

214



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN: PERITONITIS SECUNDARIA A DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA

201323

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

PRESENTA:

MARICELA TORRES VALDOVINOS

DIRECTOR ACADÉMICO:
LIC. FEDERICO SACRISTAN RUIZ



MEXICO, D.F.

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicios de Mayo 2001.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicado a:

Enrique, Luis Enrique y Eduardo.

INDICE

PAGINA

1	- Objetivos generales-----	1
2	- Justificación -----	2
3	- Introducción-----	4
4	- Metodología-----	5
5	- Universo de trabajo-----	7

I

6	- Marco teórico-----	8
6.1	-¿Qué es la peritonitis en pacientes nefrópatas con catéter de Tenckhoff, sometidos a diálisis peritoneal continua ambulatoria?-----	8
6.2	- Vía de infección y factores de riesgo en la peritonitis-----	10
6.3	- Cuadro clínico de la peritonitis-----	11
6.4	- Criterios que se requieren para el diagnóstico de peritonitis-----	12
6.5	- Tratamiento médico-----	13
6.6	- Valoración de enfermería de las necesidades y problemas-----	17
6.7	- Importancia de la participación de la enfermera en la orientación del binomio paciente familiar en el manejo del proceso dialítico domiciliario-----	18
6.8	- Acciones de enfermería en la prevención de peritonitis en paciente sometidos a diálisis peritoneal continua ambulatoria.-----	20

II

7	- Historia clínica de enfermería-----	24
	• Diagnósticos de enfermería-----	31

INDICE

III

	PAGINA
8 .- Plan de atención de enfermería-----	32
• objetivos-----	32
• Jerarquización de problemas y/o necesidades-----	34
9 .- Conclusiones y sugerencias-----	60
10 .- Bibliografía -----	63

AGRADECIMIENTOS

A MI ESPOSO E HIJOS:

A **Enrique, Luis Enrique y Eduardo** que me apoyaron y continúan haciéndolo sin condición alguna, mi más sincero agradecimiento por este gran esfuerzo que ellos han hecho al tener que prescindir en muchas ocasiones de mi colaboración como madre y esposa, a ellos que son mi existencia, mil disculpas por no poder en algunas ocasiones atender a sus llamados de cariño y atención .

Gracias por todo lo que me han dado, los AMO.

A mi país:

Con entero orgullo y satisfacción de ser Mexicana, he realizado mis estudios de Licenciada en Enfermería y Obstetricia, doy gracias este país por permitir de una forma gratuita y laica la enseñanza hasta estos niveles, reconozco que si estos caminos estuvieran cerrados, no sería posible alcanzar un grado Universitario para muchos miles de mexicanos.

A mi Universidad:

Un reconocimiento a nuestra MÁXIMA CASA DE ESTUDIOS en México, que siempre preocupada por mantenerse a la vanguardia , en la prestación de servicios de Educación ha hecho posible su SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA, a través de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

A los maestros:

Quiero expresar mi agradecimiento a su valiosa luz de conocimientos que me han guiado hasta lograr mis objetivos, en especial al L.E.O. **Federico Sacristán Ruiz**, quien ha puesto todo su interés y apoyo para la realización de este trabajo.

ROSA GARCIA DEL PRADO:

A "Rosita" como le hemos llamado, a ella, que con gran acierto e inteligencia supo ser el enlace entre la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y el primer grupo de alumnos y alumnas , con sede en Acapulco, Gro., por otro lado también una gran admiración a ella porque fue la persona que realizó gestiones ante el I.M.S.S. para que brindara el apoyo de prestar sus instalaciones de enseñanza ubicadas en el Hospital "Gral. Vicente Guerrero" de Acapulco Gro.

2.- JUSTIFICACION

Se propone el siguiente Proceso de Atención de Enfermería con la intención de manejar al paciente con peritonitis secundaria a diálisis peritoneal continua ambulatoria, con bases técnicas y científicas, desarrollando un protocolo integral que beneficie al paciente en sus tres esferas: física, psicológica y social.

A través de dicho proceso de atención de enfermería se pretende demostrar la importancia de la participación de la enfermera, apoyada con un instrumento de trabajo como este (P.A.E.), cuyos resultados sean el reflejo de una atención basada en principios científicos.

Lo anterior en base al alto índice registrado de peritonitis en pacientes nefrópatas, sometidos a un proceso dialítico, los cuales generalmente son hospitalizados para su tratamiento, causando alteraciones tanto en la dinámica familiar como en el deterioro del mismo paciente y en donde la enfermera tiene una participación sumamente relevante en el manejo de estos pacientes la cual consiste en brindar atención

integral en cuanto a su tratamiento, orientación, prevención y detección de posibles factores condicionantes de peritonitis, es importante resaltar que dichas acciones son llevadas a cabo con la participación del BINOMIO PACIENTE-FAMILIAR (participantes en el manejo del proceso dialítico domiciliario).

3.- INTRODUCCION

En México la peritonitis se considera todavía una complicación importante de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), aunque en el curso de los años la incidencia ha disminuido en muchos centros. En 1978 la incidencia de peritonitis en pacientes nefrópatas pertenecientes al programa de DPCA era de 4.6 episodios por paciente por año (1). Al modificarse la técnica y mejorar el material que se utiliza para la DPCA disminuyó la incidencia de peritonitis. En 1994 se reportan datos de uno a dos episodios por año en el paciente adulto (2), y en niños esta complicación se observa hasta en 0.69 episodios por paciente por año. (3) en cuanto a la mortalidad, la infección en general causa hasta un 30% de las muertes en sujetos nefrópatas con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (4).

En el año de 1997 en Acapulco existen registros de una población de 93 pacientes nefrópatas incluidos en el programa de DPCA, de los cuales 23 de ellos han sufrido de uno a dos eventos de peritonitis en el transcurso de ese año, arrojando así un 24% de pacientes que se han infectado, a lo cual podemos decir que existe un promedio de 0.24%-0.49% de eventos de infecciones por paciente por año(5).

(1) W. Bocschoten Elizabeth y S.T. Boon Fred *Rev. Nefrología Mexicana* Vol. 12 2 abril-junio 1991. Pág. 59.

(2) Acosta García Jorge Mauricio y et. Al. "Diálisis Peritoneal e Infección". En *Rev. Salud Milij. Mex.* Vol. 48, Núm. 5 sep-oct. 1994. pág. 118-121.

(3) *Ibid.*

(4) *Ibid.*

(5) Estadísticas del servicio de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria 1997. "Gral. Vicente Guerrero", 1997, Acapulco, Gro.

