidratación .

El agua es importante para mantener una piel bien hidratada . En estos pacientes es importante vigilar y controlar la ingesta de líquidos sin que la toma de éstos provoque un daño aún mayor .

4.2.7. Necesidad de comunicarse .

El ser humano que no puede comunicarse adecuadamente , sufre interiormente , y a menudo tiene su autoestima disminuida . En consecuencia , su capacidad de afirmarse está amenazada y la situación de cambio se convierte en amenazante e insegura . Las principales causas son las alteraciones de la personalidad , la depresión y toda amenaza a su integridad . La percepción inadecuadas de él mismo , la dificultad para afirmarse y la incapacidad de abrirse a los demás provocan una dificultad o una imposibilidad de establecer lazos significativos con su entorno .(31)

4.2.7.1. Intervenciones de enfermería .

4.2.7.1.a. Permitirle expresar sus necesidades , sus sentimientos , sus ideas y sus deseos .

El poder expresarse el paciente hace que sienta la percepción de él mismo . El escucharlo nos puede guiar en el camino a seguir para apoyarlo .

31) RIOPELLE : op cit . p . 222 .

4.2.7.1.b. Establecer un ambiente de confianza con el paciente .

Esto permite que el paciente se sienta confortable aún en el hospital y favorecer que se abra la comunicación con él .

4.2.7.1.c. Hacerle saber que él es importante en el servicio y que estamos para ayudarlo .

El saber que es importante y saberse apoyado y ayudado hace que se incremente su autoestima .

4.2.7.1.d. Pedir ayuda a otros profesionales de la salud cuando no podamos ayudar al paciente .

Todo el equipo de salud es necesario y un solo elemento en ocasiones no puede , ni debe, hacerlo todo .

4.2.8. Necesidad de aprendizaje .

Existe una necesidad de conocimientos cuando una persona expresa o muestra una falta de los conocimientos o habilidades psicomotoras necesarios para la recuperación o mantenimiento de la salud . (32)

4.2.8. Intervenciones de enfermería .

32) HOLLOWAY . op cit . p . 57 .

4.2.8.1.a. Valorar el impacto de la enfermedad o condición de la persona sobre su estilo de vida .

El grado de impacto determina la extensión de la educación necesaria .

4.2.8.1.b. Valorar la disponibilidad física de la persona para aprender .

La enseñanza es más efectiva cuando la persona está dispuesta a aprender . La disponibilidad para aprender es un estado complejo que depende de factores físicos y psicológicos . Determinar la disponibilidad para aprender requiere sopesar la interacción de numerosas variables . El aprendizaje requiere energía , que no estará disponible si la persona es inestable , está cansada o tiene dolor .

4.2.8.1.c. Valorar el conocimiento actual del paciente sobre su enfermedad y sus implicaciones para el futuro .

Los adultos aprenden mejor cuando la enseñanza se basa en conocimientos o experiencias previas . Valorar lo que recuerda de las explicaciones del médico así como las experiencias anteriores e información que posee el paciente proporciona una oportunidad de valorar la exactitud y lo completo de los conocimientos y actitudes hacia la enfermedad .

4.2.8.1.d. Determinar las necesidades del aprendizaje .

Las necesidades de aprendizaje determinan el contenido apropiado . El aprendizaje se produce más rápidamente cuando guarda relación con las necesidades actuales o experiencias anteriores .

4.2.8.1.e. Decidir dónde y cuándo enseñar .

Elegir el momento apropiado para enseñar es de capital importancia en la disponibilidad para aprender . Un entorno libre de distracciones aumenta la concentración .

4.2.8.1.f. Decidir qué persona debe enseñar cada cosa .

Dependiendo del contenido y de las preferencias del alumno pueden ser necesarios o apropiados distintos profesionales y puede ser útil para reforzar el aprendizaje .

4.2.8.1.g. Durante la sesión de enseñanza y después de ella , determinar qué aprendizaje se ha producido .

La determinación de los logros del aprendizaje permite la resolución de algunas necesidades de educación y proporciona una guía para cubrir otras .(33)

33) IBIDEM . p . 58 , 59 , 60 , 61 .

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA .

Nombre : A. M. M.

Edad : 32 años .

Sexo : Hombre .

Ocupación : Desempleado .

1) Necesidad de oxigenación.

