

130



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
A UN PACIENTE ADULTO JOVEN CON ALTERACIONES DE LA
ELIMINACION URINARIA, CON BASE AL MODELO TEORICO DE
VIRGINIA HENDERSON.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
MARIBEL VENEGAS FLORES
NUMERÓ DE CUENTA 90500383**



DIRECTORA DEL TRABAJO: MTRA. SANDRA SOTOMAYOR SANCHEZ ^{Escuela de} ~~Enfermería y Obstetricia~~ ^{de} ~~Obstetricia~~
Coordinación de
Servicio Social



MEXICO, D. F.

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Maribel Venegas Flaco

FECHA: 4- NOV-03

FIRMA: MVF

2003
MUSEO DE LA ALTA

DEDICATORIA

A Todos aquellos que de alguna forma contribuyeron para la realización de este trabajo.

INDICE

	Página
1.Introducción.....	1-2
2.Objetivos.....	3
3.justificación.....	4
4.Metodología de trabajo.....	5-6
5.Marco teórico.....	7
5.1 Concepto de enfermería.....	7
5.2 Perspectiva histórica de enfermería.....	8-11
5.3 Enfermería como disciplina.....	12-14
5.4 Concepto del proceso de atención de enfermería.....	15
5.4.1 Objetivos del proceso de atención de enfermería.....	15-16
5.4.2 Características del proceso de atención de enfermería.....	16-17
5.4.3 Etapas del proceso de atención de enfermería.....	17
5.4.3.1 Valoración.....	17
5.4.3.2 Diagnóstico.....	18-19
5.4.3.3 Planificación.....	19
5.4.3.4 Ejecución.....	19-20
5.4.3.5 Evaluación.....	20
6.Conceptos básicos del modelo de Virginia Henderson.....	21-22
6.1 Modelo Conceptual de Virginia Henderson.....	22-24
6.2 Aplicación del Modelo Conceptual de Virginia Henderson.....	24

7. Características del adulto.....	25-26
7.1 Alteraciones de la eliminación urinaria.....	27-32
8. Proceso de atención de enfermería a un paciente adulto joven con alteraciones de la eliminación urinaria	33-40
8.1 Presentación del caso	41
9. Desarrollo de las etapas del proceso de atención de enfermería.....	42-67
10. Plan de alta.....	68-79
11. Conclusiones.....	80-81
12. Glosario.....	82-83
13. Bibliografía	84-86

Anexos

1. INTRODUCCION

Las enfermería ha sido hasta pocos años considerada como una profesión basada en la experiencia práctica y apoyada en los conocimientos empíricos aprendidos fundamentalmente de la repetición continuada de las acciones. Esta concepción de enfermería conducía a que los profesionales centraran exclusivamente su atención a la adquisición de los conocimientos necesarios para desarrollar determinadas técnicas, derivadas en su mayoría del quehacer profesional de otras disciplinas, de ahí la necesidad de adoptar un método de enfermería, que ayude a precisar la naturaleza de los cuidados que brindan las enfermeras/os, como paso totalmente imprescindible para delimitar el área de su competencia.

La elaboración del presente proceso de atención de enfermería requiere de un sustento teórico, como el modelo de Virginia Henderson valorando las 14 necesidades básicas del paciente, ya que viene a llenar el vacío de contar sólo con nuestra voluntad a la hora de realizar el trabajo, teniendo que aplicar nuestros conocimientos en forma rutinaria. Es una metodología de trabajo, con una base científica y constituye la base del ejercicio de enfermería.

El proceso de atención de enfermería se aplicó a un paciente adulto joven, con alteraciones de la eliminación urinaria sometido a diálisis peritoneal continua ambulatoria, siguiendo el modelo teórico Virginia de Henderson, el cual considero que es útil, en nuestra práctica profesional. En este proceso de atención de enfermería se abordan aspectos conceptuales de enfermería, concepto, y etapas del proceso de atención de enfermería, (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación), el instrumento de valoración de las 14 necesidades propuesto por Virginia Henderson, así como también el modelo teórico de la misma como marco de referencia en la práctica de enfermería.

En la fase de valoración se realizó la recolección de datos a través de la observación, interrogatorio y examen físico. El paso final del proceso de valoración es la formulación de diagnósticos. En la fase de planeación, donde se establecen las prioridades de los problemas diagnosticados, en la ejecución donde la enfermera pone en práctica las intervenciones de enfermería y la evaluación se realiza con base a los objetivos previamente establecidos en el plan de cuidados. También se incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del adulto joven y aspectos generales de las alteraciones de la eliminación urinaria.

La profesión de enfermería tiene un compromiso de desarrollar un cuerpo de conocimientos, que fundamenten su práctica profesional de enfermería, considerando que las ciencias básicas y las ciencias sociales son esenciales para la construcción de la disciplina científica en el estudio sistemático de los problemas de los cuidados de enfermería, para brindarles a los pacientes una atención de calidad para quien son nuestra preocupación constante, los pacientes que cuidamos. Que sean ellos los que reclamen ser cuidados por profesionales de enfermería, trabajemos para que nuestra profesión sea una profesión de cuidado, basado en conocimientos científicos, considerando al paciente como un ser humano holístico.

2. OBJETIVO GENERAL

-Elaborar un proceso de atención de enfermería en forma exitosa para el beneficio del paciente, basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson que sea útil y aplicable a la práctica de enfermería, para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

OBJETIVO ESPECIFICO

-Aplicar la metodología del proceso de atención de enfermería, a un paciente con alteraciones de la eliminación urinaria sometido a diálisis peritoneal continua ambulatoria.

-Establecer actuaciones de enfermería en forma oportuna en la diálisis peritoneal continua ambulatoria utilizando como herramienta básica el proceso de enfermería, bajo el modelo teórico de Virginia Henderson.

-Lograr que el paciente con diálisis peritoneal continua ambulatoria se integre de manera suficiente a sus actividades cotidianas.

3. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad enfermería enfrenta cambios trascendentes, debido a los avances científicos y tecnológicos, esto ha motivado a la enfermería a buscar un status social y mejoras en la forma de vida de quienes la ejercen. Al mismo tiempo integrar una visión de la enfermería a partir del estudio de los avances de los marcos conceptuales propios de la enfermería y poner en práctica el modelo teórico de Virginia Henderson, a partir del cual se puedan estructurar de manera sistemática y científica todas las intervenciones, desde el primer contacto con la persona y familia hasta la finalización de la atención, de ahí la importancia de seleccionar dicho modelo ya que aborda las 14 necesidades básicas del individuo y se caracteriza por el reconocimiento del ser humano en forma integral. Así mismo obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

4. METODOLOGÍA DE TRABAJO

La metodología fue estructurada, en base al modelo teórico de Virginia Henderson, desarrollando las cinco etapas que lo integran, valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, evaluación.

-Se eligió a un paciente joven con alteraciones de la eliminación urinaria, sometido a diálisis peritoneal continua ambulatoria para la elaboración del proceso de atención de enfermería.

Valoración

La recolección de datos se llevo acabo mediante

- Observación directa
- Exploración física
- Consulta de resultados de laboratorio
- Entrevista a sus familiares y al paciente.
- Aplicación del instrumento de valoración de las 14 necesidades básicas del paciente.

Diagnóstico

- Se analizó la información procedente de la valoración y se detectaron los problemas reales y potenciales.
- Establecimiento de los diagnósticos reales y potenciales.
- Una vez jerarquizados los diagnósticos, se procedió a la planeación.

Planeación

- Se establecieron prioridades en las intervenciones de enfermería.
- Elaboración de objetivos.
- Elaboración de un plan de cuidados de enfermería.
- Documentación del plan.

Ejecución

Durante esta etapa se puso en práctica el plan de cuidados enfermería, se realizaron las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas.

Evaluación

En esta fase se evalúa si se consiguió el objetivo establecido en el plan de cuidados. Se evalúa con el fin de determinar su eficacia en relación a la satisfacción de las necesidades humanas del paciente.

La investigación documental que sustenta el marco teórico es a través de fuentes bibliográficas con el fin de respaldar lo señalado.

5. MARCO TEORICO

5.1 Concepto de Enfermería

Para comprender la enfermería primero debemos definir uno de sus conceptos. Hace casi 100 años Florencia Nightingale definió la enfermería como " el acto de influir sobre el entorno del paciente para ayudarlo a su recuperación". Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras, modernas que definió la enfermería: La función propia de la enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano, a desarrollar actividades que contribuyan a su salud o su recuperación o (a morir en paz), que el mismo realizaría si tuviera la fuerza o voluntad o los conocimientos necesarios y todo ello de forma que le ayudaría a adquirir su independencia lo más rápidamente posible (Henderson 1987). Otros conceptos nos hablan de que la enfermería es una ciencia que requiere de destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas a través del, proceso de atención de enfermería, para ayudar a los pacientes a lograr su máximo potencial de salud, las enfermeras utilizan planteamientos teóricos para guiar y respaldar cada componente del proceso actúan como miembros del equipo de salud por medio de sus actividades independientes e interdependientes y dependientes dentro del sistema de cuidados de la salud, sirviendo como abogado del paciente y asumiendo su responsabilidad ante él (W. Griffith1993). Su responsabilidad es ayudar al individuo y grupos a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentra. Esto significa que la disciplina enfermera abarca la función de cuidar en la salud y en la enfermedad, desde el nacimiento hasta la muerte. Esto requiere enfermeras que desarrollen y realicen funciones que se relacionen con el fomento a la salud, así como prevención de la enfermedad. Enfermería incluye también la planificación y prestación del cuidado durante la enfermedad y la rehabilitación, abarcando las aspectos físicos, mentales y sociales y espirituales de la vida que pueden afectar la salud, la enfermedad o la discapacidad o la muerte (Almanza1999).

5.2 Perspectiva Histórica de los cuidados

Para comprender la situación actual y el futuro de la profesión enfermera, analizaremos, los orígenes de la actividad de cuidar. El origen de la actividad de cuidar, se vincula a la mujer desde el momento en que la vida aparece. La perpetuación de la especie a través de los cuidados a los niños, enfermos, ancianos, ha estado generalmente, en manos de la madre. La mujer descubre la práctica del cuidado para asegurar la satisfacción de las necesidades indispensables para el mantenimiento de la vida: alimentación, higiene, reposo, consuelo, apoyo y educación. En cualquier texto relativo a la génesis de enfermería, se relaciona su historia con la historia de la mujer. Los cuidados aportados por el hombre con algunas excepciones, han ido dirigidos a la lucha contra la enfermedad: la medicina (Almanza 1999). Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario ocuparse de la vida para que esta pueda persistir. Los hombres como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y de este modo luchar contra la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie (Conesa 1995). Es decir que, durante millones de años los cuidados no fueron propios de un oficio, y aun menos de una profesión. Eran actos de cualquier persona que ayudara a otro asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la vida del grupo. La historia de los cuidados se perfila alrededor de dos grandes ejes que originan dos orientaciones, de las que una garantizará su predominio hasta el punto de absorber a otra, de suprimirla, intentando incluso desaparecerla. La primera orientación en la que se inscribe en la historia de todos los seres vivos desde el principio de la historia de la humanidad: asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie, teniendo en cuenta lo que es indispensable para asumir las funciones vitales: recursos energéticos, de ahí la necesidad de alimento, protección contra las inclemencias del frío o del calor por medio de ropa o de refugio, que dará lugar poco a poco al alojamiento.

Cuidar es por tanto mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo. Cuidar y vigilar representa un conjunto de actos de vida, que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida en grupo. Esto ha sido y seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados todo esto ha proporcionado prácticas alimentarias, de vestimenta, prácticas de hábitat, practicas sexuales...que a su vez forjan formas de ser. Comprender mejor el pasado permite entender el significado original y primordial de los cuidados: mantener, promover, y desarrollar todo lo que existe o queda de potencial de vida dentro de los seres vivos. Por lo tanto "cuidar de la vida" sigue siendo tan vital para los hombres de hoy en día como para los de ayer ¿Quién asumirá esta función irremplazable de la que el mundo no podría prescindir?. Esta vía esta abierta a la enfermería, que después de un siglo de profesionalización sigue buscando su identidad: la identidad de sus competencias, la identidad de los cuidados de enfermería. La identidad de los cuidados de enfermería no puede seguir asimilada al rol de enfermería, o del enfermero, ni calzarse del modelo de enfermería, aunque surga a partir de una teoría. Solo se puede encontrar si centramos el acto de cuidar, que proponemos los usuarios, como algo diferente y complementario a los cuidados médicos y si reconocemos su validez.

Los cuidados, y entre ellos los cuidados de enfermería, tienen y tendrán que seguir buscándose, igual que la vida de la que parten. Como la vida, de la que se ha dicho que había que reinventarla, hay que reinventar los cuidados....Unos cuidados que sean convenientes para la vida, unos cuidados que desalientes que vuelvan a dar sentido a la vida, tanto de los que reciben, como la de los que los administran. Unos cuidados que devuelvan al hombre su vida y su muerte desde el nacimiento sin violencia hasta la muerte elegida, permitiendo tanto a las personas cuidadas como a los cuidadores no callar su propia identidad, detrás de un rol, sino poder hacer que se reconozca y ser afirme (Colliere 1999).

Para comprender la historia de la practica de enfermería parece indispensable estudiarla y analizarla relacionándola con la historia de la mujer sanadora y de su evolución. La historia de las prácticas de los cuidados vividos y transmitidas por mujeres, más tarde condenadas y desaprobadas por la iglesia, explica desde su origen hasta nuestros días el proceso de identificación de su practica curativa y ejercida por las mujeres en el sentido hospitalario no psiquiátrico y en los dispensarios del pueblo y barrios, pasando hoy a denominarse "cuidados de enfermería". Las etapas de estas distintas formas de identificación de las prácticas de los cuidados aparecen en el siguiente modo.

-Identificación de los cuidados de la mujer, desde los tiempos más remotos de la historia de la humanidad, hasta el fin de la edad media, en la sociedad occidental.

-Identificación de los cuidados de la (mujer)- consagrada, desde la edad media hasta finales del siglo XIX en Francia.

-Identificación de los cuidados de la (mujer)-enfermera auxiliar del médico, desde el principio del siglo XX hasta finales de los años sesenta.

A través de estas distintas formas de identificar los cuidados y anticipándose a lo que después serán los cuidados de enfermería, se podrá comprobar que hasta principios del siglo XX, el concepto que rige el papel de los que cuidan se basa en la primera de las dos orientaciones: asegurar todo aquello que contribuye a mantener y a conservar la vida. Sin embargo, esta concepción inicial basada en todo lo que rodea a la fecundidad se modifica profundamente cuando sólo se dirige hacia la vida de los seres que sufren, los necesitados y los desheredados, sea cual sea su transformación, la concepción de los cuidados se encarna en las que proporciona hasta el punto de llegar a confundirse en ellos y convertirse en unos de los papeles establecidos. A principios del siglo XX hubo una verdadera bifurcación del concepto del cuidado dirigida a una corriente médica, que vino a impregnar el concepto transmitido por las (mujeres) consagradas y a remodelar su función. Junto al modelo religioso se asocia el papel auxiliar médico, creándose así el papel de la (mujer) enfermera auxiliar del médico (Conesa1995).