4.- METODOLOGÍA

- Se revisó, seleccionó y analizó la bibliografía referente a peritonitis en pacientes nefrópatas incluidos en el programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA).
- Se seleccionó un paciente nefrópata con diagnóstico médico de peritonitis secundaria a diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA).
- Se elaboró un diseño del proceso de atención de enfermería que incluyera todos los elementos necesarios para proporcionar atención de enfermería con bases técnicas y científicas.
- Recolección de datos: se llevó a cabo a través de la observación , interrogatorio y examen físico, con apoyo de la historia clínica de enfermería.
- Planeación : en este rubro se planearon todas las actividades a realizar en torno al proceso de atención de enfermería, además se jerarquizó la problemática del paciente, como también se determinaron los objetivos y la planeación de las intervenciones de enfermería.

- Realización: consistió en la ejecución de las actividades planeadas, de acuerdo a la problemática o necesidades jerarquizadas previamente detectadas.
- Evaluación: etapa final del Proceso de Atención de Enfermería, donde se observaron las reacciones en el paciente y la eficacia de las intervenciones de enfermería, además de la evaluación del logro de los objetivos.

5.- UNIVERSO DE TRABAJO

Se eligió un paciente nefrópata perteneciente al programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, con diagnóstico médico de PERITONITIS SECUNDARIA A DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA.

UBICACIÓN: servicio de DIÁLISIS (medicina interna), ubicado en el 7° piso del Hospital General Regional "Gral. Vicente Guerrero", perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en la ciudad de Ciudad de Acapulco, Gro.

6.- MARCO TEORICO

6.1 ¿Qué es la peritonitis en pacientes nefrópatas con catéter de Tenckoff, sometidos a diálisis peritoneal continua ambulatoria?

Es la complicación que mayor morbimortalidad ocasiona en los enfermos con diálisis peritoneal, a pesar de los avances terapéuticos para disminuir y ofrecer una mejor perspectiva en los casos de esta frecuente y temida complicación . (6)

La definición más práctica de peritonitis la dio Vas basada en los siguientes criterios:

- 1.- Presencia de organismos en la tinción de Gram o el cultivo del líquido de la diálisis peritoneal.
- 2.- Líquido turbio ($100 \text{ leucocitos/mm}^3$) predominantemente con células polimorfo nucleares.
- 3.- Síntoma de infiltración peritoneal. La combinación de cualquiera de estos criterios define la peritonitis.(7)

(6) Corporación de cuidados de salud Baxter. Manual de Programa de las Mejores Prácticas Demostradas 1986. "Peritonitis y manejo de la terapia antibiótica". México.

(7) Levine, M. J. David Z., Cuidados de Paciente Renal. 2ª Edición, edit. Interamericana, Mc. Graw Hill, Ontario Canadá. Pág. 204-239.

peritonitis:

Infiltración del peritoneo, producida por bacterias o sustancias irritantes introducidas a la cavidad abdominal. (8)

Peritonitis, es el problema más frecuente en DPCA suele deberse a la utilización de una técnica no aséptica y se caracteriza por fiebre, drenaje de un drenado turbio, leucocitosis y dolor abdominal. (9).

(8) Monreal José Luis. Edít. Grupo Océano. Edic. 1995. Diccionario de medicina MOSBY.
(9) Ibid.

6.2 Vía de infección y factores de riesgo en la peritonitis

vías de entrada de microorganismos infecciosos en la cavidad peritoneal	
via	microorganismo
Transluminal	Flora de la piel (staphilococcus epidermidis y staphilococcus aureus)
Periluminal	Flora residente de la piel microorganismos patógenos del sitio de salida.
Transluminal	Microbios entéricos anaerobios
Hematógena	Estreptococos micoplasma tuberculosis
Endógena (vagina, dispositivo intrauterina u otros)	Levaduras lactobacilos.

factores de riesgo:

- ❖ Contaminación del líquido dializante , por bacterias durante el cambio de bolsa.
- ❖ Divertículos
- ❖ Infecciones agudas de vías respiratorias altas

- ❖ Tuberculosis
- ❖ La falta relativa de opsoninas
- ❖ Edad avanzada (mayores de 60 años).
- ❖ Esclerosis del peritoneo (10)

6.3 Cuadro clínico de la peritonitis

Cuando un paciente nefrópata sometido a diálisis peritoneal continua ambulatoria presenta peritonitis su causa más frecuente suele deberse a la utilización de una técnica no aséptica y se caracteriza por fiebre, drenaje de un dializado turbio (signo frecuente), leucocitosis y dolor abdominal.

Los signos y síntomas característicos de la peritonitis son distensión y rigidez de la pared abdominal, con dolor e hipersensibilidad a la percusión, disminución o ausencia de los ruidos intestinales, náuseas, vómitos y taquicardia.

El paciente presenta escalofríos y fiebre, respira rápida y superficialmente y presenta ansiedad, deshidratación e incapacidad para defecar, en algunos casos elimina materia fecal por el vómito. Por lo general existe leucocitosis, desequilibrio electrolítico e

hipervolemia y el cuadro puede desembocar en shock e insuficiencia cardiaca. (11).

6.4 Criterios que se requieren para el diagnostico de peritonitis

El diagnóstico clínico de peritonitis requiere que se satisfaga cualquier combinación de dos de los tres criterios siguientes:

- a) signos y síntomas de inflamación peritoneal, como el comienzo repentino de dolor abdominal e hipersensibilidad de rebote.

- b) Efluente de diálisis turbulento que contiene sobre todo células polimorfonucleares. El recuento celular total en la solución de diálisis no infectada que drena de un paciente tratado con DPCA, suele ser menor de $50/\text{mm}^3$. muchas de estas celular son macrófagos y monocitos.

c) Aislamiento de microorganismos con el método de Gram o cultivo de la solución de diálisis drenada. El periodo de incubación de la peritonitis bacteriana suele ser de 24-48 horas desde el momento de contaminación. El cuadro clínico cede con mucha rapidez después de iniciar el tratamiento. La resolución lenta o nula de la peritonitis con el tratamiento suele indicar la selección incorrecta del antibiótico o peritonitis debida a un foco infeccioso en áreas cercanas, como las infecciones del sitio de saluda o túnel subcutáneo. (12)

6.5 Tratamiento médico

Una vez que se sospecha de un diagnóstico de peritonitis se inician los siguientes pasos de tratamiento ya sea en casa (realizados por el paciente) o en el hospital (realizados por una enfermera de DP). Se llevan acabo de uno a tres recambios (usando preferentemente solución dializante al 1.5% de dextrosa) consecutivos tan rápido como sea posible, sin añadir antibióticos o insulina en el caso de los diabéticos. Estos recambios rápidos permiten el lavado de mediadores

de inflamaciones de la cavidad peritoneal y proporcionan un rápido alivio del dolor peritoneal. El equipo de transferencia puede cambiarse dentro de las primeras 24 horas posteriores a la aparición del dolor, aunque no hay evidencia contundente que requiera de tal paso.