Disnea debido sobrecarga hídrica con tos productiva con expectoración , dolor asociado a la respiración . No es fumador . Estado de conciencia alerta . Con palidez generalizada , llenado capilar de 3-4 segundos , con cianosis peribucal y distal . A la auscultación con estertores , ruidos cardiacos con frecuencia de 87 x' .

2) Necesidad de nutrición .

Dieta variada , de 2 a 3 comidas al día , con trastornos digestivos manifestado con evacuaciones líquidas hasta en 5 ocasiones , intolerancia a los alimentos con picante , anorexia , problemas al deglutir por sensación de ahogo , con cabello delgado , quebradizo , opaco , zonas de alopecia , con fatiga , astenia , adinamia , con piezas dentarias con caries , gingivitis , con zonas de erupción cutánea en tórax y espalda .

3) Necesidad de eliminación .

Evacuaciones hasta 5 veces al día de tipo líquidas amarillas , fétidas, con dolor tipo cólico después de cada evacuación , abdomen blando , depresible , con peristaltismo aumentado , doloroso a la palpación , cursa con oliguria , no molestias al miccionar .

4) Necesidad de Termorregulación .

Se adapta fácilmente a los cambios de temperatura , no realiza ejercicio por ahora , con piel regularmente hidratado , las condiciones del medio ambiente es fresco , no presenta fiebre .

5) Necesidad de Moverse

Su capacidad de moverse se mantiene restringida por su enfermedad , adinámico , fuerza muscular disminuida , bajo tono muscular , regular resistencia y flexibilidad , presenta flogosis en ambas rodillas , su postura es libremente escogida , se mantiene en reposo absoluto por su incapacidad de deambular .

6) Necesidad de descanso y sueño .

Se mantiene en cama todo el tiempo aún así refiere no poder descansar por el temor de su enfermedad , manifiesta temor a lo desconocido y a su pronóstico de su enfermedad . Por estar en el hospital no puede dormir y sólo tiene periodos cortos de sueño .

7) Necesidad de usar prendas adecuadas .

En el hospital trae la pijama y bata reglamentaria . En su casa refiere no tener problemas para vestirse ni para escoger su tipo de ropa .

8) Necesidad de higiene y protección a la piel .

Refiere bañarse y cambio de ropa diaria , presenta escarcha urémica , prurito en tórax y espalda , presenta resequedad en zonas , además por el reposo absoluto en cama se debe evitar las úlceras por decúbito y mantener la ropa de la cama limpia y sin arrugas .

9) Necesidad de evitar los peligros .

El paciente refiere saber medidas de seguridad en su hogar como etiquetar las sustancias peligrosas , dar mantenimiento a las instalaciones de electricidad y gas , en su casa no hay niños , tiene a la mano radio con pilas , lámparas de mano , su familia está bien integrada por sus papás y hermanos , acuden al médico para controlar su estado de salud .

10) Necesidad de comunicarse .

El paciente es soltero , vive con padres y hermanos , es el único enfermo crónico en su familia , no platica con alguien sus temores sobre su enfermedad , al ser entrevistado no fija

la mirada , pasa mucho tiempo solo en su casa y en el hospital no se involucra con sus compañeros de cuarto .

11) Necesidad de vivir según sus creencias y valores .

Es de religión católica , no le genera conflictos su religión , considera congruente su forma de vivir con sus creencias , acude a misa cada domingo .

12) Necesidad de trabajar .

Por su enfermedad actualmente es desempleado , pero ayuda en lo posible en las labores de su casa , además la familia tiene un negocio propio de abarrotes y él en ocasiones lo atiende cuando su estado de salud se lo permite .

13) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas .

Su pasatiempo es leer revistas de todo tipo , libros que le llevan su familia , se siente bien a pesar de no poder practicar algún deporte .

14) Necesidad de aprendizaje .

Solamente cursó la primaria y secundaria , siente temor por no saber el pronóstico de su enfermedad y por lo desconocido y saber que en cualquier momento puede fallecer .

En el anexo 2 se encuentra una ficha de identificación del paciente .