Al mismo tiempo es importante señalar el distinto papel jugado por las diversas concepciones acerca de la enfermedad y del enfermar, así como el valor otorgado en cada caso a los "elementos del cuidado" desde una perspectiva socioeconómica y religiosa en relación a los determinantes espacio-temporales del momento histórico. Por su parte, los "elementos del cuidado" son capaces de establecer lazos con una totalidad histórica, en base a un sistema de referencia con la que se relacionan y se articulan. En este sentido los cuidados de enfermería constituyen un hecho histórico, ya que en definitiva, los cuidados enfermeros son una constante histórica que desde el principio de la humanidad, surge un carácter propio e independiente. En este sentido, la significación histórica de los cuidados es tan obvia como la propia existencia del hombre, con tiempos de larga duración y estructuras profundas y estables sin relejar las adaptaciones coyunturales oportunas. Ahora bien este planteamiento, aun siendo necesario no es suficiente, ya que por sí mismo no supondría conocimiento histórico enfermero alguno proporcionándonos tan sólo una cierta seguridad casi intuitiva sobre nuestro pasado (Colliere 1999). En este momento forma parte de nuestro "quehacer" como enfermeras el, intentar iluminar, a la luz de la historia, el "contenido propio" de nuestra disciplina tratando de extraer el significado que han tenido los cuidados, quien los ha proporcionado, como, donde, porque y paraque (Domínguez Alcón 1986). En conclusión: aprender nuestra existencia como pensadores y hacedores del cuidado de enfermería, en relación a un todo y a sus múltiples e interesantes interrelaciones (Conesa 1995).

5.3 Enfermería como disciplina

Enfermería por fuerza intrínseca se ha constituido en una ciencia en las fases iniciales del desarrollo científico. Así enfermería se encamina a constituirse como disciplina científica y con identidad propia a partir de reconocer que "el enfoque o el dominio de la disciplina de enfermería es el estudio del cuidado en la experiencia humana de la salud" (Esteban 1999). El núcleo de la disciplina enfermera, su objetivo es el cuidado de la persona que vive experiencias de salud, en continua interacción con su entorno. Una disciplina científica regida por criterios objetivos y medibles que utiliza los métodos de la ciencia para asegurar una práctica rigurosa. Su objetivo es desarrollar los conocimientos teóricos y metodológicos que servirán para definir y guiar la práctica. Actualmente existe un consenso general en considerar que los conceptos centrales que marcan la perspectiva única de nuestra disciplina, el metaparadigma de la enfermería son: la salud el entorno, la persona, el cuidado. La definición de estos elementos y sus interrelaciones, configuran el modelo, la filosofía que orienta la enfermería, están sujetos a las aportaciones que desde otros campos del saber, van transformando formas de pensamiento. Además es casi difícil, casi imposible, hablar de la disciplina enfermera sin tener en cuenta los contextos que han marcado su evolución. En esta óptica parece oportuno situar las grandes corrientes de pensamiento que han favorecido el resurgir de los actuales conceptos de la disciplina enfermera. Kérovac y colaboradores en el "pensamiento enfermero" plantean las grandes corrientes de pensamiento, o maneras de comprender el mundo llamados "paradigmas" por Kuhn y Capra. Estos pensadores han precisado tres paradigmas dominantes del mundo occidental que han influido en todas las disciplinas enfermería. Se trata de orientaciones hacia la salud pública, la enfermedad, la persona y la apertura hacia el mundo. Las orientaciones hacia la persona se caracterizan por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta a la disciplina médica.

Las investigaciones de enfermería se elaboran alrededor del objeto del cuidado, es decir el cliente y su entorno. La mayoría de las concepciones de la disciplina enfermera han sido creadas a partir de las orientaciones hacia la persona. Durante este periodo, las enfermeras también han elaborado modelos conceptuales para precisar la práctica de los cuidados y guiar la formación y la investigación enfermera (Kérovac 1997). El legado que recogen las enfermeras del siglo XX es decisivo para el futuro de enfermería. Trabajar en la definición de los tres interrogantes, que en la actualidad plantea el desarrollo de la disciplina.

1. Profundizar en el marco conceptual: La filosofía Enfermera.
2. Aplicar el método científico en la actividad diaria: El proceso de enfermería.
3. Desarrollar un lenguaje propio que permita la comunicación profesional: Los diagnósticos enfermeros. La única forma de conquistar la parcela independiente de enfermería es recuperar la actividad profundamente gratificante que constituye el centro de la disciplina: Los cuidados (Almanza 1999). Siguiendo la evolución de disciplinas a fines e inspirándose en los modelos conceptuales propios de la disciplina, la enfermera modifica su lenguaje y su actitud: el paciente se vuelve cliente de quien se espera una colaboración en el tratamiento. Además el hecho de adoptar un proceso sistemático (recogida de datos clínicos, análisis e interpretación de datos, intervenciones de enfermería y evaluación) basado en un modelo conceptual. Transforma la actividad de la enfermera, que, desde entonces centra su interés hacia el ser humano considerado como un todo integrado en su contexto (Kérovac 1996). Por esta razón, sobre todo la enfermería busca identificarse como disciplina. Para que la ordenación sistemática y coordinada de sus conocimientos proyecte una explicación más completa y autónoma de la función y actividad enfermera y comprometa a los enfermeros / as en una práctica implicada en las prescripciones de un objeto específico de estudio. Así pues las concepciones teóricas enfermeras del siglo XX surge la necesidad histórica de proporcionar a la enfermera un estatuto disciplinar, desde las prescripciones de la filosofía de la ciencia.

Estas concepciones han sido elaboradas, desde los años 50, por mujeres pertenecientes al contexto universitario americano. Por lo que surge la necesidad de establecer un marco conceptual para los cuidados de enfermería a través de:

- a) Aislamiento de los factores
- b) Las teorías de relación.
- b) Las teorías descriptivas.

Partiendo de una variedad de teorías que facilitan la explicación de los fenómenos en relación a los cuidados de enfermería, el siguiente paso es el proceso de construcción disciplinar, es el de su "correcta utilización" estipulando las relaciones cognoscitivas son aquellas que se derivan del conocimiento, en este caso el conocimiento enfermero, y las hipótesis son los postulados derivados de dicho conocimiento, que se convertirán en teorías o sistema de leyes con el fin de construir el conocimiento enfermero. De este modo, podremos organizar los conocimientos, desarrollar métodos propios y/o adoptar otras preexistentes, para desarrollar unas técnicas apropiadas a la naturaleza de la enfermería que nos permita realizar una construcción disciplinar propia. Las teorías son conjeturas, hipótesis generales que permiten explicar fenómenos que a menudo sean sugeridos por hechos de la experiencia o por ciertos aspectos de otras teorías. Las teorías de enfermería se han intentado construir con el fin de apresar la naturaleza de los cuidados de enfermería, pero así mismo racionalizando, explicarlos, y dominarlos (Conesa1995).

5.4 Concepto del Proceso de atención de Enfermería

El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas del cliente o los problemas reales o potenciales de la salud (Iyer 1997). El proceso de enfermería es un método sistemático y racional de planificación y de prestación individualizada de los cuidados de enfermería. El proceso de enfermería es cíclico: es decir sus elementos integrales siguen un orden lógico, pero en cualquier momento puede intervenir más de uno de ellos (Kozier 1999). El método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del usuario (individuo, familia, o comunidad) o procesos vitales y alteraciones de la salud reales y potenciales.

-Sistemático y organizado: sigue un orden lógico y sus etapas están interrelacionados.

-Cuidados individualizados: partiendo de la concepción de unicidad de la persona, de los múltiples factores individuales que hacen único e irrepetible a cada ser humano.

-Procesos vitales/ alteraciones de la salud reales y potenciales: respuestas individuales al embarazo, nacimiento, envejecimiento, muerte, o problemas que se pueden resolver o prevenir (Almanza 1999).

5.4.1 Objetivos del Proceso

Su finalidad es reconocer el estado de salud de un cliente y los problemas o las necesidades reales y potenciales del mismo, organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas, y llevar a cabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir estas necesidades (Kozier 1999).

El objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se pueda cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad (Almanza1999).

5.4.2 Características del Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería" proporciona un método para que las enfermeras utilicen sus conocimientos teóricos y prácticos y para prestar sus servicios a los seres humanos," así como para ayudar a los clientes a satisfacer sus necesidades sanitarias (Wilkinson 1992). El proceso de enfermería se caracteriza por unas propiedades exclusivas que le permitan responder a los cambios que sufre el estado de salud del cliente. Así el proceso de enfermería es cíclico, dinámico más que estático (Kozier 1999).

Sistemático: Porque consiste en la utilización de un enfoque organizado por conseguir su propósito. Este método premeditado favorece la calidad de la enfermera y evita los problemas asociados de la intuición y prestación de la asistencia tradicional.

Dinámico: Se trata de un proceso continuo enfocado a las respuestas cambiantes del cliente que se identifican a través de la relación entre el profesional de enfermería y el cliente la familia y otros profesionales sanitarios. Este componente asegura la individualización de la atención del cliente.

Interactivo: La naturaleza interactiva del proceso de enfermería se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el cliente, la familia y otros profesionales sanitarios. Este componente asegura la individualización de la atención del cliente.

Flexibilidad: El proceso se puede demostrar en dos contextos: Se puede adaptar a la práctica de la enfermería en cualquier marco o área de especialización que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases se pueden utilizar de forma consecutiva y concurrente:

El proceso de enfermería se utiliza con mayor frecuencia de forma consecutiva, sin embargo, el profesional de enfermería puede utilizar más de una etapa a la vez. Por ejemplo al mismo tiempo que ejecuta el plan de cuidados, el profesional de enfermería puede evaluar su eficacia. Finalmente, el proceso de enfermería tiene una base teórica. El proceso se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos incluyendo las ciencias y humanidades, se pueden aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de la enfermería (W. Iyer 1997).

5.4.3 Etapas del Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería consta de cinco etapas correlativas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, y evaluación de los resultados. Estas etapas constituyen el planteamiento para resolver los problemas, agrupando las funciones intelectuales, en un intento de definir las actividades que desarrolla una enfermera (W. Iyer1997).

5.4.3.1 Valoración

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería, sus actividades se centran en la atención de información relacionada con el cliente/ familia o comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería (W.Iyer1997). La filosofía, la experiencia y la habilidad de la enfermera son determinantes en el tipo de información debe ser completa sistemática pues de su exactitud depende la exactitud de las demás etapas del proceso (Almanza1999).

5.4.3.2 Diagnostico

El diagnóstico de enfermería es el juicio que define un problema identificado por la enfermera de forma independiente. Al diagnóstico llegamos tras analizar e interpretar los datos recogidos durante la valoración. En esta fase se identifica los problemas reales y potenciales del paciente y sus causas. En esta fase los datos recogidos en la valoración son analizados e interpretados minuciosamente. El diagnóstico es un proceso cuyo resultado es formular o hacer un diagnóstico de enfermería. En esta fase la enfermera ordena, reúne, y analiza los datos y pregunta: ¿Cuáles son los problemas de salud reales y potenciales del cliente que exigen la ayuda de la enfermera? Y ¿Qué factores contribuyen a este problema?. Al responder estas preguntas se obtienen los diagnósticos enfermeros (kozier1999). Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se diseña un plan de cuidados basado en el diagnóstico de enfermería, que ejecuta y se evalúa. (W. Iyer 1997). La NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería: reales, de alto riesgo, de bienestar, las cuales se definen del siguiente modo:

Diagnostico real

Es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad. El diagnóstico enfermero presenta diferentes tipos de situaciones, están aquellas en las que el problema es actual y las manifestaciones son observables (W. Iyer 1997).

Diagnostico de alto riesgo

Es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad, para desarrollar un problema, que otros que se encuentran en una situación igual o similar. Los diagnósticos de alto riesgo incluyen factores de riesgo (conductas, enfermedades o circunstancias) que guían las situaciones de enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema (W. Iyer 1997).

Diagnostico de bienestar

Es un juicio clínico sobre un individuo, una familia una comunidad, en transición de un nivel concreto de bienestar más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contiene factores relacionados. Lo inherente a estos diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se pueda lograr un nivel funcional más elevado si se desea o es capaz (W. Iyer 1997).

5.4.3.3 Planificación

En la fase de planificación, se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. La fase de planificación consta de varias etapas.

1. Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados.
2. Fijar resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo o evitar problemas.
3. Escribir las actuaciones de enfermería, que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.
4. Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados (W. Iyer 1997). La planificación comprende una serie de pasos con los que la enfermera y el cliente sientan prioridades y los objetivos o resultados previstos para resolver o minimizar los problemas detectados del cliente. El resultado final de las fases de planificación es la redacción de un plan de cuidados que se emplea para coordinar la asistencia prestada por todos los miembros del equipo (Kozier 1999).

5.4.3.4 Ejecución

La ejecución consiste en la puesta en práctica del plan de cuidados de enfermería. Durante la ejecución, la enfermera pone en marcha las medidas de enfermería prescritas o delega la atención a otra persona adecuada.

Esta fase termina cuando la enfermera registra los cuidados prestados y las respuestas del cliente (por ejemplo las observaciones de enfermería sobre la evolución del paciente (Kozier 1999). Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente o su familia. El profesional de enfermería continuará recogiendo datos relacionados con la situación del cliente y su interacción con el entorno. La ejecución incluye también el registro de la atención del cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería. Esta documentación verificará que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que pueda utilizarse como instrumento para evaluar la eficacia del plan (W. Iyer 1997).

5.4.3.5 Evaluación

La última fase del proceso de enfermería es la evaluación se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería. En este comentario se ha separado el proceso de enfermería en cinco fases diferentes. En la práctica real, es posible que no siempre se termine una fase antes de pasar a la siguiente, por ejemplo si los datos de valoración preliminar determinan que el cliente presenta dificultades para respirar, es muy posible que tenga que suministrar oxígeno antes de completar el resto de la valoración. Sin embargo las fases del proceso están interrelacionadas y son interdependientes. Los datos de la evaluación ofrecen información para las fases de diagnóstico y de planificación (W.Iyer 1997). Con la evaluación se cierra el proceso, pero es una actividad que, como la valoración, esta presente en todas las intervenciones que realiza la enfermera. Su importancia reside en el hecho de que es fundamental para saber qué hacemos, que no hacemos, porqué, y como lo hacemos (Almanza1999).

6. CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Henderson Define a la enfermería en términos "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación, o a una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad, el conocimiento necesario. Las causas de dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

Henderson las agrupa en tres posibilidades.

Falta de fuerza: Interpretamos la 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.

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

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.

A partir de estas definiciones, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson.

Persona

El paciente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional, porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables. La persona es capaz de aprender durante toda su vida. El paciente y la familia conforman una unidad, en relación al paciente. Henderson afirma que "todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atiende como la figura central y comprender que, primordialmente su misión consiste en "asistir" a esta persona. Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él, ni coopera en su desarrollo. Se perderá gran parte de los esfuerzos del equipo.

Salud

La considera un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Enfermedad por tanto, es un estado de dependencia motivado por la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades. La salud es una cualidad de vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano (salud es la habilidad del paciente para realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería).

Entorno

El medio ambiente en el que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad, por tanto las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes, mecánicos o físicos (Marriner 1994).

6.1 Modelo conceptual de virginia Henderson

El modelo conceptual de Virginia Henderson, la persona sana o enferma, se define como un todo integrado que presenta 14 necesidades fundamentales que debe satisfacer de manera óptima a fin de conservar o recuperar su homeostasia. Cuando la necesidad no se satisface de modo suficiente, el individuo se encuentra incompleto, dependiente es decir en estado de desequilibrio físico, psicológico social y espiritual. De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella. Henderson precisa su conceptualización de individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos. socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento (Phaneuf 1999).