La solución dializante fresca es medicada con un amino glucósido (tobramicina 1.7 mg/kg. Peso corporal), una cefalosporina (cefalotina o cefazolina 1 mg/2 litros de solución) y heparina 1000 U/2 litros e infundida en la cavidad peritoneal, permitiéndosele permanecer allí durante 6 horas. Como una alternativa eficaz para la cefalosporina se puede utilizar un gramo de vancomicina intravenosa infundida lentamente. La vancomicina también puede administrarse en forma intraperitoneal, pero a una dosis más alta (2g). La selección inicial de antibióticos se lleva a cabo para cubrir un amplio espectro de organismos.

Cada bolsa subsecuente de solución dializante de dos litros para recambios contiene 16 Mg. De tobramicina, 200-500 Mg. De cefalosporina y 1000 U de heparina.

La tobramicina y la cefalosporina no deberán ser mezcladas en la misma jeringa, aunque si pueden combinarse en forma segura dentro de la misma bolsa dializante. Este régimen se usa continuamente hasta que se obtienen los resultados de la cadena y/o cultivo Gram y de la susceptibilidad a los antibióticos. Se hacen entonces los cambios apropiados, si es necesario. En el caso de peritonitis por organismos Gram-positivos, no es necesario continuar con la administración del amino glucósido.

La resolución de peritonitis es monitoreada clínicamente y con conteos periódicos de células blancas en el dializante. Después de 7-10 días del inicio de la terapia, se descontinúan los antibióticos en caso de que la peritonitis esté cediendo. El protocolo del tratamiento se modifica para peritonitis ocasionada por hongos, tubérculos, por cirugía o por organismos múltiples. En la mayoría de estas situaciones especiales, el tratamiento incluye el retiro del catéter peritoneal, la administración sistémica de los agentes antifungales o antibacteriales adecuados y el drenado del absceso si es que existe.

La peritonitis durante la DPA se trata con dosis de carga de antibióticos intravenosos. Adicionalmente, durante los recambios de diálisis se añaden a la solución dializante, antibióticos para mantenimiento y heparina en las dosis recomendadas para pacientes de DPCA.

La absorción de antibióticos de la solución dializante al suero es rápida. Por lo tanto, en la mayoría de los casos no es necesario administrar antibióticos de forma intravenosa. El resultado del tratamiento de peritonitis con antibióticos intraperitoneales o intravenosos es comparable y, por lo tanto, la selección de un método sobre otro deberá obedecer a la situación del paciente.

Será necesaria la hospitalización para pacientes severamente enfermos de peritonitis. La administración de rifampicina oral o parenteral se indica para los pacientes con infecciones persistentes o recurrentes por *S. aureus*. En estos pacientes, las propiedades bactericidas intracelulares de los macrófagos peritoneales permiten la persistencia de organismos viables dentro de la célula. La rifampicina

penetra estas células y erradica las bacterias. La contaminación accidental se trata con un cambio de equipo de transferencia seguido de ya sea cefalosporina, o una inyección única de un gramo de vancomicina. Después del tratamiento de peritonitis y antes de que el paciente se vaya a casa, una enfermera de DPCA deberá revisar la técnica que éste utiliza, en un esfuerzo para identificar y corregir errores que pudieran haber contribuido a causar la peritonitis.(13).

6.6. Valoración de enfermería de las necesidades y problemas

La enfermera perteneciente al servicio de diálisis peritoneal continua ambulatoria debe estar capacitada para reconocer inmediatamente la presencia de peritonitis en pacientes con diálisis peritoneal, de tal manera que realice la jerarquización de necesidades y problemas para dar solución inmediata a la demanda del paciente, basándose desde luego en el conocimiento científico; dicha valoración abarcará los siguientes aspectos:

❖ observación

(13) Corporación de ciudades de salud Baxter, Manual de las Mejores prácticas Demostradas, Op., Cit.

- ❖ interrogatorio
- ❖ examen físico
- ❖ identificación de problemas
- ❖ diagnóstico de enfermería
- ❖ establecimiento de prioridades (planeación)
- ❖ establecimiento de objetivos
- ❖ suministro y documentación de la atención de enfermería (realización)
- ❖ documentación de las reacciones a las intervenciones (evaluación)
- ❖ evaluación de la eficacia de las intervenciones
- ❖ evaluación del cumplimiento de los objetivos. (14)

6.7 Importancia de la participación de la enfermera en la orientación del binomio paciente-familiar en el manejo del proceso dialítico domiciliario:

Sin duda alguna que la participación de la enfermera en el manejo de pacientes nefróticas sometidos a diálisis peritoneal tiene un

alto sentido de responsabilidad tanto técnica como científica y además no podemos dejar de mencionar el apoyo emocional que brinda al paciente y familia en el manejo del proceso dialítico en el hogar.

Por otro lado la intervención de la enfermera es basada en las siguientes actividades para otorgar un servicio de calidad y calidez:

- ❖ Educar diagnosticar
- ❖ Control de agentes infecciosos
- ❖ Administrar-dirigir
- ❖ Formar un buen equipo
- ❖ Proteger al paciente
- ❖ Consejera
- ❖ Investigar.

Es importante señalar que existe una tarea relevante para la enfermera como es la enseñanza e integración de un familiar al manejo del Proceso Dialítico Peritoneal Continuo Ambulatorio, así como también la capacitación al mismo paciente.

Estudios han demostrado que el manejo de este procedimiento

domiciliario y la capacitación al binomio PACIENTE-FAMILIAR tiene un impacto importante sobre la calidad de vida hasta en un 50% de mejora en relación a los pacientes sometidos al programa de Diálisis Peritoneal Intermitente. (15)

6.8 Acciones de enfermería en la prevención de peritonitis en pacientes sometidos a diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA).

- ❖ Tener conocimientos de peritonitis y su presencia durante la diálisis peritoneal
- ❖ Establecer la etiología de cada infección y realizar actividades de enfermería directas hacia la prevención de alguna recurrencia.
- ❖ Mantener las fechas exactas de la peritonitis revisar programas y procedimientos tanto como sea necesario para minimizar los factores de riesgo de peritonitis.

(15) Becerril Pallas Rubén y Col. Rev. Medicina Social, Médica del I.M.S.S. Vol. 32 Núm. 2, oct- 20 nov. 1994. "Nuevos Criterios de Asignación a Programas de Diálisis Peritoneal". Pág. 165-171.