Diagnóstico de enfermería.	Objetivo .	Intervenciones de enfermería.	Evaluación.
5.1.Alteración en la necesidad de oxigenación manifestada por disnea, tos productiva, sensación de ahogo relacionada con retención hídrica por oliguria y anemia .	Reestablecer la respiración normal del paciente por medio de la hemodiálisis con la ultrafiltración de agua del paciente . Se programará para varias sesiones hasta corregir la dificultad respiratoria .	5.1.a.Proporcionar al paciente la información sobre el tratamiento a seguir. 5.1.b. Participar en la colocación de un acceso vascular para hemodiálisis . 5.1.c.Corroborar por medio de radiografía de tórax la correcta colocación del catéter. 5.1.d.Ingresar al paciente a la unidad de hemodiálisis para su sesión. 5.1.e.Toma, registro y valoración de los signos vitales y del peso corporal del paciente. 5.1.f.Conectar al paciente a la	Se logró por medio de la hemodiálisis y ultrafiltración de 2500 ml en la primera sesión. Se dieron sesiones de hemodiálisis diarias por 1 semana y se pudo controlar la sobre carga hídrica y los niveles de azoados . La capacidad respiratoria se pudo reestablecer en el paciente . Durante las sesiones de hemodiálisis el paciente se mantuvo

		<p>máquina de hemodiálisis de estable.</p> <p>acuerdo a la técnica descrita.</p> <p>5.1.g.Toma, registro y valoración de los signos vitales y posibles apariciones de signos de reacción anafiláctica.</p> <p>5.1.h.Monitorización continua de los signos vitales y vigilancia del paciente durante la sesión de hemodiálisis .</p> <p>5.1.i.Toma, registro y valoración de signos vitales al término de la sesión de hemodiálisis .</p> <p>5.1.j.Al término de la sesión de hemodiálisis ,desconectar al paciente con la técnica prescrita y realizar curación del catéter.</p> <p>5.1.k.Toma, registro y valoración de signos vitales</p>	
--	--	---	--

		<p>posthemodiálisis, así como el peso corporal del paciente.</p> <p>5.1.i.Trasladar al paciente a su unidad y dejarlo cómodo.</p> <p>5.1.m.Evaluar la dificultad respiratoria del paciente.</p>	
<p>5.2.Alteración en la necesidad de nutrición manifestada por fatiga, astenia, fuerza muscular disminuida,cabell o reseco y delgado, masa muscular disminuida</p>	<p>Mejorar la condición nutricional del paciente .</p>	<p>5.2.a.Mantener un adecuado aporte de calorías, carbohidratos y bajos en proteínas, potasio, sodio y agua.</p> <p>5.2.b.Enseñar al paciente un régimen de cuidados bucales adecuados que incluyan enjuagues con sabor agradable, utilizando un cepillo de dientes blando para</p>	<p>El paciente poco a poco incrementa su nivel nutricional manifestado por ganancia de peso corporal aunque en el tiempo de estancia hospitalaria sólo se pudo comprobar un poco . Se seguirá su caso por medio de la</p>

relacionada con baja ingesta de alimentos y alteraciones a nivel gástrico para la absorción de los nutrientes.		prevenirle sabor de boca desagradable relacionado con los efectos de la urea. 5.2.c.Consultar con un dietista para incluir las preferencias del paciente en la dieta diaria.	consulta externa.
5.3.1.Alteración en la necesidad de excreción urinaria manifestada por edema de miembros pélvicos, disnea, elevación de azoados en sangre, hiperpotasemia relacionada con oliguria.	Disminuir el edema , los niveles de azoados en sangre mantenerlos en niveles normales y controlar la sobrecarga hídrica por medio de hemodiálisis .	5.3.1.a.Ingresar al paciente a la unidad de hemodiálisis para su tratamiento. 5.3.1.b.Llevar un estricto control de líquidos. 5.3.1.c.Indicarle al paciente la cantidad de líquidos que puede ingerir. 5.3.1.d.Recolectar y medir diuresis del paciente.	Se logró disminuir el edema , controlar la azoemia, los niveles de potasio se bajaron a niveles normales, la sobrecarga hídrica se controló y por consiguiente la disnea.
5.3.2.Alteración	Eliminar el cuadro	5.3.2.a.Ingresar al paciente a la unidad de hemodiálisis para	Se logró controlar el cuadro diarreico .