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

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando esta tiene el conocimiento, la fuerza y voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar a suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos.

Actuaciones dependientes

Son las acciones para dar cumplimiento de las órdenes e indicaciones medicas.

Actuaciones interdependientes

Es aquella que permite interactuar con otros miembros del equipo de salud.

Actuaciones independientes

Son las acciones que la enfermera realiza que se encuentran dentro del rango de su competencia y que dependen de la pericia y experiencia, del conocimiento que tenga de las ciencias básicas y las particularidades de la profesión, en la identificación de las necesidades y problemas del individuo, la familia y la comunidad (diagnóstico de enfermería) actividades de promoción prevención así como su monitoreo y evaluación (García1997).

6.2 Aplicación del modelo de virginia Henderson

El modelo de Virginia Henderson como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención. En las etapas de valoración y diagnóstico. Sirve de guía en la recogida de datos y el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:

- El grado de independencia / dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

En las etapas de planificación y ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia y ayuda) más adecuado a las situaciones y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo-siempre que sea posible-en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de la ejecución. Finalmente en la etapa de evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios (Marriner 1994).

7. CARACTERÍSTICAS DEL ADULTO JOVEN

La adultez joven o temprana que es la etapa que comienza alrededor de los 20 años y concluye cerca de los 40, cuya característica principal, es que el individuo debe asumir roles sociales y familiares, es decir hacerse responsable de su vida y de quienes le acompañan en la conformación de una familia. La adultez comienza aproximadamente a los 20 años. Usualmente se divide en tres periodos.

-Adultez joven o juventud: 20 -45 años

-Adultez media: 45-65 años

-Adultez mayor: 65 años en adelante (Kozier 1999).

Características fisiológicas

En la adultez joven la fuerza, la energía y la resistencia se hallan en su mejor momento. El máximo desarrollo muscular se alcanza alrededor de los 25 a 30 años, luego se produce una pérdida gradual. Los sentidos alcanzan su mejor desarrollo: la agudeza visual es máxima a los 20 años, decayendo alrededor de los 40 años por propensión a la presbicia, la pérdida gradual de la capacidad auditiva empieza antes de los 25 años, el gusto, el olfato, y la sensibilidad al dolor y al calor comienza a disminuir cerca de los 45 años (Rice 1997). En esta etapa se produce el nacimiento de los hijos, ya que tanto hombres como mujeres se encuentran en su punto máximo de fertilidad (Papatia 1997).

Características psicológicas

La edad adulta joven es una época en la que la gente es más capaz de formar nuevos conceptos y de llevar su pensamiento ordenadamente a la resolución de los problemas. Sin embargo otros factores como la motivación, la educación la memoria y la madurez, también pueden actuar en el proceso de resolución de problemas.

Los adultos jóvenes que alcanzan el pensamiento dialéctico se caracteriza porque son más sensibles a las contradicciones, aprecian más las opiniones contrarias y que han aprendido a vivir con ellas. Son capaces de comprender las contradicciones que existen tanto en la realidad personal como en la física. Por ejemplo en el ámbito de lo personal, un individuo puede comprender que sus sentimientos hacia otra persona no son sencillamente de amor o de odio, sino que estos dos sentimientos contradictorios pueden coexistir en una sola relación (Kozier 1999).

Características sociales

Según Erikson, la tarea central del adulto joven es la de intimidad frente a aislamiento. Se ve a los adultos jóvenes como personas que desarrollan una relación íntima y duradera con otra persona o con una causa, una institución o un esfuerzo creativo (Erikson 1963). Los adultos jóvenes se enfrentan a un cierto número nuevas experiencias y cambios de forma de vida según progresan hacia la madurez. Tienen que tomar decisiones por sí mismos y muchas de ellas influyen ahora en su forma de vida futura. A menudo se dan por sentadas las expectativas del adulto joven, debido a que están bien definidas en la mayoría de las culturas. Es preciso tomar conciencia sobre educación empleo, casarse o permanecer soltero, poner en marcha un hogar y tener hijos o no. Las responsabilidades sociales incluyen la creación de nuevas amistades y la asunción de algunas actividades comunitarias. La elección de una profesión y la instrucción son en gran parte inseparables (Kozier 1999).

8. ALTERACIONES DE LA ELIMINACIÓN URINARIA

Los trastornos de la función urinaria pueden causar alteraciones localizadas de los patrones de la micción o problemas generalizados por deterioro de la eliminación de los productos de desecho del cuerpo. Todo reflujo o flujo hacia atrás de la orina en cualquier fase de su excreción es una circunstancia anómala y puede originar complicaciones infecciosas o de diversos tipos. Cualquier obstrucción también favorece el desarrollo de infecciones y puede deteriorar la función renal. Los trastornos más frecuentes del sistema urinario suelen darse a consecuencia de una obstrucción, de neoplasias, cálculos o infección o bien por una interrelación entre dichos factores. Las causas más frecuentes de insuficiencia renal progresiva son las siguientes.

Pielonefritis crónica: Es un proceso inflamatorio e infeccioso crónico que causa fibrosis progresiva y destrucción de las nefronas.

Glomerulonefritis crónica o progresiva: Implica inflamación crónica, fibrosis destrucción de glomérulos y consecuencia degeneración de los túbulos respectivos.

Enfermedad renal poliquística: El crecimiento progresivo de los quistes comprime el parénquima renal funcional, aumentando la insuficiencia renal.

Nefrosclerosis: Es secundaria a hipertensión y aterosclerosis.

Otras enfermedades: que pueden causar insuficiencia renal crónica incluyen lupus eritematoso sistémico, enfermedad posrenal obstructiva (p.ej. cálculos neoplasias) e hiperparatiroidismo (Levin 1996).

Insuficiencia renal crónica

La insuficiencia renal crónica se debe a enfermedad progresiva de ambos riñones. Hay daño irreversible a las nefronas que finalmente conducen a retención de muchos desechos y productos tóxicos del metabolismo, desequilibrio de líquidos y electrolíticos, acidosis metabólica, anemia, hipertensión y descalcificación del tejido óseo (Osteodistrofia renal).

Etiología

La Insuficiencia renal crónica (IRC) es la consecuencia de una diversidad de trastornos y se caracteriza por lesiones progresivas e irreversibles de los nefrones y los glomérulos. Las infecciones renales recurrentes las lesiones vasculares, como resultado de la diabetes o de la hipertensión puede conducir a la cicatrización de los tejidos renales y representa alguna de las causas posibles de la IRC. La IRC también puede ser la consecuencia de una IRA no resuelta.

Las lesiones renales pueden ser difusas o limitarse a un solo riñón. El parénquima renal se encuentra afectado en forma primaria. Independientemente de la causa los resultados finales consisten en una disminución gradual del IFG, de la función tubular y de la capacidad de reabsorción que determina alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico y del estado ácido-base y el desarrollo de trastornos sistémicos. Por lo general tiene lugar a una progresión gradual hasta la uremia (Watsón 1993).

Patogenia

La patogenia de la IRC o insuficiencia renal terminal se caracteriza por una destrucción progresiva e irreversible de los nefrones. A medida que la función renal declina, los productos finales del metabolismo proteico se acumulan en la sangre (azoemia). La hipótesis del nefrón intacto postula que algunos nefrones permanecen indemnes mientras que otros sufren una destrucción progresiva.

Las nefronas intactas comienzan a hipertrofiarse durante el proceso de adaptación a las demandas aumentadas para la filtración de la carga de solutos. Esta respuesta compensadora permite preservar la función renal hasta la destrucción de alrededor de las tres cuartas partes de los nefrones totales. Sin embargo a medida que los nefrones se hipertrofian, comienzan a perder la capacidad de concentrar adecuadamente la orina. En consecuencia se excreta un volumen excesivo de orina lo cual predispone a la depleción de líquido. Uno de los primeros signos de insuficiencia renal consiste en la isostenuria/poliuria, con la excreción de una orina casi isotónica con respecto al plasma.

Los túbulos también comienzan a perder la capacidad de reabsorber electrólitos. Esto puede conducir a la "pérdida de sal renal" e intensificar la poliuria. A medida que la enfermedad progresa y el organismo ya no puede eliminar los productos de desecho a través de los riñones, se desarrolla una uremia clínica. Con el transcurso del tiempo, los desequilibrios hidroelectrolíticos comienzan a afectar otros sistemas (Levin 1996).

Manifestaciones clínicas

Estos pacientes tienden a retener sodio y agua, lo cual determina un estado de sobrehidratación. Este estado se manifiesta con edema, hipertensión y el riesgo de insuficiencia cardíaca congestiva y edema de pulmón. La activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona puede agravar el desequilibrio hidroelectrolítico y la hipertensión. Ciertos pacientes desarrollan una tendencia a la pérdida renal de sal que resulta de la pérdida de agua y en hipovolemia las náuseas y los vómitos y la diarrea pueden contribuir a agravar el desequilibrio hidroelectrolítico. Las alteraciones electrolíticas más frecuentes ocurren con el sodio, el cloro, el potasio, el calcio, el magnesio y el fósforo. Los pacientes con IRC ya no son capaces de regular la excreción de sodio. La hiponatremia puede ser la consecuencia de la pérdida renal de sal, de la diarrea o de los vómitos.

La hipernatremia es la consecuencia de una reducción de la excreción renal de sodio. El potasio es excretado principalmente por los riñones, sin embargo, la hiperpotasemia por lo general no se observa hasta una fase tardía de la enfermedad en la medida que se logre controlar el equilibrio acuoso y la acidosis metabólica. La hiperpotasemia es un hallazgo característico de la insuficiencia renal. Los trastornos asociados con la hiperpotasemia incluyen la depresión de la fuerza contráctil del miocardio y alteraciones electrocardiográficas.

En la insuficiencia moderada grave, se desarrolla acidosis metabólica, y la hipocalcemia puede constituir un problema, contribuyendo a la aparición de contracciones musculares y debilidad general.

Finalmente, disminuye la excreción urinaria, la hipertensión se agrava y las concentraciones sanguíneas de desechos nitrogenados y potasio se elevan en forma aguda. El paciente se pone pálido, y las determinaciones de hematócrito y hemoglobina indican anemia que en parte causan la fatiga y disminución de la eficiencia. En la insuficiencia renal crónica también se manifiesta tendencia al sangrado, la cifra de plaquetas es baja y el tiempo de protrombina, anormal. Pueden observarse petequias, equimosis y sangrado de membranas mucosas. El sistema nervioso central se ve afectado por la retención de desechos, el paciente se pone irritable, se deterioran la memoria, razonamiento y juicio y disminuye el campo de atención. En la fase urémica avanzada, el paciente manifiesta confusión, desorientación somnolencia y estupor. Pueden aparecer inquietud y contracciones espasmódicas involuntarias, que con frecuencia preceden a ataques convulsivos. El prurito es origen de irritación para el paciente con insuficiencia renal, y se atribuye a la precipitación en la piel de fosfatos retenidos. Es común el cese de la ovulación y menstruación en la mujer con la insuficiencia renal crónica y el hombre puede sufrir pérdida de la libido e impotencia. Síntomas tardíos son cefalea persistente de creciente intensidad, náusea y vómito, escarcha uremica, espasmo muscular, convulsiones, ulceraciones de la boca aliento fétido respiraciones profundas rápidas que indican acidosis, somnolencia desorientación y coma. Como resultado de la intensa retención e hipertensión de agua puede sobrevenir accidente cerebrovascular o insuficiencia cardíaca y edema pulmonar (Merck 1994).

Datos de laboratorio

Los hallazgos característicos son la retención de nitrógeno, acidosis y anemia. La urea y la creatinina están elevadas. Las concentraciones de Na en plasma pueden ser normales o reducidas. La acidosis suele ser moderada, con un contenido de CO₂ en plasma entre 15 y 20 mmol/L. Por lo común hay hipocalcemia, e hiperfosfatemia.

El potasio en suero es normal o sólo moderadamente elevado (6,5mmol/L). El volumen urinario es bastante fijo, entre 1 y 4L/d, y no responde fácilmente a las variaciones de la ingesta de agua. La osmolaridad urinaria suele fijarse alrededor de la del plasma (300-320 mOsm/kg). Los hallazgos del análisis de orina dependen de la naturaleza de la enfermedad subyacente, pero en la insuficiencia renal avanzada de cualquier causa son a menudo prominentes gruesos cilindros (especialmente cèlereos). El cuadro hematológico es el de una anemia normocrómica normocítica de gravedad moderada. El hto suele ser de 20 al 30%, excepto en pacientes con enfermedad renal poliquística, en el que puede ser del 35 al 50% (Merck 1994).

Tratamiento

Con el tratamiento se busca que los riñones afectados conserven la homeostasia durante el mayor tiempo posible. Es necesario investigar y tratar todos los factores que contribuyen al problema (uropatía obstructiva y otros). A medida que empeora la función renal, constituye requisito indispensable la intervención dietética con regulación cuidadosa de las proteínas, del ingreso del líquido y sodio para compensar la pérdida de ambos, así como cierto grado de restricción de potasio y fosfato. Al mismo tiempo debe garantizarse ingreso calórico adecuado y suplementario con vitaminas. Es también indispensable restricciones de proteínas, ya que la urea, creatinina, ácido úrico y ácidos orgánicos productos de degradación de las proteínas tisulares y dietéticas se acumulan rápidamente en la sangre cuando existe menoscabo del aclaramiento renal. La proteína administrada debe tener alto valor biológico (productos lácteos, huevos, carne) para proporcionar los aminoácidos esenciales, y el volumen de líquido excederá en 500 a 600 ml al de la diuresis en 24 horas. La regulación de sodio y potasio depende de mediciones de estos electrólitos en suero y orina. Si el paciente tiene tendencia a perder sodio, se procede a proporcionar suplementos del mismo. Se reduce el ingreso de fosfato (logrado por disminución de proteína) para detener el hiperparatiroidismo secundario.

Se administra el antiácido hidróxido del aluminio debido a su capacidad para fijar fósforo en el tubo intestinal, y por último se administraran calorías mediante carbohidratos y grasas para prevenir consunción. Es también necesaria suplementación vitamínica, ya que la dieta baja en proteínas no proporciona el complemento necesario de vitaminas. (También el paciente sometido a diálisis puede perder las vitaminas hidrosolubles durante el tratamiento con diálisis). La hiperpotasemia no suele plantear problema alguno hasta que aparece oliguria intensa (menos de 250ml). La hipertensión se trata con los siguientes medicamentos, es posible administrar una diversidad de fármacos antihipertensivos, incluyendo los antagonistas betaadrenérgicos (que pueden reducir la liberación de renina). La pérdida grave de la función renal ya sea aguda o crónica, supone una amenaza para la vida y obliga a eliminar los productos tóxicos de desecho y a restablecer el volumen y la composición de los líquidos orgánicos. Ello puede lograrse mediante diálisis con riñón artificial se emplea para mantener al paciente con vida en tanto sus propios riñones recuperan su función. Si la pérdida de la función renal es irreversible, será necesario recurrir a la diálisis crónica para mantener la vida, con la diálisis no puede mantener una composición completamente normal los líquidos orgánicos ni puede substituir todas las múltiples funciones que llevan a cabo los riñones, la salud de estos pacientes suelen estar significativamente alterada. Un tratamiento mejor para la pérdida permanente de la función renal es el restablecimiento de un tejido renal funcional mediante el transplante (Guytón 1997).

9. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE ADULTO JOVEN CON ALTERACIONES DE LA ELIMINACIÓN URINARIA BASADO EN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

Ficha de identificación

Nombre: LÍAN Edad: 25 años Peso: 60 kilos Talla: 1.70

Fecha de nacimiento: 10-4-76 Sexo: Masculino

Escolaridad : 10° Semestre de licenciatura en derecho.

Procedencia : México DF

Fuente de información: Paciente como fuente primaria y familia

Valoración de las necesidades humanas

OXIGENACION

Disnea debido a: No presenta Tos productiva: No presenta

Dolor asociado a la respiración: No Fumador: No

Registro de signos vitales: Presión arterial 130/70, FC 82, FR 24.

Patrón respiratorio: Ritmo y regularidad y profundidad normales a la auscultación campos pulmonares bien ventilados.

Ruidos cardiacos: Ritmos con buena intensidad.

Coloración de la piel: Palidez facial de tegumentos, no hay presencia de cianosis peribucal, uñas, lóbulos de las orejas.

Circulación de retorno venoso: Llenado capilar adecuado de 3 segundos.

Estilo de vida: sedentaria.

Necesidad insatisfecha: por falta de fuerza.

Esto se debe a que en el paciente nefropata hay una disminución de eritropoyetina por parte del riñón y menor tiempo de supervivencia de los eritrocitos, debido a la elevación de tóxicas uremicas.

El oxígeno es transportado a las células del organismo por la hemoglobina contenida en los glóbulos rojos de la sangre, (eritrocitos) de tal manera, que la cantidad de oxígeno transportada depende de la cantidad de hemoglobina existente en un determinado volumen de sangre.

NUTRICION E HIDRATACIÓN

Dieta habitual: En las mañanas no desayuna, sólo come una sola vez al día, carne 2x7 días, pollo 3x7, verduras no consume, huevo 3x7, no consume leche.

Trastornos digestivos: Diarrea cuando come frijoles.

Intolerancia alimentaria: Pozole.

Problemas de la masticación y deglución: No tiene ningún problema, cuenta con 32 piezas dentarias, sin dificultad para masticar.

Patrón de ejercicio: No realiza ejercicio.

Turgencia de la piel: Normalmente la piel retrocede inmediatamente, tras el pellizco a la posición de reposo.

Membranas mucosa hidratadas/ secas: Mucosas orales hidratadas.

Características del cabello: Falta de brillo natural, seco delgado, caída fácil del cabello.

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: No tiene problemas de dolores articulares.

Aspecto de dos dientes y encías: 32 piezas dentarias con cierre oclusivo correcto, sin lesiones, o inflamación.

Otros: Ojos brillosos, transparentes, los párpados se cierran por completo, no hay lesiones, conjuntiva parpebral pálida.

Necesidad: Insatisfecha: Por falta de fuerza

La desnutrición es muy frecuente en los pacientes con insuficiencia renal crónica.

La desnutrición se produce por varias causas: dietas pobres en proteínas, alteración del metabolismo proteico aminoácidos.

ELIMINACIÓN

Hábitos intestinales: Eliminación de heces una vez al día , en ocasiones no evacua, características de materia fecal, duras y secas.

Características de la orina: Presenta oliguria, con diuresis concentrada, no refiere dolor al orinar.

Historia de enfermedades renales: IRC.

Uso de laxantes: Si Hemorroides: No

Características del abdomen: Contorno simétrico, plano redondo, sin datos de distensión abdominal, ruidos peristálticos presentes.

No se observa órganos adoloridos, ni masas palpables.

Necesidad: Insatisfecha: por falta fuerza

La constipación es un problema frecuente que resulta de la restricción de líquidos, de la disminución de la actividad del uso de agentes fijadores de fosfatos. Para conservar su funcionamiento normal, el organismo debe desechar los residuos acumulados durante el catabolismo de los alimentos, así como gases y otros elementos no utilizables formados durante el proceso de digestión.

TERMORREGULACIÓN

Se adapta fácilmente a los cambios de temperatura, aunque en algunas ocasiones le provocan problemas respiratorios, usa ropa adecuada de acuerdo a los cambios de temperatura.

Temperatura ambiental le es agradable: La temperatura de su habitación es adecuada

Características de la piel: La piel se observa hidratada , con palidez facial de tegumentos.

Transpiración: Ocasionalmente cuando hay mucho calor.

Condiciones del entorno físico: Su habitación cuenta con ventilación adecuada.

Necesidad satisfecha.

MOVERSE Y MANTENERSE EN BUENA POSTURA

Capacidad física cotidiana: No realiza ejercicio en su tiempo libre.

Actividad en el tiempo libre: Leer, o chatear.

Hábitos de descanso: Dos horas diarias en las tardes

Hábitos de trabajo: No trabaja.

Estado del sistema músculo esquelético/ fuerza: Cuenta con fuerza y capacidad simétrica para empujar contra resistencia hacia arriba y hacia abajo.

Capacidad muscular tono/ resistencia/ flexibilidad: Tono muscular adecuado. Postura erecta, no necesita ayuda para la deambulación, no presenta dolor al movimiento.

Estado de conciencia : Orientado, en tiempo lugar y espacio.

Estado emocional: Su estado emocional es muy variable, en ocasiones se enoja fácilmente y otras veces se encuentra contento.

Otros: Marcha estable, buen equilibrio, sin signos de debilidad muscular, o de dolor.

Necesidad satisfecha.

DESCANSO Y SUEÑO

Horarios de descanso: En las tardes

Horario de sueño: Duerme 5 horas, le cuesta trabajo para conciliar el sueño y se despierta en la madrugada.

Siesta: A veces.

Padece insomnio: Si considera que se debe a su enfermedad.

Se siente descansado al levantarse: No.

Estado mental: Esta atento a la conexión y organización de los pensamientos, tiene secuencia lógica, lenguaje adecuado, atención y concentración adecuada.

Ojeras: si

Necesidad Insatisfecha: por falta fuerza.

Se ha observado que los paciente con IRC padecen trastornos del sueño, sobre todo en la noche previa a la sesión de diálisis. Esto puede deberse en parte a la ansiedad y en parte a la presencia de niveles elevados de tóxicas uremicas circulantes.

USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: No

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: Su autoestima es importante para elegir la ropa apropiada, no necesita ayuda para vestirse.

Viste de acuerdo con su edad: Si le gusta vestirse bien, con ropa apropiada de acuerdo a las circunstancias.

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: Adecuada

Necesidad satisfecha.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL

Frecuencia de aseo: Diario

Momento preferido par el baño: En las tardes

Cuantas veces se lava los dientes al día: Dos veces al día.

Se lava las manos antes de comer: Si Después de eliminar: Si

Tiene creencias religiosas o personales que limiten sus hábitos higiénicos: No

Aspecto general: Es un paciente de complexión delgada, relajado de postura erecta, movimiento sin problemas, con buenos hábitos de higiene en general.

Halitosis: No presenta.

Estado del cuero cabelludo: cuero cabelludo, sin lesiones. Lesiones dérmicas: no presenta.

Heridas y tipos de cicatrización: Cuenta con un catéter de tenckoff para diálisis peritoneal, el sitio del catéter se observa en buenas condiciones se encuentra limpio, sin datos de infección.

Necesidad Insatisfecha: por falta de fuerza.

La piel es la primera línea de defensa tanto desde el punto de vista anatómico como desde el químico. La técnica aséptica previene el crecimiento y/o la transmisión de microorganismos. El paciente debe tener en cuenta las necesidades de higiene y prácticas personales, ya que se encuentra con una herida quirúrgica de continuidad.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Que miembros componen su familia de pertenencia: Padres y hermanos.

Como reaccionan ante una situación de urgencia: Se preocupan por qué no saben lo que va a pasar.

Conoce las medidas de prevención de accidentes en su hogar: Si

Realiza controles periódicos de salud recomendados: Si

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: Escuchando música clásica.

Condiciones del ambiente en su hogar: En su hogar existe seguridad, en cuanto a pisos y escaleras no hay peligro, en su entorno físico no existen peligros ambientales.

Necesidad satisfecha.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Estado civil: Soltero.

Habla claro: Sin dificultad para articular palabras, sin problemas para la visión u audición.

Comunicación verbal con la familia: Tiene buena comunicación familiar, pero se le dificulta expresar sus sentimientos, con buena comunicación con sus compañeros de escuela. Tiene dos mascotas (perros), lo cual lo hacen sentir bien cuando están con él.

Estado emocional: Desde que inicio con su enfermedad su estado emocional es muy cambiante, se enoja con mucha facilidad, poco tolerante y desesperado.

Necesidad insatisfecha: Por falta de fuerza.

Los pacientes sometidos a diálisis presentan un problema médico crónico, y deben a afrontar numerosas situaciones estresantes a medida que se adaptan al programa terapéutico. Al igual que ocurre con otros enfermos que reciben cuidados a largo plazo y sin punto final, las limitaciones físicas y los reajustes económicos y sociales crean problemas con repercusiones psicológicas. Es útil que el profesional de enfermería comprender que la conducta del paciente constituye una reacción ante tales presiones.

NECESIDAD DE VIVIR SUS CREENCIAS Y VALORES

Creencia religiosa : No cree en dios.

Principales valores en su familia: Honestidad, libertad.

Es congruente con su forma de pensar con su forma de vivir: Si

Necesidad Satisfecha.

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Trabaja actualmente: No trabaja, estudia décimo semestre de licenciatura en derecho

Esta satisfecho con el rol que juega: Si esta satisfecho juega el rol de hermano.
Necesidad Satisfecha.

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: Leer o escuchar música.

Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa: Si antes estaba integrado en un grupo de danza regional.

Integridad del sistema neuromuscular: Integro

Como es su estado de animo: Su estado de ánimo es variable, a veces es apático, alegre.

Necesidad satisfecha.

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Nivel de educación : 10° semestre de Licenciatura en derecho.

Preferencias: Leer, escuchar música.

Estado del sistema nervioso: Sin problemas.

Organos de los sentidos: Sin problemas

Necesidad Satisfecha.

9.1 Presentación del caso

Paciente de sexo masculino que cursa tercera década de vida, de nivel socioeconómico medio y nivel de educación superior. El paciente presente palidez facial de tegumentos, mucosa orales hidratadas, se encuentra en apariencia tranquila, tiene malos hábitos dietéticos, con pérdida de peso, con buenos hábitos higiénicos, con caída fácil de cabello, su lenguaje corporal es coherente, orientado en las tres esferas (tiempo, lugar, espacio).

Actualmente se encuentra recibiendo diálisis peritoneal continua ambulatoria desde hace 8 meses presenta elevación de azoados, K 6.4, presenta anemia hb 6.52, hto 20.2 por insuficiencia renal crónica. No hay presencia de edemas, con disminución del volumen urinario. Se encuentra cooperador acerca del tratamiento de diálisis peritoneal.

9.2 DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

OXIGENACION

Diagnostico real

Palidez de tegumentos relacionado a falta de eritropoyetina manifestado por hemoglobina (hb), y hematócrito (hto) bajo.

Objetivos

-Estabilizar el recuento de hematíes y maximizar la perfusión tisular.

Fase de Planeación

a) Aplicación de eritropoyetina.

- La eritropoyetina es una hormona que regula día con día, la producción de glóbulos rojos, pues estimula la proliferación y maduración de la línea eritroide. En respuesta a la perdida de sangre, la eritropoyetina aumenta sus niveles. Este producto es idéntico a la eritropoyetina humana desde el punto de vista bioquímico, estructural, biológico e inmunológico. Su uso se aprobó con la Insuficiencia renal crónica, (creatinina sérica mayor de 1.8mg /dl y se caracterizo su efecto en el hematócrito, en la dosis y duración de la terapia. La dosis recomendada es 5 U/ Kg, S/C, tres veces por semana y luego una dosis reducida cuando el hematócrito esta entre 30% y 34% el pico del efecto se obtiene en semanas y perdura en forma sostenida a lo largo del tiempo.

b) Evitar punciones venosas innecesarias en cuanto sea posible.

- Las tomas frecuentes de sangre empeoran la anemia.

- Fundamentación de las intervenciones

c) **Ministrar vitaminas.**

- Las vitaminas son compuestos orgánicos que se necesitan en muy pequeñas cantidades para los procesos metabólicos normales. Para la producción de hematíes se requiere hierro, ácido fólico y vitaminas. Estos generalmente son deficientes en la dieta del paciente con insuficiencia renal crónica (IRC) y también pueden ser eliminados por la diálisis. Por esta causa se necesitan suplementos de ellos. La eritropoyesis normal requiere cantidades adecuadas de hierro y la vitamina B12 y el ácido fólico son necesarios para sintetizar la hemoglobina. La vitamina C estimula la absorción de hierro e influye en el metabolismo del ácido fólico.

d) **Proporcionarle información al paciente sobre la importancia de consumir una dieta equilibrada.**

- Para la producción de hematíes, se requiere hierro, ácido fólico, para el déficit de hierro: carne roja, carnes orgánicas, vegetales verdes, pan y cereales. Para el déficit de ácido fólico: vegetales verdes y frondosos, carnes, pan, cereales con grano, frijol, lenteja, garbanzo, albergón.

Fase de ejecución

- a) No se aplico la eritropoyetina, debido a que estaba agotada en la farmacia.
- b) No se punciona frecuentemente al paciente.
- c) Se dio información al paciente para que tome sus vitaminas a la hora indicada.
- d) Se proporciono orientación a la familia y al paciente para que incluyera dentro de su alimentación frutas y verduras que contengan hierro.

Evaluación

Los niveles de hb, y hto aumentaron a través del tratamiento farmacológico y la dieta.

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Diagnostico real

Alteraciones en los hábitos alimenticios relacionado con el desinterés manifestada por el consumo de un solo alimento al día.

Objetivos

- Fomentar un aporte nutricional adecuado.
- Supervisar que el paciente consuma una dieta adecuada de acuerdo con su padecimiento.

Fase de planeación

a) Explicar al paciente la importancia de los alimentos, cualidades nutritivas y energéticas de los distintos grupos de alimentos.

- En la dieta se necesitan suficientes cantidades de carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas, minerales que proveen lo necesario.

- 1).La construcción, conservación y reparación de los tejidos corporales.
- 2).La síntesis de sustancias necesarias para la regulación de los procesos del organismo (por ejemplo, enzimas hormonas).
- 3).La síntesis de sustancias necesarias para el correcto funcionamiento del organismo (por ejemplo, hemoglobina y anticuerpos).
- 4).La producción de energía.

b) Dar orientación a la familia que a la hora de comer se fomente un ambiente agradable y relajado.

- El ambiente atractivo y agradable coopera notablemente a la buena digestión. Es necesario que a la hora de comer se evite todo aquello que pueda contrariar o disgustar al paciente, el desorden la suciedad o frío excesivo, las corrientes de aire. Las personas con los que uno come o que sirven la comida o los que están en las habitaciones, contribuyen a formar una atmósfera placentera, que hacen comer los alimentos con gusto y digerirlos bien.

c) Estimular al paciente a que coma el máximo de nutrientes permitidos.

- La prescripción de la dieta y el régimen de diálisis se planifican para complementar una a otra, para disminuir los tóxicos y mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos y ácido-básico.

d) Animar al paciente a expresar sus sentimientos y frustraciones derivados de las modificaciones de la dieta.