- ❖ Educar y reeducar al paciente y/o familiar en el manejo de la diálisis continua ambulatoria.
- ❖ Visitas frecuente domiciliarias.
- ❖ Capacitar al paciente y familiar en el manejo de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.
- ❖ Capacitar al paciente y familia en la prevención de PERITONITIS, sobre todo enseñarles las rutas de contaminación de la cavidad peritoneal como son:
 - transluminal: directo del volumen del catéter.
 - Periluminal: alrededor de la superficie del catéter
 - Hematógena: transmisión por medio de la sangre.
 - directo de la pared intestinal
 - en las mujeres por medio del aparato genitourinario.

Enseñar en forma general principios de :

- asepsia y antisepsia
- nutrición
- dieta
- ejercicio

Enseñar cuidados específicos del orificio de entrada del catéter

de Tenkoff, como son:

- el peróxido de hidrógeno es usado para remover las costras que se forman alrededor de la herida.
- Lavar cuidadosamente con una dilución de yodo, agua, jabón o isodine.

Enseñar a que no haga lo siguiente:

- No entibie las bolsas de diálisis en agua
- No se bañe en tina
- No nadar
- No olvidar limpiar su orificio de salida
- No olvidar lavar y secar sus manos muy bien
- No permitir gente en el cuarto mientras realiza el cambio
- No permitir que personas lo atiendan o ayuden (que no estén capacitadas).
- No olvidar usar tapabocas

- No olvidar hacer aseo de su equipo
- No olvidar verificar el conector diariamente
- No abreviar el procedimiento
- No usar equipos defectuosos
- No cometer un error e ignorarlo
- No permitir animales en el cuarto
- No cambiar de bolsa frente a ventanas abiertas, ventiladores o unidades de aire acondicionado. (16)

(16) Corporación de Cuidados de Salud Baxter, manual de programas de las mejores prácticas demostradas. "Participación de la enfermera en la prevención de peritonitis recurrente". 1986. México.

II

7.- HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

2.1.- Identificación:

NOMBRE: G. J. H.

CEDULA: 727150 0002

NO. DE CAMA: 710

EDAD: 49 AÑOS

2.2.- Interrogatorio.

a) información general:

- ❖ Información proporcionada por: esposa
- ❖ Fecha y hora de ingreso: 3 de marzo de 1999. 10 horas.
- ❖ Llegó a la unidad en: ambulancia (usando camilla desde su casa)
- ❖ Acompañado por: esposa
- ❖ Peso: 72 kg.

- ❖ Signos vitales al ingreso: T.A. 190/110, PULSO: 95,
RESP.: 45,
TEMP. 40° C.
- ❖ Causa a la que atribuye el paciente su ingreso: probable
infección del peritoneo debido a la diálisis peritoneal
continua ambulatoria.
- ❖ Forma en la que el paciente maneja el problema en casa:
tomó NEOMELUBRINA para el dolor y fiebre.
- ❖ Alergias: negadas
- ❖ Medicamentos: toma captopril, furosemide 2 c/ 6 horas,
gibenciamida, nifedipina.
- ❖ Razón del ingreso percibida por el paciente: su esposa
refiere que lo traslado al hospital porque su esposo decía
que se "ahogaba" se quejaba de dolor intenso en
abdomen, náuseas y vómito, además de que desde hace 8
días, ha venido presentando salida de líquido peritoneal
incompleto (menos de los 2 litros que ingresan), tardan
un poco más de una hora en salir y con aspecto " turbio".

2.3.- Patrón nutricional y metabólico:

- ❖ No. De comidas al día: 3
- ❖ ¿come con frecuencia fuera de casa? NO
- ❖ consumo de alcohol: desde hace tres años no consume alcohol, solía hacerlo en reuniones.
- ❖ Piel: membranas, mucosas escamosas sin turgencia, diaforético y pálido.
- ❖ Última ingesta, ¿Qué comió?: atole, avena, gelatina .
- ❖ Alergias alimentarias: ninguna

2.4.- Patrón de excreción:

- ❖ Intestinal . Fecha de la última excreción: 2-marzo-1999 .
Patrón usual: diario, padece estreñimiento, toma laxantes (papaya).
- ❖ Urinaria: refiere que orina una vez cada tercer día ocasional diario muy "amarillo".
- ❖ Edema: se observa edema generalizado.

- ❖ Presencia de catéteres: Se observa catéter de tenckoff instalada en cavidad peritoneal (abdomen), con fecha de colocación de 7 de octubre de 1998, fecha de ingreso al programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, 18 de noviembre de 1998.

2.5.- Patrón de actividad y ejercicio.

La esposa refiere que Hilario tiene limitaciones físicas, no camina por flacidez muscular, solamente se da terapia rehabilitatoria por sus familiares.

- ❖ Respiratorio: se observa disneico, respiraciones aumentadas rápidas y superficiales.
- ❖ Cardíaco: T.A. 190/110 al ingreso
- ❖ Capacidad motora: flacidez de músculos inferiores

2.6.- Patrón de reposo y sueño.

El patrón normal de sueño es de 6-8 horas por la noche y de día de 2-3 horas.

¿toma algún medicamento para dormir? NO, ahora que inicia el padecimiento no puede dormir.

2.7.- Patrón cognoscitivo y perceptual:

declara la esposa:

- ❖ dolor: declara que desde hace 8 día inicia con dificultad para respirar y dolor abdominal agudizándose anoche
- ❖ analgésicos: Indica que tomó una tableta de neomelubrina
- ❖ sentidos: niega tener problema auditivos, del habla, ve borroso
- ❖ orientación: desorientado en tiempo, lugar y personas (al ingreso)
- ❖ nivel de conciencia: Se observa falta de atención, somnoliento, confuso, y torpe.

2.8.- Patrón de percepción y concepto de si mismo:

Hilario refiere sentirse muy mal, se rehúsa a contestar preguntas sobre su persona, familia o padecimiento, se observa decaído y deprimido.

2.9.- Patrón de función como individuo y relación:

Vive con su esposa y dos hijos solteros , 1 hijo casado y 3 nietos, refiere la esposa que desde que inicio con el padecimiento su comportamiento en ocasiones es agresivo, además no se interesa por convivir con familiares ni amigos.

2.10.- Patrón de sexualidad y reproducción:

No tiene relaciones sexuales desde hace tres años.

2.11.- Patrón de enfrentamiento al estrés y tolerancia:

Refiere la esposa que se pone muy nervioso por su enfermedad comentando "mejor Dios me recogiera para no estar sufriendo".

2.12.- Patrón de valores y creencias:

Refiere la esposa: que son católicos y que no acude a la iglesia "pero le van a dar comunión a la casa".