<p>en la necesidad de excreción intestinal manifestada por diarrea relacionada por elevación de urea en sangre.</p>	<p>diarreico .</p>	<p>su tratamiento. 5.3.2.b.Administrar antidiarreico.</p>	
<p>5.4.Alteración en la necesidad de moverse manifestada por dolor en ambas rodillas, falta de fuerza muscular relacionada por desnutrición y por complicaciones del Lupus Eritematoso Sistémico .</p>	<p>Mantener una capacidad física mientras se reestablece su capacidad para caminar .</p>	<p>5.4.a.Planificar un programa de ejercicios según las capacidades del paciente. 5.4.b.Cambios posturales cada 2 horas, además de masaje en los puntos de presión. 5.4.c.Realizar fisioterapia pulmonar por lo menos cada 2 horas, además del drenaje postural. 5.4.d.Mantener la ropa de cama sin arrugas y limpia.</p>	<p>Se logró mantener una capacidad física aceptable en el paciente . La capacidad respiratoria se logró mejorar. El manejo de secreciones se logró manejar por sí solo el paciente .Al cabo de unos días pudo deambular con apoyo por el servicio y posteriormente él solo.</p>
<p>5.5.Alteración en</p>	<p>Hacer que el</p>	<p>5.5.a.Valorar el estilo del</p>	<p>Se logró poco a poco</p>

<p>la necesidad de sueño manifestada por insomnio, relacionado al temor de la evolución de su enfermedad.</p>	<p>paciente acepte su enfermedad y pueda reestablecer su patrón de sueño normal .</p>	<p>paciente para afrontar las situaciones y la etapa de aceptación de su enfermedad. Observar los comportamientos del paciente y hablar con la familia y otros profesionales de la salud, según sea necesario.</p> <p>5.5.b.Apoyar los mecanismos de aceptación. Evitar forzar al paciente a que se enfrente con sus problemas emocionales.</p> <p>5.5.c.Dirigir al paciente a los profesionales adecuados, como un sacerdote, un psicólogo, una persona voluntaria, una trabajadora social.</p> <p>5.5.d.Proporcionarle compañía cuando sea posible.</p> <p>5.5.e.Incrementar la sensación del paciente de poder personal promoviendo al tiempo la</p>	<p>que el paciente aceptara las complicaciones de su enfermedad. Se necesitó el apoyo de la psicóloga del hospital , la cual ayudó de manera significativa en el proceso de aceptación . Su familia fue un apoyo fundamental . Aún con todo , no se lograron los resultados esperados .</p>
---	---	---	---

		aceptación de la realidad de su estado.	
5.6.Alteración en la necesidad de higiene y protección de la piel manifestada por escarcha urémica relacionada con la insuficiencia renal lúpica.	Evitar lesiones en la piel ocasionadas por la escarcha urémica .	5.6.a.Mantener al paciente en niveles de azoados lo más cercanos posibles a las cifras normales. 5.6.b.Baño y cambio de ropa diario. 6.c.Mantener la piel lubricada por medio de cremas adecuadas. 5.6.d.Mantener un estado óptimo de hidratación.	Se logró mantener los azoados en niveles casi normales , se dio el baño y cambio de ropa diaria , la piel lubricada e hidratada . El prurito disminuyó .
5.7.Alteración en la necesidad de comunicarse manifestada por indiferencia al hablar, no mostrar emociones, no fijar la mirada	Lograr establecer una comunicación con el paciente para que manifieste sus emociones .	5.7.a.Permitirle expresar sus necesidades, sus sentimientos, sus ideas y sus deseos. 5.7.b.Establecer un ambiente de confianza con el paciente. 5.7.c.Hacerle saber que él es importante en el servicio y que estamos para ayudarlo. 5.7.d.Pedir ayuda a otros	Se logró que el paciente a través del cuidado diario y de estar con él se comunicara más abiertamente con el personal. Aún con el apoyo de otros profesionales se siguió