- Se deberá dar al paciente el máximo control posible sobre su dieta, por ejemplo pedir al paciente que haga una lista de alimentos y líquidos que le gusten y desagraden e intentar incorporarlos o retirarlos de la dieta prescrita.

e) Consultar con la dietetista para planificar, con el paciente el menú que incorpore sus preferencias personales.

- El dietista experto ayuda a la selección de las comidas con un valor nutricional óptimo. Cuando el apetito del paciente disminuye es esencial la consideración de las preferencias individuales para fomentar un aporte adecuado.

Fase de ejecución

Se proporciono información:

a) La importancia de consumir una dieta equilibrada.

b) Fomentar un ambiente agradable a la hora de la comida.

c) Consumir una dieta hiperproteica.

d) Ingerir alimentos que más le agraden y que estén permitidos.

e) En conjunto con el nutriólogo y el paciente preparar una dieta individualizada.

Evaluación

El paciente ingiere alimentos que más le agradan y son permitidos. Se consulto con una dietista, le proporciono una lista de alimentos que puede incluir en su alimentación.

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Diagnostico real

Pérdida de peso relacionada a mala alimentación manifestada por registro de peso inferior a su talla y edad.

Objetivo

- Recuperar el peso ideal para su edad, sexo, talla, y constitución corporal
- Proporcionar información básica de los aspectos nutricionales necesarios para recuperar su peso.

Fase de planeación

a) Pesarlo semanalmente y siempre que sea necesario y evaluar el grado de desgaste muscular.

- Las medidas antropométricas representan un método para valorar el estado nutricional a través de una serie de medidas sobre el cuerpo humano. Las medidas antropométricas, como la talla y el peso, los pliegues cutáneos y la circunferencia de los miembros inferiores reflejan el equilibrio calórico-energético del paciente, su masa muscular y su grasa corporal y sus reservas de proteínas. El peso es muy sensible a cambios nutricionales, de manera que es lo primero que se afecta y también es uno de los primeros parámetros en corregirse, la talla en cambio se afecta mucho menos y más lentamente y tarda más en recuperarse, pudiendo asegurarse que, aun cuando haya muy malas condiciones nutricionales existirá cierto crecimiento en talla. Así el efecto de la diálisis peritoneal continua ambulatoria, sobre el incremento de la talla, sólo es recuperable en función de la edad ósea que tenga que iniciarse la recuperación.

b) Establecer una dieta que cubra las necesidades calorías y nutritivas del cliente.

- En la insuficiencia renal crónica (IRC) se debe consumir una dieta hiperproteica ya que en la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) se estiman en 9 a 22 gramos la pérdida de proteína de 10 a 24 horas (equivalente 1.5 a 5 gramos de aminoácidos). La ingestión de proteínas debe aumentarse de 1.2 a 1.5 gramos/kg/peso poniendo énfasis en las proteínas de alto valor biológico (productos lácteos, huevos, carne, pescado, claras de huevo), aportan aminoácidos necesarios para el crecimiento y la reparación celular. Debe existir una gran cantidad de calorías (35 a 45 cal/kg) para que pueda usarse para el mantenimiento de los minerales existentes en las proteínas.

c) Pesar y comparar diariamente el peso corporal ideal y real del paciente.

- Asegurarse de considerar el efecto del exceso de líquido en el peso real, comparando el peso actual con el peso no edematoso (500ml= 1 libra). Enseñar al paciente a que se pese el mismo bajo condiciones constantes, con el fin de mantener un registro de peso y un registro de aportes y pérdidas Si el paciente está por debajo del peso corporal ideal añadirle a la dieta calorías y proteínas adicionales.

Fase de ejecución

Se proporcione información al paciente:

a) La importancia de su peso y talla.

b) Consultar con la dietista para una valoración nutritiva, así mismo establecer una dieta de acuerdo con su padecimiento.

c) No fue posible que el paciente se pesara semanalmente debido a que no cuenta con báscula en su casa.

Evaluación

El paciente logro aumentar gradualmente de peso, así mismo consume alimentos nutritivos.

ELIMINACIÓN

Diagnostico real

Alteración en la eliminación urinaria, relacionada a insuficiencia renal manifestada por oliguria.

Objetivo

-Contribuir a mantener una función urinaria para favorecer el patrón urinario.

Fase de planeación

a) Llevar un control en el numero de micciones durante el día.

- La eliminación normal de orina es de 1400- 1500 ml en 24 horas o al menos 30-50 ml por hora para un adulto. Una diuresis menor sugiere obstrucción de la función renal A menudo que disminuye la velocidad de filtración glomerular, sigue disminuyendo el numero de nefronas funcionales, los riñones pierden la capacidad de concentrar, la orina y eliminar el agua produciendo hipervolemia.

b) A los pacientes con restricción de líquidos se observarán signos de deshidratación.

- Observar los signos de deshidratación, tales como sequedad cutánea de las membranas mucosas sed, mala turgencia de la piel, diuresis reducida, disminución de la presión arterial, taquicardia, perdida de peso. La deshidratación concentra la orina, incrementando el riesgo de formación de cálculos y la infección.

c) Observar los signos de retención líquidos y registro de peso diariamente.

- El control diario de peso permite evaluar el equilibrio de líquido general. Los cambios notorios son indicativos de cambios agudos en los fluidos. Cada kilogramo de peso ganado o perdido equivale a la ganancia o pérdida de un litro de fluido. El control de peso es uno de los parámetros que diariamente nos indica si la pauta de intervención es adecuada.

Estudiando la evolución del peso tendremos una evolución del funcionamiento peritoneal en cuanto a su capacidad de ultrafiltración para su correcta evaluación debemos tener presente varias premisas importantes relativas a la evaluación del mismo.

1. Los pacientes con DPCA tienden a aumentar de peso, sobre todo durante el primer año, esto se debe a un aumento en la grasa corporal y la masa proteica, motivado por el aporte suplementario de calorías.

2. El aumento de peso puede ser producido por un acumulo de agua en los tejidos, con aparición de edemas en los tobillos, párpados, y muñecas fatiga.

3. Aunque menos frecuente también se produce pérdida de peso que si son bruscos, ocasionan cuadros de deshidratación. Una pérdida de peso del 2 al 4% indica deshidratación leve, una pérdida de peso del 5 al 9% indica deshidratación moderada.

d). Monitorizar la creatinina urinaria en 24 horas, las determinaciones de creatinina sérica y la creatinina en orina, proporcionan información sobre la función renal.

- La creatinina debería eliminarse por los riñones si estos funcionan normalmente. La síntesis de albúmina depende del funcionamiento adecuado de los hepatocitos y del aporte de aminoácidos. El nivel sérico de albúmina se utiliza como un indicador más para determinar el estado de las proteínas en el organismo. Cuando se pierde albúmina por la orina o por la diálisis peritoneal (DP) el hígado responde aumentando la producción de proteínas plasmáticas. Sin embargo, cuando la pérdida es mayor, el hígado no puede compensarlo apareciendo albuminemia. El edema se debe a una disminución de las proteínas plasmáticas y el consiguiente descenso de la presión oncótica plasmática, que produce un paso de líquido del compartimento vascular al intersticial.

Excreción de creatinina: La creatinina es el principal producto terminal, y se produce cuando se libera energía durante el metabolismo en el músculo esquelético. La creatinina aparece en el suero en cantidades proporcionales a la masa muscular corporal. Los valores séricos de creatinina sugieren deterioro renal grave.

e) Llevar un control de balance hídrico en cuanto a la ingesta de líquidos, y fluctuaciones de peso.

- La medición y registro de entrada y salida de líquidos durante un periodo de 24 horas proporciona datos importantes sobre el equilibrio hidroelectrolítico del paciente. El aporte de líquidos no sufre restricciones si los intercambios funcionan con normalidad. En general el paciente pierde 2 litros de líquido, además de los 8 litros del dializado que se infunden en el abdomen durante 24 horas, lo que permite una ingestión normal, incluso si se trata de personas anefricas.

f) Ministración de diuréticos.

- Los diuréticos son fármacos que actúan sobre los riñones aumentando el volumen urinario, al reducir la reabsorción de sal y agua desde los túbulos.

g) Estimular la adaptación del régimen terapéutico de diálisis

- La diálisis es el movimiento de líquido y partículas diversas desde un compartimiento líquido hacia otro compartimiento a través de una membrana semipermeable. Desde el punto de vista clínico, la diálisis consiste en el proceso mecánico de eliminación de productos de desecho del metabolismo proteico, con el mantenimiento del equilibrio electrolítico y del estado ácido-base en los pacientes con un compromiso de la función renal.

La diálisis puede ser utilizada en la fase aguda de la insuficiencia renal o puede ser implementada para preservar la vida en los pacientes con una IRC, hasta que pueda llevarse a cabo el trasplante renal. La diálisis también puede ser utilizada en el tratamiento de intoxicaciones accidentales o intencionales con la finalidad de eliminar drogas toxinas del organismo.

Fase de ejecución

Se proporciono información:

- a) Vigilar la eliminación urinaria respecto a la ingestión de líquidos.
- b) Detectar oportunamente los primeros signos de deshidratación.

- c) Pesarse constantemente, con el fin de mantener un control sobre su peso.
- d) La necesidad de vigilar la función renal, a través de mantener la urea y creatinina dentro de parámetros normales.
- e) Mantener un control de líquidos en cuanto a ingresos y egresos.
- f) Tomar su diurético al horario establecido.
- g) Realizar diálisis peritoneal.

Evaluación

El paciente mantiene un régimen de diálisis óptimo de acuerdo a las indicaciones, médicas así mismo mejoro la función urinaria a través de la ministración de diuréticos, no hubo retención de líquidos.

ELIMINACIÓN

Diagnostico real

Constipación que se relaciona baja ingesta de fibra manifestada por heces duras.

Objetivo

El paciente tendrá un patrón de eliminación normal.

Fase de planeación

- a) Explicarle al paciente la importancia de una dieta bien balanceada y con suficientes cantidades de fibra.
 - Son necesarios suficientes residuos en la dieta (fibra celulosa) para proporcionar volumen fecal. La digestión de ciertos alimentos resulta difícil o imposible para algunas personas.

b) Identificar el patrón de eliminación previa, aconsejar programarlo siempre a la misma hora, aprovechando el reflejo gastrocolico (aproximadamente 30 minutos después del desayuno).

- El entrenamiento intestinal precoz puede establecer el hábito de defecar con un patrón regular. Muchas personas defecan después de desayunar, cuando los reflejos gastrocolico y duodenocolicos producen ondas peristálticas de masas en el intestino grueso.

c) Enseñar al paciente a limitar la ingestión de líquidos.

- Cuando la ingesta de líquidos es inadecuada por algún motivo el organismo sigue reabsorbiendo liquido del quimo a medida que avanza por el colón. Como resultado el quimo se seca más de lo normal y se producen heces duras. Además la disminución de los fluidos lentifica el paso del quimo a través del intestino, aumentando aun más la reabsorción de fluidos por el quimo. Una eliminación fecal sana suele requerir una ingesta diaria de fluidos de 2000 a 3000, sin embargo en pacientes con insuficiencia renal debe limitarse de 800-1000 ml /24 horas. Cantidades adecuadas de líquidos favorecen la eliminación fecal normal y son esenciales junto con una dieta rica en fibra.

d) Animar al paciente a que camine 15 a 20 minutos diariamente.

- El caminar aumenta el peristaltismo, favoreciendo la evacuación Intestinal.

e) Ministración de laxantes.

- Los laxantes son medicamentos que estimulan la actividad intestinal y por tanto ayudan a la eliminación fecal. Existen medicamentos que ablandan las heces facilitando la evacuación.

Fase de ejecución

Se proporciono información:

- a) Incluir fibra dentro de su alimentación.
- b) No se pudo establecer su patrón de eliminación previa, aun se encuentra llevando acabo las medidas para una eliminación intestinal normal.
- c) Vigilar la ingestión de líquidos.
- d) Establecer con el paciente una programación para caminar diariamente dentro de los límites de la capacidad del paciente.
- e) Tomar laxantes a la hora indicada.

Evaluación

El paciente modifica su dieta, incluye dentro de su alimentación fibra, y con el apoyo de laxantes el paciente elimina heces de consistencia casi normal.

DESCANSO Y SUEÑO

Diagnostico real

Insomnio relacionando a crisis de angustia, manifestado por despertar abruptamente en la madrugada con dificultad para volver a conciliar el sueño.

Objetivo

- Recuperar su patrón de sueño habitual.
- Desarrollar un patrón de sueño que proporcione suficiente energía para las actividades diarias.

Fase de planeación

a) **Proporcionan medidas de confort y relajación para ayudar a dormir al cliente, como medicación para el dolor, masaje en la espalda, música suave, material de lectura.**

- **Las medidas de confort son esenciales para ayudar al cliente a conciliar el sueño y a mantenerlo dormido, sobre todo si los efectos de la patología de la persona interfieren con el sueño. Se pueden promover las técnicas de relajación como parte de la rutina nocturna cotidiana. La respiración lenta y profunda durante algunos minutos seguida de una contracción lenta y rítmica y la relajación de los músculos puede aliviar la tensión e inducir el desasosiego.**

b) **Aconsejar al cliente tomar leche o una infusión de té caliente.**

- **Se cree que algunas bebidas aperitivas ricas en proteínas, como una bebida láctea, queso o nueces, favorecen el sueño por contener el aminoácido L. Triptofano es un inductor del sueño.**

c) **Evitar tomar líquidos antes de irse a dormir.**

- **La excesiva ingesta de líquidos ha de ser evitada, esto reduce la necesidad de levantarse al servicio durante las horas del sueño.**

d) **Evitar el consumo de (cafeína, chocolate) cuatro horas antes de acostarse.**

- **Las bebidas con cafeína actúan como estimulantes del sistema nervioso central interfiriendo por tanto el sueño.**

e) **Eliminar distracciones ambientales e interrupciones del sueño.**

- **Para crear un ambiente relajado, reducir las distracciones ambientales disminuir las interrupciones de sueño, asegurar un ambiente seguro y proporcionan una temperatura en la habitación que resulta satisfactorio para el cliente. Las distracciones ambientales como las luces brillantes y el ruido resultan molestos para clientes hospitalizados.**

f) Programar periodos diarios de descanso y sueño.

- El reposo restaura la energía de la persona, permitiendo al individuo recuperar su funcionamiento óptimo. Cuando las personas son privada de reposo suelen estar irritables deprimidas y cansadas y pueden tener un control escaso sobre sus emociones. El reposo implica calma, relajación sin estrés emocional y estar libre de ansiedad. Por consiguiente el reposo no implica necesariamente inactividad, de hecho algunas personas se encuentran descansadas en ciertas actividades como caminar, aire fresco. Las personas con frecuencia requieren más reposo y sueño de lo normal. Frecuentemente las personas debilitadas gastan cantidades inusuales de energía.

Fase de Ejecución

Se proporciono información:

- a) Las medidas para favorecer el sueño.
- b) Ingerir leche, o té antes de irse dormir.
- c) Limitar la ingestión de líquidos antes de irse a dormir.
- d) Evite tomar cafeína o chocolate antes de irse a dormir.
- e) Reducir la estimulación ambiental (luces ruidos) durante la noche o en los momentos más adecuados para dormir.
- f) Recomendar realizar siestas por la tarde si es necesario.