2.13.- Actividades de la vida diaria:

- ❖ Higiene personal: cambio de ropa diario
- ❖ Higiene bucal: 1 vez al día
- ❖ Baño: se baña cada dos días.

2.14.- Nivel social:

- ❖ **vivienda:**
- ❖ Material del que esta construida la vivienda:
- ❖ Techo: lámina de asbesto
- ❖ Paredes: concreto
- ❖ Piso: cemento
- ❖ No. De cuartos: 4 cuartos
- ❖ No. De personas que la habitan: 5 adultos y 3 niños
- ❖ ¿cuenta con un lugar adecuado para llevar a cabo el proceso dialítico? Si
- ❖ Describir las características del lugar donde se lleva a cabo el proceso dialítico: es un cuarto construido de cemento, techo y

piso, con dos ventanas, con medidas aproximadas de 3.5 mts. Cuadrados.

2.15.- Nivel de escolaridad:

Segundo año de primaria.

Nivel económico: Bajo

Nivel cultural: “Los doctores dicen que estoy enfermo de los riñones, de diabetes, tengo un catéter que dreño por ahí y me lava el riñón, siento mejoría porque me saca el agua”. (descripción del conocimiento del paciente acerca de su padecimiento actual).

Diagnósticos de enfermería:

1.- Trastorno de la función del peritoneo abdominal relacionado con un probable déficit del conocimiento en el manejo del proceso de diálisis peritoneal continua ambulatoria, que se manifiesta con dolor abdominal intenso, hipertermia, disnea, taquipnea, hipervolemia, hipertensión arterial, náuseas, vómito y estado mental confuso.

2.- Violencia dirigida así mismo y a otros, relacionada con autoestima negativa y depresión según se manifiesta en declaraciones "mejor me muriera".

3.- Déficit de autocuidados/baño e higiene, relacionado con su bajo nivel cultural y educativo.

III

8.- PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Objetivos:

1.1.- Se observará el restablecimiento del peritoneo al cabo de 10 días, a través de la administración de antibióticos y cuidados de enfermería.

1.2.- Se observará la salida de líquidos claros peritoneales, sin dificultad y en forma completa, al cabo de 10 días.

1.3.- Eliminar el agente lesivo biológico al término de 10 días.

1.4 .- Demostrará y manifestará el conocimiento y habilidad en el manejo del proceso de diálisis peritoneal continua ambulatoria al término de una semana , después del alta hospitalaria.

1.5.- Manifestará y se observará al término de 10 días la eliminación de toda la sintomatología (dolor abdominal, hipertermia, disnea, taquipnea, hipervolemia, hipertensión arterial, nauseas, vómito y estado mental confuso).

2.1.- Demostrará durante la estancia hospitalaria disminución del comportamiento agresivo mediante sesiones de ayuda psicológica.

2.2.- Demostrará cambios en la conducta con tendencia positiva, a través de servicios de ayuda psicológica.

3.1.- Demostrará y se observará modificación positiva hacia el autocuidado higiénico a través de la enseñanza.

Jerarquización de problemas y/o necesidades:

1.1 Trastorno de la función del peritoneo abdominal:

Manifestación del problema:

Déficit del peritoneo para la filtración de solutos, debido a inflamación causada por agentes lesivos biológicos.

Intervenciones de enfermería:

(primeras 24 horas)

1.a. Utilizando técnica estéril tomar una muestra de 50 ml. Del líquido drenado del peritoneo abdominal y enviarla al laboratorio, para recuento celular, coloración de Gram y cultivos.

2.b. realizar tres recambios con solución diálisis al 4.5. % con dextrosa en sucesión con la mayor rapidez posible.

3.c. Después de realizados estos intercambios continuar cada bolsa subsecuente de 2 litros de solución de diálisis para intercambio peritoneal, debe contener 1 gr. De cefalosporina.

(a las 96 horas)

4.d. Repetir toma de muestra de líquido de diálisis drenado de la cavidad abdominal.

5.e. Continuar por espacio de 10 días con cefalosporina 1 gr. Y 1000 UI. De heparina en cada bolsa subsecuente de 2 litros de solución de diálisis para intercambio.

6.f. Rifampicina 500 mg. V.O . C24 hrs. X 10 días (17)

Fundamento teórico:

1.a. El conocimiento del tipo de germen lesivo biológico anidado en cavidad intraperitoneal, orienta hacia el Diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería.

2.b. Los intercambios rápidos permiten extraer mediadores de la inflamación presentes en la cavidad peritoneal y aliviar con prontitud el dolor.

3.c. La antibioticoterapia favorece la destrucción de gérmenes peritoneales en el medio intracelular. (18).

4.d. La verificación de un segundo recuento celular en el laboratorio, permite la continuación del tratamiento o su modificación.

Problema y/o necesidad :

1.2 Deficit del conocimiento en el manejo del proceso de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.

Manifestación del problema:

Infecciones intraperitoneales.

Intervención de enfermería:

1.a. Plan de enseñanza: (incluir al paciente y esposa)

- Diálisis peritoneal principios de asepsia, material, equipo, precauciones y recomendaciones.
- Complicaciones del paciente con falla renal.
- Cuidado del catéter de Tenkoff.
- Precauciones en el manejo del sistema y cambio de bolsa.
- Demostración práctica de instalación y recambio de bolsa de diálisis peritoneal (enfermera)
- Aprender a reconocer sintomatología de aumento o disminución en las cifras normales de signos vitales.
- Precauciones en la dieta.
- Complicaciones en diálisis peritoneal continua ambulatoria.
- Medidas preventivas de infecciones (peritonitis)
- Acciones correctivas de complicaciones en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.
- Devolución del procedimiento por el paciente y familiar. (19)

Fundamento teórico:

1.a. El conocimiento sobre el proceso de diálisis peritoneal continua ambulatoria reduce los eventos de complicaciones:

- La inclusión de un familiar del paciente al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria puede reducir la ansiedad del paciente, brinda apoyo emocional, potencializa el conocimiento entre la familia.
- El conocimiento proporciona seguridad.
- El conocimiento sobre medidas preventivas y complicaciones reduce los riesgos de infección.
- La devolución de los procedimientos garantiza de manera completa la adquisición del conocimiento práctico.

Problema y/o necesidad.

Disnea:

Manifestación del problema y/o necesidad

Paciente inquieto con dificultad respiratoria, con movimientos inspiratorios y espiratorios rápidos y superficiales, aleteo nasal, expansión torácica alterada.

Objetivo:

1.- restablecimiento de la función normal respiratoria a través de la administración de oxígeno.

fundamentación teórica del problema:

Dificultad para respirar que puede deberse a ciertas enfermedades cardiacas respiratorias, ejercicio extenuante o ansiedad.