<p>cuando se habla con él relacionada con su depresión por la enfermedad y su estancia hospitalaria.</p>		<p>profesionales de la salud cuando no podamos ayudar al paciente.</p>	<p>dando apoyo durante su estancia hospitalaria . Se logró que su estancia hospitalaria fuera más amena por medio de hacer sentir que él es importante en el servicio.</p>
<p>5.8.Alteración en la necesidad de aprendizaje manifestada por desconocimiento de su estado de salud actual y su tratamiento relacionado a su enfermedad.</p>	<p>Que el paciente aprenda sobre su estado de salud y su tratamiento .</p>	<p>5.8.a. Valorar el impacto de la enfermedad o condición de la persona sobre su estilo de vida. 5.8.b. Valorar la disponibilidad física de la persona para aprender. 5.8.c. Valorar el conocimiento actual del paciente sobre su enfermedad y sus implicaciones para el futuro. 5.8.d. Determinar las necesidades del aprendizaje. 5.8.e. Decidir dónde y cuándo</p>	<p>Se logró que el paciente aprendiera sobre su estado de salud actual y lo comprendiera. Se dieron enseñanzas sobre su enfermedad y su pronóstico. Al parecer el paciente lo aceptó pero se seguirá trabajando con el paciente durante su estancia en el hospital hasta su egreso.</p>

		<p>enseñar</p> <p>5.8.f. Decidir qué persona debe enseñar cada cosa.</p> <p>5.8.g. Durante la sesión de enseñanza y después de ella, determinar qué aprendizaje se ha producido.</p>	
--	--	--	--

6.CONCLUSIONES .

Al término de este trabajo , concluyo lo siguiente :

- El Proceso Atención de Enfermería es un instrumento útil que sirve para sistematizar , jerarquizar , dar prioridad y , sobre todo , una atención de enfermería con calidad , sin perder nunca de vista la calidez , a los pacientes que estén a nuestro cuidado , ya sea un individuo sano o enfermo , para poderlo llevar o mantenerlo , a un estado de salud óptimo .
- El Proceso Atención de Enfermería aplicado con la teoría de Virginia Henderson es adecuado para la atención de cualquier individuo , que se deba reestablecer, o mantener , su estado de salud .
- Debe de hacerse conciencia en el personal de enfermería para que se utilice el proceso atención de enfermería en la atención diaria de los individuo sanos o enfermos .
- Se debe aplicar el proceso atención de enfermería para poder detectar los problemas o necesidades del individuo , ya sean reales o potenciales , para no perder el camino hacia la adecuada aplicación de los cuidados .
- No debemos hacer todo por rutina porque nos perdemos en las acciones específicas que debemos llevar a cabo con cada paciente . Esto sólo es posible aplicando el proceso atención de enfermería a cada paciente , llevarlo a la práctica y no sólo dejarlo escrito en el papel .

7. GLOSARIO .

Alopecia . Caída o pérdida de pelo , especialmente las originadas por enfermedades de la piel . Las formas congénitas son muy raras , a menudo familiares , casi siempre difusas o regionales . Las formas adquiridas responden a causas muy diversas (traumatismos , infecciones agudas y crónicas , peladas , etc.).

Anorexia . Pérdida o disminución del apetito , inapetencia . Estado provocado por la falta de alimento .

Astenia . Sensación de fatigabilidad neuromuscular general , muy parecida a la que fisiológicamente se produce después de un ejercicio físico excesivo . Es un síntoma trivial presente en muchas afecciones . Adquiere , sin embargo , intensidad en la insuficiencia adrenal , el hiperparatiroidismo , el hipertiroidismo , la insuficiencia hipofisiaria , la lipomatosis dolorosa , en infecciones como la gripe , etc .

Cianosis . Tinte azulado o violáceo de la piel o mucosas , debido a un exceso de hemoglobina no oxidativa o de meta o sulfohemoglobina en los capilares .En la producción de la cianosis intervienen los factores siguientes : a) concentración de hemoglobina en la sangre ; b) grado de instauración de la sangre arterial procedente de los pulmones ; c) proporción de la mezcla de sangre arterial y venosa en las cardiopatías congénitas , y d) consumo de oxígeno al paso de la sangre por los capilares .En la anemia grave falta la cianosis por no haber hemoglobina suficiente para ponerla en evidencia . La cianosis se clasifican en arteriales , periféricas y cianosis por alteración de la hemoglobina .La cianosis

periférica se observa en la insuficiencia cardíaca congestiva , estrechez mitral o pulmonar , colapso circulatorio , etc. La cianosis es aparente cuando la sangre contiene más de 5 g de hemoglobina reducida de 1.5 g de metahemoglobina o de 0.5 g de sulfohemoglobina por cada 100 ml de sangre .