Evaluación

El paciente participa en las medidas para inducir el sueño, algunas de ellas las esta llevando acabo ha mejorado su patrón de sueño.

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Diagnostico real

Herida quirúrgica en abdomen, relacionada a instalación del catéter de tenckoff manifestada por presencia de solución de continuidad afrontada y limpia.

Objetivo

-Evitar infecciones de la herida quirúrgica.

Fase de Planeación

a) Enseñar al paciente acerca de la higiene de su herida quirúrgica.

- Los cuidados diarios del orificio comprenden lavado con agua y jabón (que puede coincidir con la ducha del paciente). Si se lavan las heridas con agua tibia se incrementa la circulación del sitio, lo que propicia el suministro de oxígeno y nutrientes necesarios para apoyar la reparación tisular.

b) Orientar sobre la importancia del baño.

- El baño elimina la grasa acumulada, la transpiración, las células de la piel y algunas bacterias. Además de limpiar la piel, el baño también estimula la circulación. Un baño templado o caliente dilata las arteriolas superficiales, aportando más flujo sanguíneo y nutrientes a la piel. El frotado vigoroso tiene el mismo efecto. El baño también produce una sensación de bienestar es refrescante y relajado y con frecuencia levanta el ánimo y mejora el aspecto y el amor propio.

c) Mantener la herida quirúrgica limpia y seca.

- La piel es la primera línea de defensa contra la infección, la humedad proporciona un buen medio del desarrollo bacteriano.

- d) Vigilancia de la herida quirúrgica para anticiparse a datos de infección.
- La piel debe mantenerse bajo observación tanto de la herida quirúrgica como del orificio de salida para comprobar síntomas de posibles infecciones: inflamación, dolor, supuración, enrojecimiento.
- e) Evitar cualquier tensión alrededor de la herida quirúrgica del catéter de diálisis.
- El área lesionada debe protegerse contra lesiones traumáticas posteriores contra, las sustancias químicas y los microorganismos.

Fase de ejecución

Se proporciono información:

- a) Realizar el lavado diario del sitio de punción.
- b) Importancia del baño diariamente.
- c) Higiene que debe realizar en su herida quirúrgica.
- d) Identifique oportunamente los datos de infección.
- e) Evitar lesiones cercanas al sitio del catéter.

Evaluación

Su herida quirúrgica se mantiene limpia sin datos de infección, así mismo muestra una higiene óptima.

COMUNICACION

Diagnóstico real

Alteraciones en el estado de animo relacionado a su enfermedad manifestado por cambios bruscos de carácter.

Objetivo

-Establecer una comunicación con el paciente para que favorezca la expresión de sus sentimientos.

a) Proporcionar una información clara sobre su enfermedad.

- Los pacientes con una enfermedad crónica deben ser informados acerca de su enfermedad y sus manifestaciones, es natural que el paciente y su familia se preocupen por lo que va a pasar. Pueden tener diversas manifestaciones, saber que la enfermedad ha avanzado hasta tal etapa y que su vida depende de este tratamiento, es visto como una gran amenaza. Algunos pacientes se les puede dificultar mucho la aceptación y suelen al principio manifestar resentimiento e ira, seguido de una etapa de depresión.

b) Consultar con una psicóloga.

- Los pacientes sometidos a diálisis peritoneal deben ser tranquilizados e informados frecuentemente de que se están implementando todas las medidas necesarias para reestablecer la función renal. La explicación cuidadosa de la situación es de suma importancia para la tranquilidad del paciente y de sus familiares, ya que estos pacientes enfrentan con una enfermedad potencialmente fatal y de futuro incierto.

c) Brindarle confianza al paciente, para que pueda expresar sus sentimientos sus preocupaciones o sus problemas.

- Dirigirse al paciente con una actitud amable y respetuosa para que sienta las bases para establecer una relación de confianza entre el paciente y la enfermera. El hecho de hablar abiertamente de las cosas le da al paciente la oportunidad de comentar sus sentimientos y revelar sus preocupaciones y actitudes, abierta y sincera entre todos. Es esencial comprender la situación y reconocer sus reacciones para proporcionarles apoyo adecuado y planear su atención, así como para ayudarlo a aceptar las modificaciones necesarias.

d) aconsejar al paciente a realizar terapia ocupacional para ventilar estados de ánimo.

- La descarga física de la energía del enojo prevendrá de escalada.

e) Animar a los miembros de la familia a que expresen sus sentimientos sobre el impacto de la enfermedad.

- La toma de conciencia de los sentimientos y la capacidad para expresarlos de modo claro y apropiado son elementos importantes de los comportamientos de adaptación saludables. Esto ayudara para que tenga un alivio temporal de sus fuertes sentimientos reprimidos. El afecto, la tranquilidad y esperanza del profesional les ayudarán a sentirse más fuertes. También potenciarán la moral de la familia.

Fase de ejecución

a) Se proporciono información clara y precisa de su enfermedad por parte del personal médico.

b) Se consulto con una psicóloga antes de que iniciara su tratamiento con diálisis.

c) Se brindo confianza al paciente, para que expresara sus preocupaciones, y sentimientos.

d) El paciente realiza diferentes actividades para ventilar sus estados de ánimo.

e) Se brindo confianza a los familiares para que puedan expresar sus sentimientos.

Evaluación

Se logro establecer buena comunicación con el paciente, aunque no fue posible que expresara sus sentimientos.

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Diagnostico de riesgo

Riesgo de alteraciones de la nutrición relacionado por malos hábitos alimenticios y por bajo peso.

Objetivo

- Valorar cambios de peso corporal y satisfacer las necesidades del organismo
- Estimular al paciente a que coma la máxima cantidad de nutrientes permitidos.
- Prevenir complicaciones secundarias a déficit nutricionales.

Fase de planeación

a) Pesar diariamente al paciente.

- El peso y la pérdida ponderal ayudan a establecer el estado nutricional real del paciente. Los modelos de ingesta y tolerancia a la consistencia de alimentos proporcionan un centro de atención para la planificación dietética.

El Peso corporal es un indicador del estado nutricional que mide en forma global los componentes del cuerpo, por tanto es necesario interpretarlo con cuidado en pacientes con (DPCA) diálisis peritoneal continua ambulatoria que frecuentemente tienen aumento del volumen extracelular, con fluctuaciones considerables en las primeras semanas de tratamiento. Durante el primer año de permanencia en el programa, la mayoría de los paciente ganan peso, probablemente debido a un incremento de los depósitos de grasa corporal, o recuperación de las reservas de proteínas somática y a un aumento de la grasa corporal.

Peso observado: Es el peso del paciente en el momento de la evaluación en lo posible debe registrarse después de drenar el líquido de la cavidad o de lo contrario, es preciso restar el peso de éste.

Peso de referencia: Es el peso esperado para la talla, el sexo, y la complexión.

b) Dar orientación al paciente de consumir una dieta hiperproteica para disminuir el catabolismo.

- Las cantidades diarias prescritas de proteínas y carbohidratos disminuyen el catabolismo. El catabolismo provoca liberación de potasio intracelular en el plasma. El aporte adecuado de proteínas dietéticas mitiga la lesión celular corporal. La malnutrición calorica y proteica provocan un balance de nitrógeno negativo, que conduce a una carencia de oxígeno y nutrientes, que provoca catabolismo celular, desdoblamiento celular y pérdida de nitrógeno.

c) Recalcar la importancia de una ingesta bien equilibrada y nutritiva.

- Una dieta bien balanceada comprende alimentos del grupo de las carnes, la leche, verduras y frutas, pan y cereales. El adulto normal necesita diariamente estos alimentos siempre y cuando estén permitidos.

1) Dos raciones del grupo de la carne

2) Dos raciones del grupo de la leche.

3) Cuatro raciones del grupo de las frutas y verduras.

4) Cuatro raciones del grupo del pan y los cereales.

d) Valorar el estado nutricional, determinando el peso en relación a la altura y desarrollo corporal, albúmina, proteína y valores de transferrina séricas.

- De las diferentes pruebas bioquímicas, usadas para la evaluación del estado nutritivo, la más usada es la medición de albúmina sérica. La vida media es de 21 días y se usa como índice de estado proteico visceral. La concentración sérica normal es de 4g/dl. La transferrina sérica es otro indicador utilizado en la evaluación del estado nutritivo su vida media es de 8 días, con un recambio más rápido que la albúmina. Un indicador de interés en la clínica es el valor absoluto de linfocitos, se obtiene en la cuenta diferencial de leucocitos, por representar un tejido intenso de recambio celular y por lo tanto dependiente estrictamente de la disponibilidad de nutrimentos.

Fase de ejecución

Se proporciono información:

- a) Pesarse diariamente sin embargo, no lo realiza debido a que no cuenta con bascula.
- b) Incluya dentro de su alimentación proteínas de alto valor biológico.
- c) Cumplir con la dieta prescrita e incluir cada uno de los grupos de alimentos.
- d) No se valoran los parámetros bioquímicos debido a que los resultados se anexan al expediente del paciente y no se le brinda esa información.

Evaluación

El paciente ingiere una dieta equilibrada de cada uno de los grupos de alimentos, respetando los alimentos permitidos, así mismo aumenta de peso gradualmente.

ELIMINACIÓN

Diagnostico potencial

Riesgo de uremia relacionado a insuficiencia renal crónica.

Objetivo

-Mantener los niveles de urea nitrogenada en sangre (BUN), creatinina dentro de los limites aceptables.

Fase de Planeación

a) Fomentar la adaptación de un régimen terapéutico de diálisis.

- La diálisis elimina toxinas uremicas que secan e irritan la piel y ayudan a normalizar los niveles de calcio y fósforo séricos.

La diálisis insuficiente o inadecuada lleva a que el estado uremico disminuya el apetito y la tolerancia a la alimentación esta situación conduce a desnutrición, desgaste de la masa muscular, debilidad y predisposición a infecciones, enfermedades intercurrentes, neuropatía, anemia, y los demás hallazgos bien conocidos del síndrome uremico.

b) Mantener los niveles de laboratorio urea y creatinina (azoados) lo más cercano posible a cifras normales.

- El descenso de la perfusión renal por empeoramiento de la insuficiencia se reflejan en los niveles de creatinina y BUN. Los niveles de BUN aumentan proporcionalmente, el nivel de proporción BUN/ creatinina pueden cambiar de lo normal de 10:1 hasta 40:1.

Fase de ejecución

Se proporciono información:

a) Realización de la diálisis.

b) Mantener los azoados, dentro de los limites aceptables a través de la realización diálisis.

Evaluación

Los niveles de urea y creatinina disminuyeron a través de realizar diálisis peritoneal. El paciente se encuentra libre de síntomas uremicos.

ELIMINACIÓN

Diagnostico potencial.

Riesgo de presencia de hemorroides relacionada a constipación.

Objetivo

-Promover la normalización de las funciones intestinales.

Fase de Planeación

a) Enseñar al paciente que incluya dentro de su alimentación el consumo de fibra y líquidos que estén permitidos.

- El consumir alimentos como ciruelas, fruta cruda que estén permitidos, productos de salvado, pan y cereales de grano entero son esenciales para evitar esfuerzo y estreñimiento lo que predispone a formación de hemorroides. Evite abusar del salvado, demasiado salvado produce retortijones y flato. La fibra absorbe agua y aumenta el volumen de las heces, lo cual estimula el peristaltismo y la evacuación intestinal. Aumentar la ingesta diaria de líquidos e instruir al paciente para beber líquidos calientes y sobre todo zumos de ciruela. Una ingestión insuficiente de líquidos reduce la fluidez del quimo que penetra en el intestino grueso y da lugar a heces duras y secas.

b) Evite situaciones que produzcan estrés psicológico.

- Se cree que las emociones fuertes producen estreñimiento por inhibición del peristaltismo intestinal mediante la acción de la epinefrina y del sistema nervioso simpático. El estrés también puede originar un intestino espástico (estreñimiento espástico o hipertónico o un colon irritable).

Fase de ejecución

Se proporciona información:

a) Fomentar la ingestión adecuada de fibra dentro de su alimentación.

b) Evitar situaciones que produzcan estrés.

Evaluación

El paciente logra identificar aquellas situaciones que produzcan estrés, así mismo modifica su alimentación consumiendo fibra.

DESCANSO Y SUEÑO

Diagnostico potencial.

Riesgo de alteraciones del estado de alerta y vigilia relacionado a insomnio frecuente.

Objetivo

-Reducir los trastornos del sueño.

-Ayudar al paciente a establecer un óptimo descanso del patrón del sueño.

Fase de planeación

a) Proporcionar periodos de descanso y sueño.

- Los periodos de sueño más cortos y frecuentes son en muchos casos más apropiados que un largo período de sueño.

b) Valorar y registrar los factores que puedan provocar alteraciones del sueño.

- Tratar las causas que producen insomnio por ejemplo, si el dolor provoca insomnio, administrar analgésicos antes de acostarse u otras medidas de bienestar. Los síntomas de privación del sueño total surgen en forma lenta, pero en un orden predecible, acumulándose conforme pasa el tiempo. Al iniciarse el cansancio se desvanece el desempeño normal con lagunas en la capacidad de atención y de concentración. Los síntomas comunes de la fatiga incluyen sensaciones desagradables como los de visión borrosa, ojos irritados y vidriosos, náuseas y cefalea. A lo largo se vuelven vividas las alucinaciones y las ilusiones tienen lugar a la confusión mental y la incapacidad para distinguir la realidad. Sin embargo, el hecho de no dormir provoca cambios en el funcionamiento físico y mental sustenta las observaciones de que el sueño es indispensable para el bienestar.

Fase de Ejecución

Se proporciono información:

- a) Realizar periodos de descanso cortos.
- b) Factores que pueden interferir en el sueño.

Evaluación

El paciente logra una cantidad suficiente de reposo y sueño para posibilitar el desarrollo de las actividades cotidianas normales sin generar estrés.

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Diagnostico potencial.

Riesgo de infección relacionada a herida quirúrgica por presencia de catéter de tenckoff.

Objetivo

-Mantener la piel libre de infecciones en el área lesionada.

Fase de Planeación

- a) Indicarle al paciente que debe cuidar el acceso peritoneal.
 - El acceso peritoneal es el conjunto formado por el catéter orificio de salida del mismo. Los cuidados diarios del orificio comprenden lavado con agua y jabón (que puede coincidir con la ducha del paciente) enjuagado posterior de la zona, secado del orificio (con secador de pelo) para evitar humedad del mismo. Los cuidados diarios del catéter tienen por objeto mantener limpia su superficie y conector, evitando torsiones que puedan dañarlo y fijarlo en una posición adecuada, después de cada intercambio para impedir que esté tirante y lastime el orificio.

b) Instruirlo sobre la higiene del paciente.

• Puesto que la DPCA, la posibilidad de infección está siempre presente, es de vital importancia el ser extremadamente meticuloso, en la realización de los intercambios, así como el mantenimiento de unas condiciones de higiene satisfactorias. Esto se consigue a través de los tres pilares.

1) Lavado de manos ante cualquier manipulación.

2) Ducha personal diaria.

3) Limpieza de los cuidados del acceso.

El lavado de manos se realiza ante cualquier manipulación en la zona del acceso, del material o acción que se relacione con los intercambios (en este último caso, el lavado se realiza con mayor dedicación y de acuerdo con las siguientes normas:

Quitarse pulsearás sortijas, etc, abarcar desde el codo hasta las uñas y lavar durante tres minutos con jabón antiséptico y cepillo, para disminuir la transmisión de las enfermedades. Se recomienda la ducha personal diaria con el fin de mantener una higiene corporal satisfactoria. La limpieza y los cuidados del acceso se realizan diariamente, junto con la ducha, mediante el lavado con agua y jabón, secado posterior (toalla, secador de pelo) para evitar que la humedad pueda reblandecerlo y desinfección del mismo con povidona yodatada.