Estado en el cual un individuo experimenta decremento en nutrición y oxigenación a nivel celular debido a un déficit en el riego sanguíneo tisular.(20)

- 2.b. Colocarlo en posición semifowler.

- 3.c. Administración de oxígeno a través de puntas nasales o mascarilla.

- 4.d. Interrogar al paciente y/o familia, con respecto al problema que lo condujo hacia este estado de salud.

- 5.e. Valorar la comprensión y enseñar por razón necesaria antes de pruebas, tratamientos e intervenciones.

- 6.f. Tranquilizar en términos realistas; señalar puntos positivos de salud y funcionamiento.

- 7.g. Notificarle a la esposa la importancia de permanecer con el paciente.

- 8.h. Orientar en el cuarto acerca de todo el equipo.

9.i. Hacer al paciente participar en la planeación de su atención; explicarle como puede optimizar el tratamiento médico y de enfermería para promover la recuperación.

Fundamentación teórica de las acciones de enfermería.

1.a. La identificación del paciente permite a la enfermera, paciente y familia confianza, seguridad y sociabilidad.

2.b. Colocar al paciente en posición adecuada ayuda a mantener una permeabilidad de vías respiratorias.

3.c. La oxigenoterapia es la forma mas adecuada y oportuna de nutrir al tejido celular cuando este se encuentra en detrimento, trayendo como consecuencia, mejora en toda la funcionalidad de los aparatos y sistemas del organismo.

4.d. El interrogatorio directo al paciente y/o familia facilita la intervención inmediata de enfermería y por lo tanto u diagnóstico preciso y su posible tratamiento preventivo.

5.e. Establecer datos de referencia a partir de los cuales enseñar; comenzar el nivel de comprensión del sujeto y su esposa.

6.f. Concentrarse en los aspectos positivos da ánimo y esperanza.

7.g. La presencia de personas que dan apoyo suele reducir el temor; incrementa la sensación de seguridad y protección.

8.h. El ambiente desconocido puede causar ansiedad y temor.

9.i. Da al paciente la sensación de control lo que reduce el temor; promueve la cooperación en los tratamientos. (21)

Evaluación:

La disnea fue corregida parcialmente con oxigenoterapia, por lo que se procede a corregir falla hídrica que puede estar causando alteración pulmonar (probable edema agudo pulmonar) y como consecuencia disnea.

(21) Ibid. Pág. 158-161.

Problema y/o necesidad:

1.4 Dolor abdominal:

Manifestación del problema:

Dolor abdominal intenso relacionado con agentes lesivos biológicos, secundario a diálisis peritoneal continua ambulatoria, que se manifiesta con: comportamiento inquieto, con aspecto facial "mascara" de dolor, ojos sin brillo, aspecto "abatido", alteración del tono muscular, sudoración profusa, cambio de la presión arterial y del pulso.

Se observa salida de líquido peritoneal dializante con aspecto " turbio".

Objetivos:

- 1) disminuir o eliminar el dolor abdominal a través de la administración de analgésicos e iniciación de tratamiento a base de antibióticos.

2) Informe del decremento del dolor a un nivel de 4 o menos (en escala del 1 al 10) durante las primeras 24 horas después de iniciado el tratamiento con analgésicos, antibióticos y aminoglucósidos.

Fundamentación teórica del problema:

el dolor abdominal es una manifestación de la irritación peritoneal, debido a la presencia de gérmenes patógenos diseminados en el tejido peritoneal abdominal.

El efecto del dolor en la función fisiológica se manifiesta con aumento de la presión arterial, pulso y respiración, y pupilas dilatadas. (22).

La liberación de la bradiquinina y la histamina son sustancias elaboradas por el organismo que una vez que se liberan de forma natural producen las sensaciones dolorosas, viajan a lo largo de las fibras nerviosas de conducción rápida y lenta. (23).

(22) Sholtis Bruner, Smith Suddarth Lilian. Enfermería Médico Quirúrgica. Vol. I cuarta edición, 44 1984. Pág. 250, Edit. Interamericana.

(23) Monreal José Luis. Edit. Grupo Oceania. Edic. 1995 Diccionario de Medicina MOSBY. Colombia Pág. 413

Intervención de Enfermería:

- 1.a. Administración de analgésicos 1 gr. De dipirona I.V. P.R.N

- 2.b. Verificar en la orden médica, nombre, dosis y frecuencia y vía del analgésico prescrito.

- 3.c. Vigilar los signos vitales antes y después de administrar analgésicos. Atender las necesidades de comodidad y realizar otras actividades que ayuden a la relajación.

- 4.d. Instruir al paciente o familiar para que solicite medicación analgésica por razón necesaria, antes de que el dolor sea intenso.

- 5.e. Documentar la respuesta a los analgésicos y cualesquiera efectos indeseados.

- 6.f. Colaborar con el médico si se indican cambios de fármaco, dosis, vía de administración o intervalo, haciendo recomendaciones específicas basada en principios de equianalgesia.

7.g. Realizar tres intercambios con solución de diálisis con dextrosa al 1.5% en sucesión con la mayor rapidez posible.

8.h. Después de realizados estos intercambios continuar cada bolsa subsecuente de 2 litros de solución de diálisis para intercambio, debe contener 16mg. De tobramicina, 1gr.. De cefalosporina y 1000 UI de heparina por espacio de 10 días.

9.i Valorar el conocimiento del motivo del dolor, explicar lo necesario al paciente y familiares.(24)

Fundamentación teórica de las acciones de enfermería

1.a. Facilitar la respuesta de analgesia

2.b. Reduce riesgos de lesiones por medicamentos

3.c. Mantiene el estado de alerta en cuanto se detecte variación en cifras normales de signos vitales.

4.d. La orientación puede conducir a reducir o disminuir el dolor agudo.

5.e. La vigilancia estrecha y su documentación favorecen a detecciones inmediatas de efectos medicamentosos indeseados.

6.f. El trabajo en equipo (enfermera-médico) contribuye en forma eficaz a la mejoría del paciente.

7.g. Estos intercambios rápidos permiten extraer mediadores de la inflamación presentes en la cavidad peritoneal y aliviar con prontitud el dolor.

8.h. La antibioticoterapia favorece la destrucción de gérmenes peritoneales en el medio intracelular. (25)

9.i. La enseñanza comienza al nivel de comprensión del sujeto para que sea más eficaz; la comprensión de la causa del dolor hace mas comprensible el tratamiento. (26)

Evaluacion:

Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos cortos, regulares después de cada administración, pero en especial luego de las

(25) Levine, Cuidados del Paciente Renal. Op. Cit., pág. 204-239.