Esclerosis . Alteración de un tejido o de un órgano , caracterizada por la formación de producciones fibrosas , que reemplazan a los elementos anatómicos normales . Se aplica a la induración patológica del tejido intersticial de un órgano , en especial al sistema nervioso y de las paredes arteriales .

Estertores . Ruidos producidos durante la respiración por el paso del aire a través de aquellos líquidos que pueden encontrarse en los bronquios o el tejido pulmonar . Ruido que en los moribundos produce el paso de aire a través de la mucosidad acumulada en las vías aéreas superiores . Estos ruidos acompañan a la tos cuando existen . Se pueden clasificar en cuatro especies principales : húmedos o crepitantes , mucosos o de gorgoteo , secos , sonoros o roncós , y secos sibilantes .

Fibrinoides . Alteración cualitativa , degenerativa , del tejido conectivo , que se caracteriza por la presencia , en los espacios interfibrilares de una sustancia similar a la fibrina . Las fibras colágenas se fusionan en gruesos haces , reduciéndose los espacios interfibrilares , ocupados por los mucopolisacáridos . También disminuyen las fibras elásticas y reticulares , aumentando , en cambio , el número de fibroblastos que evolucionan hacia la formación de fibrositos . Los haces colágenos tienden a la fusión en masas homogéneas que sufren

luego la degeneración hialina , transformando en el tejido en una masa blanquecina , dura y retráctil .

Flogosis . Enfermedad de carácter inflamatorio . Inflamación .

Gingivitis . Inflamación de las encías . Puede ser primitiva (eritematosa , ulcerosa , vesiculosa , ulceromembranosa) o secundaria a enfermedades infecciosas , intoxicaciones o avitaminosis .

Hiperpotasemia . Elevación de potasio en plasma por arriba de 22 mg por 100 ml . Puede ser debida a administración excesiva , alteraciones metabólicas o excreción disminuida de potasio . Se acompaña de debilidad muscular , arreflexia profunda , fibrilación ventricular y paro cardiaco .Las alteraciones electrocardiográficas son de gran valor diagnóstico y pronóstico : onda T en punta aguda , onda ST elevada o deprimida , desaparición de la onda P , etc. Se observa en pacientes con enfermedad renal , de Addison , en ciertas uremias , etc.

Leucopenia . Término aplicado a la reducción del número de leucocitos circulantes por debajo de 5 000 ó 4 000 por milimetro cúbico . Sus causas más importantes son : a) infecciones por virus , bacterias y protozoos ; b) intoxicaciones por agentes químicos medicamentosos o industriales ; c) sustancias radioactivas ; d) hemopatías , como la agranulocitosis , panmielotisis , leucemia aguda leucopénica , anemia perniciosa , etc. ; e) hiperesplenismo por síndrome de Banti , enfermedad de Gaucher , neutropenia esplénica primaria, etc.

Linfopenia . Disminución del número de linfocitos circulantes , por debajo de 1 000 por milímetro cúbico . Se observa en la enfermedad de Hodking , el linfosarcoma y la tuberculosis ganglionar , como consecuencia de la destrucción del tejido linfático . Se encuentra asimismo en las formas más graves de agranulocitosis que se acompañan de leucopenia externa . Los grados extremos comprenden los casos muy raros de linfocitoptosis o alinfocitemia .

Oliguria . Secreción deficiente de orina . Se observa principalmente en las nefritis agudas , en la insuficiencia cardíaca incipiente (oliguria ortostática o postural , al comienzo , y luego permanente) , en el coma diabético , etc.

Pleuritis . Inflamación aguda o crónica de la serosa pleural . Se distinguen dos formas principales : seca o pleuritis y húmeda o derrame pleural . La pleuresía se conoce generalmente con el nombre de empiema .

Prurito . Sensación que incita u obliga a rascarse , comezón , picazón . Puede ser : localizado o generalizado ; agudo o crónico ; leve o intenso ; diurno , nocturno o permanente . Los pruritos se clasifican , según Darier , en cuatro grupos : a) provocados (insectos) ; b) secundarios a ciertas dermatosis (urticaria , prurigos , eccema) ; c) tóxicos (belladona , arsénico) ; d) autotóxicos (diabetes , uremia , intolerancia alimentaria , ictericia mecánica con hipercolemia , etc.).

Soluto . Substancia disuelta en la solución o solvente .