Fase de Ejecución

Se proporciono información:

a) El cuidado del sitio de acceso de diálisis.

b) Hábitos higiénicos en cuanto a su persona.

Evaluación

El sitio del salida del catéter de tenckoff esta libre de signos y síntomas de infección.

10. PLAN DE ALTA

Los pacientes con Insuficiencia renal crónica (IRC) se enfrentan con toda una vida de enfermedad e incertidumbre. Estos pacientes deben de seguidos en consulta externa durante el resto de su vida. En estos casos es fundamental proporcionar apoyo psicológico y fisiológico. El estrés relacionado con los problemas emocionales y económicos puede ser significativo. En estos casos es importante proporcionar apoyo tanto al paciente como a sus familiares.

Es esencial identificar estrategias de adaptaciones a esa nueva vida. El plan de cuidados deberá ser estructurado alrededor de los recursos y las necesidades específicas del paciente y sus familiares. En cuanto a la diálisis a domicilio representa una alternativa viable para el paciente con IRC. Este método permite al paciente un control optimo sobre su salud y mimiza la dependencia de un equilibrio terapéutico, deben ser alentados por lo adecuado de su decisión. Tanto el paciente como sus familiares deben estar capacitados para adoptar decisiones razonadas acerca del mantenimiento terapéutico en curso. El paciente que opta por la diálisis en su domicilio debe ser ayudado para que adopte un ambiente hogareño y su estilo de vida a los requerimientos terapéuticos.

Manejo adecuado de diálisis, aspectos básicos que debe conocer el paciente para evitar complicaciones.

¿por que necesita la diálisis?

Por que su riñón no puede eliminar líquidos que produce su organismo, las cuales se acumulan si se acumulan: le producen daño y le incapacitan para realizar sus actividades normales.

¿Cual es la función de la diálisis?

Eliminar los líquidos y toxinas que ya no pueden eliminar los riñones.

¿Como se siente si no elimina líquidos y toxinas?

Cansado sin hambre, con náusea, vómito, diarrea, comezón, con mal sabor de boca, le falta aire, se le hinchan los ojos y pies y le aumenta la presión.

¿Que es la membrana peritoneal?

La membrana peritoneal o peritoneo es la capa que recubre la cavidad peritoneal y los intestinos. Es en esta cavidad que queda dentro de la membrana peritoneal, donde introducimos el líquido de diálisis para depurar la sangre de las toxinas que los riñones no pueden eliminar. En esta membrana peritoneal existen unos poros donde pasan estas toxinas, por eso utilizamos el peritoneo como filtro. Se realizan tres o cuatro cambios de líquido para extraer de su organismo sustancias acumuladas, agua que sus riñones no pueden eliminar.

¿Para que sirve el catéter?

Comunica el exterior con la cavidad abdominal y permite que el líquido de diálisis entre y salga con plena libertad.

Se pueden distinguir tres partes del catéter.

- Una parte que queda dentro de la cavidad abdominal
- Otra parte intermedia que queda por debajo de la piel túnel subcutáneo
- Una porción final que queda en el exterior del abdomen.

Túnel subcutáneo: es el recorrido que hace el catéter por debajo de la piel y donde, a través de dos esponjillas, queda firmemente anclado a los músculos del abdomen.

Orificio de salida: es el punto donde el catéter sale de la superficie.

Material necesario para hacer el intercambio

1. Bolsa: Contiene el líquido de diálisis que introducimos en la cavidad abdominal.

En su zona inferior tiene dos entradas.

- Una rama que conecta con el sistema
- Una rama para inyectar medicamentos y heparina si fuera preciso.

2. Prolongador del catéter: conecta el, catéter con el sistema y tiene una llave de paso que permite la entrada y salida de líquido. Se lo cambiara una enfermera cada cierto tiempo en la unidad de DPCA.

3.Sistema de transferencia: a través del cual se establece la comunicación entre las bolsas que contienen el líquido de diálisis y el prolongador del catéter, se pueden cumplir dos funciones.

-Infusión: Es la introducción del líquido de diálisis en la cavidad peritoneal (líquido limpio).

-Drenaje: Es la salida del exterior del líquido que contiene la cavidad peritoneal (líquido sucio).

Condiciones y lugar idóneo para los cambios de bolsa

El lugar idóneo para realizar los cambios es en una habitación que pueda limpiarse y convenientemente, que tenga ventilación, suficiente luz, que pueda aislarse del exterior y el resto de la casa.

El material debe almacenarse.

-A temperatura ambiente(menor de 40°C).

-No expuesto al sol.

Debe comprobar la fecha de caducidad del material.

El cambio se hará:

-En una postura cómoda

-Sin prisa

-Evitando la presencia de otras personas, niños animales.

Todo esto ayudara a evitar posibles errores y descuidos.

Como evitar que los gérmenes lleguen a su peritoneo

1.Utilizando una mascarilla: Los gérmenes procedentes de la boca y nariz contaminarán su material si no coloca una mascarilla cubriendo ambas.

2.Cepillado de manos: Las manos tienen gérmenes y éstos contaminarán el material si no se eliminan con un cepillado enérgico durante tres minutos.

3.No tocando objetos contaminados: Una vez lavadas, como por ejemplo.

-La ropa

-El pelo

-La mascarilla

-Cualquier otro objeto que no sea el material de cambio

4.Secando las manos con una toalla desechable y no con la toalla que tenga en el baño.

5.Cerrando puertas y ventanas: así evita corrientes de aire.

6.Purgando el sistema adecuadamente: (en sistemas de desconexión) dejaremos de pasar la bolsa de drenaje 50 a 100ml de líquido antes de infundir el líquido. Esto lo hacemos para eliminar el aire del circuito, y la función más importante es arrastrar los gérmenes que pudiera haber contaminado las conexiones al realizar estas. A este purgado le llamamos lavado antes de llenar.

7.Manteniendo la limpieza del material y la habitación donde se realizan los cambios.

8.No usando bolsas o sistemas defectuosos: pueden estar contaminados y de esta manera introduciríamos en el peritoneo un líquido lleno de gérmenes.

Nunca introduzca un líquido que no sea absolutamente cristalino.

9.Haciendo correctamente las conexiones: Nunca debe rozar con las manos, ni con algún objeto (ropa, mesa) las conexiones del sistema y del prolongador. Sus manos pueden ser la causa de una peritonitis y dañar el peritoneo.

10.Vigilando roturas en el catéter: si existiera algún poro en éste, por pequeño que sea, tenemos aquí una entrada constante de gérmenes en el peritoneo. Asegúrese de que nunca tiene fuga del líquido por el catéter ni por ningún punto del circuito.

11.Poniéndose en contacto rápidamente con el hospital ante cualquiera de estos accidentes:

-Desconexión accidental del catéter y prolongador o sistema.

-Utilización de material defectuoso.

-Mal manejo durante el cambio.

-Rotura del catéter o prolongador.

En estos casos será necesario tratamiento preventivo, así evitaremos la peritonitis. Recuerde: si no contacta con el equipo de enfermería ante cualquiera de estos accidentes, corre el riesgo de sufrir peritonitis

¿Que es la peritonitis?

Es la infección del peritoneo. Suelen ser debidas a la entrada de gérmenes de la piel que se "cuelan" a través del catéter. Otras veces son producidas por la presencia de un líquido calentito y dulce y lo contaminan. En cualquier caso generalmente se tratan con resultado favorable pero es muy importante detectarlas lo antes posible para iniciar tratamiento. Aunque cada paciente es diferente, en general los síntomas que pueden aparecer en la peritonitis son:

Líquido turbio: Siempre hay que observar el color y el aspecto del líquido que se vacía en cada recambio (líquido de drenaje). Debe ser transparente. Si es turbio hay que descartar siempre una peritonitis aunque uno se encuentre bien y no le duela nada. En caso de duda, podemos poner un papel con letras escritas detrás de la bolsa, si el líquido esta turbio no se podrán leer las letras con claridad.

Dolor abdominal : También nos debe alertar sobre la posibilidad de que se trate de una peritonitis. En este caso deberá vaciarse (aunque todavía no le toque hacerse el recambio) para ver si el líquido esta turbio. Si es así, debe acudir al hospital con la bolsa que acaba de drenar.

Fiebre con escalofríos

Nauseas y vómitos

Puede tener todos estos síntomas o sólo alguno, pero ante cualquiera de ellos debe consultar a la unidad de diálisis peritoneal.

Cuidados del orificio de salida

El orificio de salida es el punto de la piel a través de la cual se asoma el catéter peritoneal. Es un lugar muy importante porque supone el contacto entre nuestro cuerpo y un material de plástico, pudiéndose producir reacciones.

En este caso infectarse puede hacer que la infección llegue hasta peritoneo y producir una peritonitis. Cuando el cirujano le coloque el catéter le pondrán unas gasas que cubren el orificio de salida. No debe destaparlo hasta que le digan. Después ya no es necesario que lo lleve tapado. Es normal que inicialmente presente una pequeña costra negra junto al orificio de salida. No se preocupe, ya se caerá. De todas formas en las revisiones médicas que hagan regularmente le revisarán la zona cada vez que acuda a su consulta. No utilice tijeras cuando cambie las gasas que cubren el catéter por el peligro de cortarlo. Es recomendable que sujete el extremo del catéter a la piel con un esparadrapo u otro medio para evitar estirones (algunas personas se hacen una pequeña bolsita de tela sujeta con una goma y guardan ahí el catéter). Usted debe ducharse a diario. Se puede colocar unas bolsas de plástico adhesivas especiales para cubrir el catéter pero no es recomendable sumergirse en el agua. Debe mantenerlo siempre limpio y seco.

Lavado del orificio de salida

El orificio de salida debe lavarse a diario

- Ponerse mascarilla
- Lavarse y secarse bien las manos
- Frotar suavemente con una gasa estéril con jabón.
- Aclarar con suero fisiológico.
- Secar totalmente con una gasa estéril o incluso con un secador de pelo.

No se debe poner pomadas ni cremas salvo que se lo indique su nefrólogo o alguien del equipo de diálisis peritoneal.

Debe observarse el orificio de salida y si observa la zona enrojecida, inflamada o con supuración avisar inmediatamente puede ser indicio de infección. Es normal que aparezca una costra oscura alrededor de la salida del catéter.

Hay que dejarla que caiga sola.

El uso de la mascarilla mientras hace el intercambio es importante pues en la nariz tenemos unos microorganismos, el estafilococo, que pueden contaminar el orificio de salida. Algunas personas tienen siempre estos "bichitos" en su nariz, son los portadores crónicos.

Probablemente en alguna revisión médica le harán un estudio para ver si usted es un portador. En estos casos se recomienda un tratamiento preventivo con un antibiótico nasal.

Al realizar un cambio, el líquido nuevo no entra en su abdomen ¿qué debe hacer?

Habrá que revisar todos los cierres de las conexiones para estar seguros de que están abiertos. Si todos están bien, puede ser que se halla formado un tapón de fibrina que impida la entrada del líquido. Consulte a su médico. Nunca introduzca ningún objeto para intentar desatascar el catéter.

Al realizar un cambio, el líquido no sale de su abdomen ¿qué debe hacer?

Cuando empieza a vaciarse el abdomen, el líquido sale rápido al principio para ir cada vez más lento hasta que termina. Generalmente el drenaje cuesta 10-20 minutos. En muchas ocasiones observará que el líquido deja de salir, o sale muy despacio antes de terminar. En estos casos usted debe empujar suavemente con las manos a un lado y a otro de su estómago para ayudar a salir el líquido. Otras veces el problema está en que el catéter se ha desplazado dentro de su abdomen a algún sitio donde funciona peor. Esto suele pasar cuando se está estreñido. En estos casos deberá tomar algún laxante o incluso ponerse enemas de limpieza. Si no mejora la salida de líquido debe acudir al hospital para valorar si es necesario recolocar el catéter.

Si de pronto siente dolor abdominal y en el anterior cambio el liquido fue claro ¿qué debe hacer?

El catéter peritoneal se encuentra normalmente en su abdomen sumergido en el líquido de diálisis peritoneal. Se mueve de un lado a otro empujado por ese líquido. Generalmente no se tiene ningún tipo de dolor por llevar el catéter, no se nota nada. A veces se puede notar una sensación de ganas de orinar o de defecar porque el catéter se ha apoyado sobre la vejiga del recto. Usted se acostumbrara muy pronto a llevar el catéter y no le producirá ninguna molestia.

¿Que debo hacer si tengo dolor de espalda?

Es también frecuente y se debe a que por llevar el abdomen lleno cambia el centro de gravedad de nuestro cuerpo y se cambia la postura. La solución es hacer ejercicios para fortalecer la musculatura dorsal y abdominal.

Hernias

Aunque una persona normal puede llevar 2 ó 3 litros de líquido en su abdomen sin problemas, en algunas ocasiones este aumento de presión abdominal puede producir una hernia que deberá ser valorada y en algún caso operada.

Hinchazón (edema) de la zona testicular o vulvar

Es más frecuente al inicio de diálisis peritoneal y se debe a hernias o fuga de líquido por el trayecto del catéter.

Fuga del liquido alrededor del catéter.

Es más frecuente que ocurra los primeros días tras colocar un catéter y sobre todo cuando no se ha esperado el tiempo suficiente para empezar a usar el peritoneo. A veces es evidente por que se ve que el liquido que moja las gasas, pero otras es más útil y lo único que produce es una pequeña hinchazón de la piel cerca del catéter.

Aspectos nutricionales

Es muy importante que coma bien, pues alimentarse mal es negativo para su organismo. Coma igual que el resto de su familia pero teniendo en cuenta que debe tomar:

-Más cantidad de proteínas: carne, pescados, leche, queso, claras de huevo cocinada.

-Menos cantidad de carbohidratos: azúcar legumbres, patatas, cereales.

-Menos cantidad de grasa: no debe comer grasas animales (tocino, embutidos).

Por el contrario, son recomendables las grasas vegetales (aceite de oliva crudo margarina).

Si toma pocos alimentos proteicos, es muy aconsejable la ingesta diaria de dos claras de huevo cocinadas.

Beba líquidos de acuerdo con lo que orine y el líquido que extraiga con las bolsas (balance negativo), no debe beber más para no acumularlo. En este caso aumentaría de peso y se formaría edema.

No consumir alimentos ricos en sodio: Comer alimentos con mucho sodio (sal) le hará sentir sed y cuando usted tiene sed le es difícil controlar la cantidad de líquido que bebe, y usted se empezará a edematizar (hinchar) por retención de líquido, aumentará de peso y aumentará su presión arterial, tendrá sensación de falta de aire (Cruz 1994).

Alimentos permitidos

Leche y sustitutos

Leche entera, yogurt o leche bulgarada

Carnes

Pollo sin piel, pescado fresco, res, Quesos: panela, cottage, requesón, huevos.

Frutas

Ciruela, chabacano, durazno, granada china, granada roja, guayaba, Plátano, jicama, lima, limón agrio, mandarina, mango, manzana, melón, naranja, papaya, pera, piña.

Pan y substitutos

Pan de caja, pan tostado, tortillas de harina, tortilla de maíz.