(26) Murray Mary Ellen, Atkinson, Proceso de Atención de Enfermería. Op. Cit. Pág. 145

dosis iniciales, observando también cualesquiera signos y síntomas de efectos indeseados por ejemplo: Depresión respiratoria, náusea, vómito sequedad de la boca y estreñimiento.

Problema y/o necesidad:

1.5 Hipertermia:

Incremento del mantenimiento de la temperatura corporal normal, posiblemente relacionado con agentes lesivos biológicos.

Manifestación del problema:

Hipertermia: se manifiesta con alta temperatura cutánea, extremidades frías, color de la piel azul púrpura en partes pendientes, temblores finos sin control.

Fundamento teórico del problema:

La hipertermia es la elevación anormal de la temperatura del cuerpo

por encima de 37° C, considerada como una reacción del organismo debido a la presencia de gérmenes patógenos anidados en la cavidad intraperitoneal caracterizado por el aumento de temperatura de forma intermitente asociado con fatiga, malestar general, dolores vagos, insomnio, trastornos intestinales y cefalea.(27)

Acciones de enfermería:

- 1.a. Toma de la temperatura axilar c/4 horas.

- 2.b. Control térmico por medios físicos.

- 3.c. Administración de metamizol 1 gr. I.V. c/8 hrs. En caso de hipertermia mayor de 38° C.

Fundamentación teórica de las acciones de enfermería:

- 1.a. Llevar el control térmico con horario y su registro permite la intervención inmediata del equipo médico ante cualquier eventualidad

2.b. Mantener la temperatura corporal en niveles óptimos (36-37^o evita lesiones neurológicas).

3.c. El empleo de analgésicos que actúan principalmente por mecanismos periféricos disminuyen rápidamente el dolor sobre todo a nivel músculo esquelético (28).

Evaluación:

Evaluar la eficacia del medicamento antipirético empleado y las acciones de enfermería a intervalos cortos cada 15 minutos, verificar la temperatura corporal de igual manera, observando también cualesquiera de los signos y síntomas de efectos indeseados por hipertermia o la administración del medicamento antipirético como son crisis convulsivas, hipotensión, shock anafiláctico etc.

Problema y/o necesidad:

1.6 Nausea y vómito:

Expulsión forzada del contenido gástrico por la boca, acompañado de nausea y contracciones vigorosas de los músculos abdominales.

Manifestación del problema:

Se manifiesta a través de material procedente del estómago que se expelle al exterior a través del esófago.

Fundamento teórico del problema:

Es probable que exista alteración en la hormona suprarrenal lo que trae como consecuencia la provocación de estímulos a los diferentes circuitos nervios involucrados en el reflejo del vómito, como son: fibras vagales aferentes, fibras vagales eferentes los cuales van a causar estímulos en la vía retículo espinal y estos a su vez estimulan el nervio intercostal y frénico. (29).

Acciones de enfermería:

- 1.a. Administración de medicamentos intravenosos antieméticos metoclopramida 250 Mg. I:V: C/ 8 hrs (30).

- 2.b. Colocar al paciente en posición semifowler o decúbito dorsal

3.c. Tranquilizar al paciente y familiares a través de explicarles las medidas correctivas de la sintomatología.

Fundamento teórico de las acciones de enfermería:

1.a. La metoclopramida produce relajación de esófago, acelera el vaciamiento gástrico aumentando al peristaltismo y relajando el píloro, y disminuye el tiempo de tránsito por el intestino delgado. (31).

2.b. La posición correcta del paciente con vómito elimina o disminuye la posibilidad de aspiración de vómito hacia los pulmones (productos derivados del estómago) .

3.c. El proporcionar palabras de aliento al paciente y familiar y brindarles confianza disminuye los procesos de angustia y como consecuencia aumenta la colaboración del paciente y familia para su tratamiento.

problema y/o necesidad

1.7 Desequilibrio hídrico:

Desequilibrio hídrico: relacionado con trastornos del mecanismo regulador de líquido, secundario a Insuficiencia Renal.

manifestaciones del problema:

desequilibrio hídrico: se manifiesta con retención de líquido, peso elevado, edema generalizado, éxtasis pulmonar (diseña, estertores húmedos), fatigabilidad, taquicardia, yugulares ingurgitadas y estado confusional.

Fundamento teórico del problema:

Existe un desequilibrio y trastornos en el balance de sodio, agua, potasio incluyendo sensores del volumen extracelular, sistemas

efectores, procesos de transporte tubular de sodio y la regulación de la excreción renal de sodio (32).

Un incremento de volumen de líquido circulante eleva la presión venosa central y por lo tanto el llenado y el gasto cardiaco (33).

Intervención de enfermería:

- 1.a. Administración de oxigenoterapia.
- 2.b. Administración de diuréticos (furosemide 80 mg I.V. c/8 hrs.).
- 3.c. Verificación y registro de tensión arterial c/4 hrs.
- 4.d. Restricción hídrica
- 5.e. Ofrecer dieta con restricciones de sal
- 6.f. Orientar al paciente y familiar sobre la disminución en la ingesta de líquidos y sal.

(32) Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión. Art. Alteraciones de líquidos y electrolitos. Direc. www.slanph.org/doc.htm#12_2001

(33) Bowman, W.C., Farmacología. Op. Cit., pag. 23.18

Fundamento teórico de las acciones de enfermería:

1.a. La oxigenoterapia es la forma más adecuada y oportuna de nutrir al tejido celular cuando este se encuentra en detrimento, trayendo como consecuencia, mejora en toda la funcionalidad de los aparatos y sistemas del organismo.

2.b. Los diuréticos son drogas utilizadas para aumentar el volumen de orina; su acción principal es para suprimir un exceso de líquidos extracelular (edema) en estado patológico, por otro lado disminuyen la presión arterial en la hipertensión. Los diuréticos actúan aumentando la cantidad de ión sodio en la orina (o sea que tienen acción natriurética); el aumento o disminución de sal se acompaña de aumento de eliminación de agua para conservar el equilibrio osmótico. (34)

3.c. El control y verificación de Tensión arterial facilita la inmediata intervención del equipo médico y de Enfermería ante cualquier eventualidad ya sea en la reparación del daño o en su prevención, además de que el llevar un registro permite la obtención de un

balance del comportamiento de esta en un tiempo determinado, lo cual también favorece a las intervenciones tempranas.

4.d. La restricción hídrica ya sea oral o intravenosa, favorece a una recuperación del equilibrio de líquidos y electrolitos.

5.e. La reducción drástica del ingreso salino disminuye la presión arterial (35).