Trombocitopenia . Disminución del número de plaquetas circulantes , por debajo de los límites mínimos normales correspondientes al método de recuento empleado . En la práctica , suele darse valor en este sentido a las cifras inferiores a 150 000 por mm³ como expresión de una alteración cuantitativa de las plaquetas .

8.BIBLIOGRAFÍA .

ANDREU Periz, Lola. 500 Cuestiones que plantea el cuidado del paciente renal. Ed. Masson. Barcelona , España.1997. pp 359.

BRAIER , L. Diccionario enciclopédico de medicina Jims. Ed. Jims .4ª ed. España, 1980. pp 1165 .

DAUGIRDAS , John T. Manual de diálisis. Ed. Masson. Barcelona , España. 1996. pp 708.

FACCI, et at. Harrison. Principios de medicina interna vol. II. Ed. Mc Graw Hill. 14ª. ed. España , 1998. pp. 1603- 3111.

FERNÁNDEZ Ferrín , Carmen , et at El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería .Ed. Masson-Salvat. España. 1995. pp

HOLLOWAY Nancy M. Planes de cuidado en enfermería médico-quirúrgica. Ed. Doyma. Barcelona , España. 1988. pp 505 .

LEVINE , David . Cuidados del paciente renal . Ed. Interamericana. 2ª ed .México,D.F.1991. pp 342 .

KUMAR. Contran. Robbins. Patología humana. Ed. Interamericana. 5ª. ed. México. 1995. pp. 797.

RIOPELLE L. , et at. Cuidados de enfermería. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. España. 1993. pp 352.

WALTER, John B. Patología humana. Ed. Manual Moderno. México. 1994. pp. 1036.

WOLFF , et. at . Curso de enfermería moderna . Ed. Harla. 7ª ed. México. 1988. pp 981.

9. ANEXOS .**ANEXO 1 .**

Recomendaciones dietéticas diarias para los pacientes en hemodiálisis .

Proteínas	1,2 g/kg
Calorías	35 kcal/kg
Hidratos de carbono	55-60%
Grasas	20-30%
Colesterol	300-400 mg
Fibra	25 g
Sodio	1-2 g
Líquidos	1 litro
Potasio	2 g

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

ANEXO 2 .

Ficha de identificación.

Nombre : A. M. M.

Edad : 32 años.

Sexo : Hombre .

Antecedentes Heredo familiares :

Hipertensión arterial y diabetes en sus abuelos paternos , además artritis reumatoide en su madre . Tuberculosis pulmonar en su padre , finado .

Antecedentes personales no patológicos :

Originario y residente de Veracruz . Casa de tabique con todos los servicios intradomiciliarios como luz , agua , drenaje .

Antecedentes personales patológicos :

Ventana pericárdica en Septiembre de 1999 debido a derrame pericárdico 400 ml.

Lupus Eritematoso Sistémico (L.E.S.) desde 1999 diagnóstico clínico y por laboratorio .

Glomerulonefritis proliferativa difusa lúpica clase IV según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.).

Exploración física :

Piel con prurito , erupción cutánea eritematosa , escarcha urémica . Tos con expectoración , disnea a pequeños esfuerzos , sensación de ahogo , dolor torácico , respiración superficial .
Diarrea líquida 5 evacuaciones al día de características amarillas , fétidas , acompañadas de dolor tipo cólico . Oliguria 3 veces al día aproximadamente 100 ml. al día . con edema de miembros inferiores hasta la rodilla , con flogosis de ambas rodillas . Con fatiga , astenia , pérdida de peso .

Padecimiento actual y motivo de internamiento :

Es un paciente que ingresa por medio del servicio de urgencias por presentar actividad de enfermedad lúpica . Presenta sobrecarga hídrica , disnea a pequeños esfuerzos , con diarrea , desnutrición , con cifras de azoados en sangre elevados nitrógeno de urea 110 mg , creatinina de 4.3 mg , potasio de 6.8 mEq , hemoglobina de 8.2 g , glucosa 82 mg , TP 13.4 testigo 14 , TTP 33 testigo 32.8 , plaquetas 79 000 , con signos vitales con T.A. 162/112 mmHg , F.C. 87 x' , F.R. 28 x' , T. 36.9° C. , peso 63 kg. , talla 1.70 mts. Ingres para tratamiento de hemodiálisis .