Cereales

Galletas marías, arroz cocido y seco, sopa de pasta.

Grasas y substitutos

Aceite, margarina sin sal, aguacate.

Azúcar y substitutos

Azúcar, ate, caramelos sencillos, cajeta, gomitas, malvavisco, mermelada, miel.

Ejercicio físico

Es fundamental hacer ejercicio físico adecuado a la edad y a la condición física. Por otra parte, hacer ejercicio físico regular mejora el bienestar en general y la calidad de vida. Es fundamental que camine durante dos horas todos los días. Consulte a su médico antes de realizar deportes. Para el mantenimiento de su columna vertebral es preciso que ejercite sus músculos dorsales y lumbares. No olvide que su abdomen lleva peso. Para evitar que su abdomen aumente de volumen, debe hacer ejercicios abdominales. Evite los deportes de contacto y el levantamiento de pesas para no tener problemas con su abdomen.

Consideraciones sobre los medicamentos

Se debe ser muy prudente respecto a los medicamentos prescritos a los pacientes sometidos a diálisis peritoneal, se deben evitar los que son tóxicos para los riñones y los que pudieran poner en peligro lo que queda de la función renal, se debe modificar la dosis para modificar los efectos tóxicos en el riñón. Se debe tener cuidado al evaluar los problemas y síntomas informados por el enfermo: no deben atribuirse a la insuficiencia renal o al hecho que este en diálisis. Los pacientes y sus familiares deben ser advertidos acerca del riesgo que implica el consumo de medicamentos de venta libre sin consultar previamente al médico. Muchos medicamentos de venta libre poseen un alto contenido de sodio.

Ciertos agentes, tales como los aerosoles nasales pueden contener sustancias vasoactivas capaces de agravar una hipertensión preexistente.

Sustancias que inducen lesiones nefrotóxicas en los riñones: Antibióticos, Gentamicina, Tobramicina, Amikacina, Anfotericina, Polimixina B, Colistinina, Neomicina, Kanamicina. Aunque cada paciente llevará un tratamiento propio que le indicara su nefrólogo, existen algunos medicamento que prácticamente todos llevarán en algún momento de su vida en diálisis y es importante que conozca. Es conveniente que lleve anotado todos los medicamentos que toma en sus horarios indicados.

Antihipertensivos (Enalapril)

La hipertensión es común en la Insuficiencia renal crónica, resulta en parte de la secreción excesiva de renina. La hipertensión se trata con enalapril que actualmente se encuentra tomando el paciente.

Diurético (Lasix)

La mayoría de los pacientes retienen sodio y agua por tanto padecen síntomas relacionados con una sobrecarga hidrosalina (hipertensión, insuficiencia cardíaca congestiva y edema). Los síntomas de sobrecarga líquida son tratados mediante la administración de diuréticos que actúan a nivel del asa de henle ((lasix).

Quelantes de fósforo (carbonato de calcio)

En la insuficiencia renal crónica existen tendencia a acumularse fósforo en la sangre porque falla la eliminación por el riñón. El fósforo nos viene en la dieta y se absorbe en el tubo digestivo. Cuando aumenta en la sangre se producen una serie de trastornos complejos que provocan alteraciones en los huesos. Disminuye la cantidad de calcio en la sangre y progresivamente los huesos se hacen más débiles pudiendo llegar a romperse con facilidad. Una de las partes más importantes del tratamiento de la insuficiencia renal crónica es intentar mantener un equilibrio entre el calcio y el fósforo.

Para ello se dan medicamentos que al pegarse al fósforo disminuyen su absorción en el estómago, son los quelantes de fósforo. Los más usados son las sales de calcio (carbonato de calcio).

Hierro

Para formar glóbulos rojos en la sangre, además de eritropoyetina se necesita hierro, de forma que si no hay hierro no se puede formar.

Vitaminas

Existen algunas vitaminas que son solubles, es decir que se disuelven, en el agua. Estas se pueden perder en la diálisis peritoneal. No es raro encontrar falta de vitamina B, C y ácido fólico. Son precisamente las que se encuentran en los alimentos más ricos en potasio por lo que no se debe abusar de ellos. La solución es tomar suplemento de estas vitaminas en pastillas.

Viajes

Los pacientes pueden viajar y seguir con su pauta habitual de diálisis. De todas maneras es muy importante que siempre lleve consigo un informe actualizado con las características de la diálisis y toda la medicación que tome habitualmente. Es importante que anote su teléfono y dirección y teléfono del hospital cercano donde se encuentre, sus cuidados respecto a su alimentación y a la toma de líquidos (Beare 1999).

11. CONCLUSIONES

El proceso de atención de enfermería es de gran importancia en el terreno práctico, ya que me permitió reafirmar el método propio de la enfermería. Para lograrlo es importante el desarrollo de un cuerpo de conocimientos teóricos que fundamenten nuestra práctica diaria, para mejorar la calidad del cuidado de los pacientes y le den mayor sentido a nuestro trabajo. Para ello se requiere que el profesional de enfermería posea capacidades de razonamiento lógico, juicio crítico, la creatividad, el espíritu científico, ejercitar la capacidad de pensar y ser prácticos en la resolución de los problemas del paciente.

El utilizar el proceso de atención de enfermería bajo el modelo teórico de Virginia Henderson ofrece una base sólida para describir la enfermería en su relación con los individuos e identifica las 14 necesidades básicas que ayuden a recobrar su independencia, el proceso de atención de enfermería es aplicable a cualquier individuo sano o enfermo, familia o comunidad adaptable a cualquier situación. Al mismo tiempo permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas del paciente, esto implica considerar al ser humano desde un punto de vista de vista holístico e integral y que precisara acciones de enfermería, más personalizado, de acuerdo a sus necesidades cambiantes del paciente y no solo a su enfermedad, ya que el estudio del ser humano es continuo, de una amplitud sin límites, fundamental y universal. Debe ser un compromiso perenne de un ser humano a todos los seres humanos con el objetivo de formar una enfermera profesional con la capacidad de ser responsable, enfrentándose con responsabilidad a su ejercicio profesional, valorándose así mismo para valorar a otros y ayudarlos, de tal forma que su ayuda, comprensión y ciencia se vea reflejado en la recuperación del paciente. Apegándonos a esto lograremos devolver a nuestro paciente una reintegración a la sociedad y a su familia estabilidad dinámica.

También permite crear los diagnósticos de enfermería y establecer un vocabulario común comprendido entre las enfermeras ya que constituyen el verdadero eje de las intervenciones de enfermería, esto nos permite asumir un rol autónomo, trabajando de forma profesional, con objeto de obtener un status profesional pleno en la sociedad, debemos demostrar nuestra experiencia, creatividad y nuestra base de conocimientos que contribuyan en la compleja esencia de la atención de la salud y le confiera el posicionamiento social que merece.

Para ello se necesita tener una identidad gremial y una gran pasión por la enfermería. El profesional de enfermería debe estar preparado para hacer frente a esas necesidades cambiantes. La clave para estar en el lugar adecuado es tener la preparación idónea. Por tanto la profesión de enfermería jamás debe ser estática tiene que evolucionar con las necesidades cambiantes de los tiempos ya que enfermería avanza y cambia.

12. GLOSARIO

Catabolismo: Proceso metabólico en la cual se degradan una serie de biomoléculas y se libera energía para su utilización en el trabajo metabólico, su almacenamiento o la producción de calor por oxidación de los carbohidratos, grasas y proteínas.

Edema: Acumulo anormal de líquido en los espacios intersticiales. Puede estar causado por aumento de la presión hidrostática capilar.

Equimosis: Cambio de color de un área cutánea o mucosa, debida a extravasación de sangre hacia el tejido celular subcutáneo, por traumatismo o fragilidad de los vasos sanguíneos subyacentes.

Glomérulo: Estructura compuesta de un conjunto de vasos sanguíneos, o fibras nerviosas, como el glomérulo renal.

Linfocitos: Tipo de leucocito agranulocítico de pequeño tamaño que se origina a partir de las células germinales fetales y se desarrolla en la médula ósea. Los linfocitos comprenden normalmente el 25% del recuento total de leucocitos pero su número aumenta en respuesta a ciertas infecciones.

Metaparadigma: Perspectiva de conjunto de una disciplina. El metaparadigma enfermera precisa, los conceptos centrales de la disciplina enfermera e intenta explicar sus relaciones.

Nefrona: Unidad estructural y funcional del riñón, de aspecto microscópico semejante a un embudo, con un largo conducto y dos secciones incurvadas. Cada riñón posee alrededor de 1.25 millones de nefronas cada una constituida por el glomérulo renal, el asa de henle y los túbulos renales.

Normocromico: Célula de la sangre que presenta un color normal habitualmente porque contiene una cantidad adecuada de hemoglobina.

Transferrina: Proteína de la cual existen trazas en sangre, esencial para el transporte de hierro. Su principal función es llevar hierro al intestino a la corriente sanguínea, haciéndola utilizable por los normoblastos de la medula ósea.

Teorías: Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistematizada, de los fenómenos mediante el diseño de unas interrelaciones específicas entre los conceptos con el fin de describir, explicar y predecir.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. ALFARO (1998), Aplicación del proceso de enfermería, Doyma, Barcelona, Pp181.
2. ALMANZA, (1999), Metodología de los cuidados de Enfermería, Pp240.
3. COLLIERE,(1993), Promover la vida, Mc Graw-Hill Interamericana, Madrid España, Pp 395.
4. CONESA,(1995), Historia de la enfermería, Interamericana, Madrid España, Pp 395.
5. CRUZ, (1994), Diálisis peritoneal, Trillas, México, Pp590.
6. Diccionario de Medicina Mosby, Oceanía, Barcelona España, cuarta edición, Pp 1504.
- 7.DOMÍNGUEZ ALCÓN,(1986) Los cuidados y la profesión enfermería en España, pirámide, Madrid.
8. DUGAS, (2000), Tratado de enfermería práctica, Mc Graw. Hill Interamericana, cuarta edición, Pp 725.

9. ESTEBAN ALBERT,(1992) La construcción de una disciplina en 13 sesión de trabajo de AEED, Sevilla, España

10. GUYTON, HALL,(1998), Fisiología Medica, Mc Graw-Interamericana, México, Pp 1262.

11. HENDERSON,(1987), Enfermería teórica y práctica, científicas, México, tercera edición, Pp 483

12. HOLLOWAY, (1990), planes de enfermería medico quirúrgico, Doyma, España, Pp 505.

13. IYER, (1997) Proceso y diagnóstico de enfermería, Mc Graw Interamericana, México, tercera edición, Pp 444.

14. KIM, (1993),Diagnósticos de enfermería, Mc Graw-Hill Interamericana, Pp 309.

15. KEROVAC, (1996),El pensamiento enfermero, masón S.A Barcelona, Pp 167.

16. KOZIER, (1999),Fundamentos de enfermería, Mc Graw-Hill Interamericana, quinta edición, Volumen1

17. LEVIN, (1996), Cuidados del paciente renal, Massón, México, Pp342.

18. MANUAL MERCK, (1994), Mosby Doyma, Madrid España, novena edición, Pp 3122.

19. MARRINER, (1994), Modelos y teorías de enfermería Mosby Doyma, Madrid, Pp 530.

20. PHANEUF, (1999), La planificación de los cuidados enfermeros, Interamericana, México, Pp 284.

21. VAN WAY, (2001), Secretos de la nutrición, McGraw-Hill Interamericana, Pp308.

22. WATSON, (1993), Enfermería médico quirúrgico, Interamericana, Pp 979.

**TEMIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

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

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

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

a) Oxigenación

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca: _____ Dolor asociado con la
respiración: _____ Fumador: _____
Desde cuándo fuma/cuántos cigarrillos al día varía la cantidad según su estado emocional:

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____

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

b) Nutrición e hidratación

Subjetivo:

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

Objetivo:

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

c) eliminación

Subjetivo:

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

Objetivo:

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

d) Termorregulación

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio/tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

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

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

Hábitos de trabajo: _____

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético/fuerza: _____

Capacidad muscular tono/resistencia/flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la deambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

b) Descanso y sueño

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siesta: _____ Ayudas: _____

¿Padece insomnio?: _____

A qué considera que se deba: _____

¿Se siente descansado al levantarse?: _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/estrés/lenguaje: _____

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____ Concentración: _____

Apatía: _____ Cefaleas: _____

Respuesta a estímulos: _____

Otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivo:

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?: _____

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?: _____

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría?: _____

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: _____

Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____ Otros: _____

e) necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____ Después de eliminar: _____

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

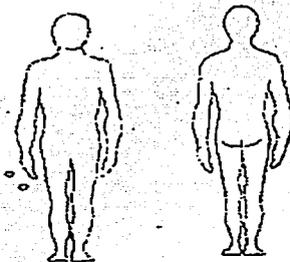
Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, que tipo: _____

(Anote su ubicación en el diagrama)

Otros: _____



d) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo:

Qué miembros componen su familia de pertenencia: _____

Cómo reacciona ante una situación de urgencia _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes? _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? _____

Como canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo: _____

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Trabajo: _____

Otros: _____

3.- Necesidades básicas de comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

a) necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación _____ Vive con: _____

Preocupaciones estrés: _____ Partituras: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad estado: _____

Cuánto tiempo pasa sola: _____

Recepción de los diferentes conjuntos sociales en el hogar: _____

Objetivo: _____

Habla claro: _____ Confusa: _____

Dificultad en la visión: _____ Audición: _____

Comunicación verbal/no verbal con la familia con otras personas significativas: _____

Otros: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivo:

Creencia religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: _____

Objetivo:

Hábitos específicos de su grupo social religioso: _____

¿Permite el contacto físico?: _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?: _____

Otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿ Trabaja actualmente?: _____ Tipo de trabajo: _____

Riesgos: _____ Cuánto tiempo le dedica al trabajo: _____

¿ Está satisfecho con su trabajo?: _____ ¿ Su remuneración le permite cubrir sus

necesidades básicas y/o las de su familia?: _____

¿ Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega?: _____

Objetivo:

Estado emocional/calmando/ansioso/enfadado/retraído/temeroso, irritable/inquieto/eufórico

Otros: _____

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____
¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad? _____
¿Existen recursos en su comunidad para la recreación? _____
¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa? _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____
¿Rechaza las actividades recreativas? _____
¿Su estado de ánimo es apático/aburrido/participativo? _____
Otros: _____

e) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo:

Nivel de educación: _____
Problemas de aprendizaje: _____
Limitaciones cognitivas: _____ (tipo) _____
Preferencias: leer/escribir: _____
¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad? _____
¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo? _____
¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? _____
Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____
Órganos de los sentidos: _____
Estado emocional: ansiedad/dolor: _____
Memoria reciente: _____
Memoria remota: _____
Otras manifestaciones: _____

TEMAS CON
FALLA DE ORIGEN



ESTA TESIS FUE TERMINADA EN SU TOTALIDAD
POR IMPRENTA ARIES EXCELENCIA
EN ENCUADERNACION.

PRESUPUESTOS POR

TEL. 57-0430-12

CEL. 044-54-69-22-43

HORARIO

DE LUNES A SABADO DE 10:00 A.M. a 20:00 HRS.

ATENCION PERSONAL

FRANCISCO SERRANO ESTRADA

LUIS GONZALEZ OBREGON No. 17

2do. PISO DESPACHO 305

COL. CENTRO MEXICO, D.F. C.P. 06020