6.f. El conocimiento sobre el manejo de la ingesta de líquidos y sal favorece la disminución de complicaciones en pacientes con Insuficiencia Renal.

Evaluación:

Evaluar La eficacia de las intervenciones de enfermería a intervalos de cada 4 horas verificando signos vitales en especial Tensión Arterial y su respuesta orgánica a la disminución del edema (a través de la apreciación visual y peso diario).

Necesidad y/o problema:

2.1 Violencia dirigida así mismo y a otros:

Manifestación del problema:

Agresividad, con sus familiares, manifestaciones hechas por el mismo paciente de "mejor me muriera".

Intervención de Enfermería:

1.a. Al 5º. Día valorar estado mental del paciente, una vez recuperado el estado neurológico normal, solicitar apoyo del especialista en psicología.

2.b. brindar apoyo emocional a través de la incorporación del paciente a los grupos de ayuda psicológica.

3.c. Motivar al paciente para que verbalice o exteriorice acerca de si mismo, en especial sus sentimientos actuales.

Fundamento teórico de la intervención de enfermería:

1.a. La pertinencia de la valoración del estado neurológico permite y asegura la eficacia de una conversación, indicaciones, órdenes, respuestas, etc.

2.b. La atención y apoyo de especialistas, puede mejorar las conductas a seguir en las terapias rehabilitatorias, al igual que la integración a grupos de ayuda emocional.

3.c. La comunicación con el paciente invitándolo a que exteriorice sus problemas, es probable que garantice las intervenciones adecuadas del personal que puede prestar ayuda.

Necesidad y/o problema:

3.1 Deficit de autocuidados/baño e higiene:

Manifestación del problema:

Se observa con aspecto sucio, uñas largas y sucias.

Intervención de enfermería:

1.a. Plan de enseñanza:

- El cuerpo humano
- necesidades humanas (clasificación de Maslow)
- importancia de los cuidados en el cuerpo humano.
- Higiene y su importancia.
- Cuidados/baño e higiene y su relación con la Dialisis Peritoneal Continua Ambulatoria.

Fundamento teórico de las intervenciones de enfermería:

- 1.a. El conocimiento sobre el autocuidado/baño e higiene reduce los riesgos infecciosos y eleva la autoestima.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

9.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta fundamental, con la cual todo el personal involucrado en la atención de enfermería debe de considerar como su forma organizada y científica al prestar o brindar servicios a quien lo solicite o necesite.

Ante esta consideración es muy importante destacar y comentar que durante la aplicación del PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA, en el paciente Hilario González Jiménez, se observó su respuesta de manera positiva, se dio una recapitación al paciente y familiar (esposa) sobre el manejo adecuado de la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, incluyendo una gama de conocimientos que fueron descritos en el plan de enseñanza.

Es importante destacar que la participación de enfermería fue eficiente porque se logró una participación activa del familiar, y al final del evento se incorporó el paciente al proceso de enseñanza-aprendizaje, aunque cabe mencionar que se observó al paciente sin

ánimo, y decaído, además de que el mismo paciente mencionó "no tener ningún interés por seguir viviendo", piensa que solamente es un "estorbo" para su familia, se intuye dentro de su personalidad falta del sentido de pertenencia, con comportamiento desinteresado, sin motivación y deprimido.

SUGERENCIAS

Se sugiere que para los próximos planes de atención de Enfermería, aplicados en pacientes con diagnóstico de PERITONITIS SECUNDARIA A DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA, se considere como un rubro prioritario a las "Necesidades de protección y seguridad", ya que dentro de este plan no se contemplaron como prioritarias.

Quiero comentar que con esta experiencia he aprendido que todos los pacientes con patología crónica o terminal deben estar incluidos dentro de la atención de Enfermería y de manera prioritaria los rubros que a mi juicio y pertinencia son los siguientes:

- Necesidades de protección y seguridad
- Necesidades de amor y pertenencia
- Necesidades de autoestima

Con lo cual creo que ayudaría de manera importante en el manejo de pacientes con enfermedad crónica, y a su vez llevar una vida de calidad.

10.- BIBLIOGRAGIA

- 1 Acosta Garcia Jorge Mauricio y et. Al. "Diálisis Peritoneal e Infección". En Rev. Sanid Milit. Mex. Vol. 48, Núm. 5 sep-oct.
- 2 Becerril Patlan Ruben y Col. Rev. Medicina Social, Médica del I.M.S.S. Vol. 32 Núm. 2, oct-nov. 1994. "nuevos Criterios de Asignación a Programas de Diálisis Peritoneal".
- 3 Bowman W. C., Rand M. J. Farmacología Bases Bioquímicas y Patológicas. 2ª. Edic. 1984. Edit. Interamericana, México, D.F.
- 4 Corporacin de Cuidados de Salud BAXTER, Manual de programas de las mejores prácticas demostradas. "Participación de la Enfermera en la prevención de peritonitis recurrente". 1986. México.

- 5 Corporación de cuidados de Salud BAXTER. Manual de Programa de las Mejores Prácticas Demostradas. 1986.
"Peritonitis e infección del sitio de salida". México.
- 6 Corporación de cuidados de Salud BAXTER. Manual de Programa de las Mejores Prácticas Demostradas. 1996.
"Peritonitis e infección del sitio de salida". México.
- 7 Corporación de Cuidados de Salud BAXTER. Manual del Programa de las Mejores Práctica Demostradas 1986.
"Peritonitis y manejo de la terapia antibiótica". México.
- 8 Estadísticas del Servicio de Dialisis Peritoneal Continua Ambulatoria 1997. "Gral. Vicente Guerrero"., 1997,
Acapulco, Gro. Mex.
- 9 Levine, M. D. David Z., Cuidados de Paciente Renal., 2º.
Edición, Edit. Interamericana, Mc. Graw Hill Ontario
Canadá.

- 10 Monreal José Luis. Edit. Grupo Océano. Edic. 1995.
Diccionario de medicina MOSBY. Colombia.

- 11 Murray Mary Ellen, Atkinson, Proceso de Atención de Enfermería. 5ª. Edic. Edit. Mc Graw Hill Interamericana .
New. York. U.S.A.

- 12 Sholtis Bruner, Smith Suddarth Lilian. Enfermería Médico Quirúrgica. Vol. 1 cuarta edición, 1984.. Edit.
Interamericana.

- 13 Sociedad Latinoamericana de Nefrología e hipertensión.
Alteraciones de líquidos y electrolitos.
www.slanh.org/doc.htm#12. 2001.

- 14 W. boeschoten Elizabeth y S.T. Boen Fred Rev. Nefrología Mexicana. Vol. Abril-junio 1991.